

SÜDWESTRUNDFUNK SWR2 AULA – Manuskriptdienst

Rücksichtslose Ritalin-Bejager? Wie Eltern mit ADHS-Kindern umgehen

Autorin und Sprecherin: Dr. Nicole Becker *
Redaktion: Ralf Caspary
Sendung: Sonntag, 15. Juli 2012, 8.30 Uhr, SWR 2

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Mitschnitte auf CD von allen Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen/Aula (Montag bis Sonntag 8.30 bis 9.00 Uhr) sind beim SWR Mitschnittdienst in Baden-Baden für 12,50 € erhältlich.

Bestellmöglichkeiten: 07221/929-26030

Kennen Sie schon das neue Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

*SWR2 Wissen/Aula können Sie auch als Live-Stream hören im SWR2 Webradio unter www.swr2.de oder als Podcast nachhören:
<http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.xml>*

Manuskripte für E-Book-Reader

*E-Books, digitale Bücher, sind derzeit voll im Trend. Ab sofort gibt es auch die Manuskripte von SWR2 Wissen/Aula als E-Books für mobile Endgeräte im sogenannten EPUB-Format. Sie benötigen ein geeignetes Endgerät und eine entsprechende "App" oder Software zum Lesen der Dokumente. Für das iPhone oder das iPad gibt es z.B. die kostenlose App "iBooks", für die Android-Plattform den in der Basisversion kostenlosen Moon-Reader. Für Webbrowser wie z.B. Firefox gibt es auch Addons oder Plugins zum Betrachten von E-Books.
<http://www1.swr.de/epub/swr2/wissen.xml>*

Ansage:

Mit dem Thema: „Rücksichtslose Ritalin-Bejager? Wie Eltern mit ADHS umgehen“.

Was passiert mit Eltern, deren Kinder die ADHS-Diagnose bekommen haben, die also angeblich unter dem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom leiden, die sich nicht mehr im Unterricht konzentrieren können, die ständig hippelig sind, die starke Lernstörungen haben?

Die Öffentlichkeit weiß angeblich, wie diese Eltern ticken. Mal hält man sie mehrheitlich für Ritalin-Bejager, die duckmäuserisch jedem Rat des Arztes folgen, mal hält man sie für überängstliche Erwachsene, die versuchen, ihr Kind in Watte einzupacken und vor schädlichen Umwelteinflüssen zu schützen.

Aber stimmen diese Positionen? Nicole Becker wollte es genau wissen, Becker ist Erziehungswissenschaftlerin an der Uni Göttingen und sie hat Eltern befragt, die mit der ADHS-Diagnose konfrontiert wurden. In der SWR2 Aula beschreibt Becker die sehr aufschlussreichen Ergebnisse der Befragung.

Nicole Becker:

Das Thema sorgt in der Öffentlichkeit immer wieder für Kontroversen: hier und dort berichten Zeitungen über die Zunahme der gestellten Diagnosen und den wachsenden Verbrauch sogenannter Stimulanzien. Das sind Medikamente, mit denen die Kernsymptome der Störung nachweislich abgeschwächt werden können. Der Wirkstoff Methylphenidat, bekannter unter Handelsnamen wie Ritalin® oder Medikinet®, ist als Betäubungsmittel eingestuft und unterliegt daher einer besonderen Verschreibungspflicht.

Kritische Stimmen befürchten, dass die Diagnose ADHS zu oft gestellt und daher potenziell zu viele Kinder medikamentös behandelt werden, denen man vielleicht auch auf anderem Wege helfen könnte. Andere Einschätzungen gehen hingegen davon aus, dass es noch viele unerkannte ADHS-Fälle gibt, und dass viele problematische Bildungsverläufe und Folgeschicksale vermieden werden könnten, würde man bei Kindern viel früher auf die Anzeichen der Störung achten und stärker präventiv arbeiten.¹

In Internetforen attackieren sich mitunter Eltern gegenseitig: Ritalingegner werfen den Befürwortern vor, sie würden ihre Kinder mit den Medikamenten ruhig stellen, statt sich um die familiären Probleme zu kümmern, die die wirklichen Ursachen für die Schwierigkeiten der Kinder seien. Mit anderen Worten: Ritalin sei eine bequeme Lösung für Eltern, die sich um die wahren Probleme nicht kümmern wollen. Umgekehrt werfen die Ritalinbefürworter den Gegnern vor, dass es an unterlassene Hilfeleistung grenze, keine Medikamente zu geben, und versteigen sich zuweilen in abstruse Vergleiche: So wie der Diabetiker auf Insulinsubstitution angewiesen sei,

¹ Es gibt auch noch weitere Positionen in den ADHS-Kontroversen, zum Beispiel die, dass es sich bei ADHS um eine von der Pharmaindustrie erfundene Krankheit handelt, die es „in Wirklichkeit“ gar nicht gibt. Solche Stimmen sehen die ADHS-Diskussion als Folge einer Medizinisierung sozialer und pädagogischer Probleme und weisen deshalb nicht nur die Störung als solche, sondern auch deren pharmakologische Behandlung zurück.

benötige ein Kind mit ADHS eben Methylphenidat, um sich konzentrieren und lernen zu können. Dieser Vergleich hinkt nicht nur, weil Stimulanzien – im Gegensatz zum Insulin – keinen Stoff ersetzen, der nachweislich fehlt, sondern auch, weil die Diagnostik der beiden Krankheiten denkbar unterschiedlich erfolgt: Anders als bei Diabetes, gibt es keine Labordiagnostik, also keine physiologischen Parameter, die man zur Bestimmung einer ADHS heranziehen könnte. Zur Diagnostik werden zwar mitunter verschiedene Tests und Fragebögen eingesetzt, doch am Ende entscheidet der Gesamteindruck des Diagnostikers darüber, ob die Diagnose ADHS gestellt wird oder nicht.

Nun ist es eine Sache, die öffentlichen Kontroversen zur Kenntnis zu nehmen und die Argumente miteinander zu vergleichen und auf deren Stichhaltigkeit zu untersuchen. Man gelangt auf diese Weise zu einem Überblick über die Diskussion, die aber wenig Einblick in die Einzelschicksale dahinter gibt. Eine andere Sache ist es, die Betroffenen selbst zu fragen, mit Eltern zu sprechen, die mit der Thematik konfrontiert sind und deren Sichtweisen kennen zu lernen. Vielleicht, das war meine Ausgangsüberlegung zu einer eigenen Studie, lässt sich das Thema differenzierter darstellen, wenn man die Sicht der Eltern einbezieht, wenn man sie direkt fragt, wie sie eigentlich darauf kamen, dass ihr Kind eine ADHS haben könnte und was zwischen einer ersten Problemwahrnehmung und dem Schritt zu diagnostischen Abklärung eigentlich geschieht. Auch die Einstellungen zum Thema Medikamente schienen mir eine Nachfrage wert: Unter welchen Umständen ziehen Eltern eine solche Maßnahme in Betracht? Ist es wirklich das erste Mittel der Wahl? Und: Welche Rolle spielt die Institution Schule, spielen Lehrer und andere Personen bei dem Thema?

Über diese und einige andere Fragen habe ich mich mit Müttern und Vätern unterhalten, die ihr Kind zur Abklärung einer ADHS in der Ambulanz einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt haben. Die Interviewstudie wurde im Vorfeld durch eine Ethikkommission genehmigt, die Teilnahme der Eltern war freiwillig und setzte deren schriftliche Einwilligung voraus. Bei allen Namen, die ich im Folgenden nennen werde, handelt es sich um Pseudonyme, um die Identität der Eltern und ihrer Kinder zu schützen. Alle Aussagen der Eltern sind originalgetreu wiedergegeben.

Insgesamt habe ich einundzwanzig Interviews geführt, achtzehn davon mit Müttern, drei mit Vätern. Über die Hälfte der Eltern, mit denen ich gesprochen habe, hatte ihr Kind im Vorfeld schon einmal bei einem anderen Facharzt vorgestellt und dort die Diagnose ADHS oder ADS erhalten. Sie wiederholten die Diagnostik, weil die eingeleiteten Maßnahmen nicht die erwünschten Erfolge gebracht oder weil sie grundsätzliche Zweifel an der Diagnose hatten. Die anderen Eltern stellten ihr Kind erstmals vor, hatten also diesbezüglich keine Vorerfahrungen.

Zunächst zu den Problemen, die Eltern zur diagnostischen Abklärung bewegen:

Die schwierigen Verhaltensweisen der Kinder umfassen ein breites Spektrum: Sie reichen von Dauerkonflikten mit anderen Kindern, über starke Stimmungsschwankungen, häufige Verletzungen, starken Bewegungsdrang,

beeinträchtigt Feinmotorik bis hin zu diversen schulischen Problemen, Diebstahls- und anderen Delikten und vieles andere mehr.

Die Vielfalt der Schwierigkeiten ist groß und die Einheitlichkeit des Verdachts vor diesem Hintergrund verblüffend, denn: Das aggressive Kind kann ebenso wie das depressive unter ADHS-Verdacht geraten, das Kind, das sich im Unterricht ausklinkt ebenso, wie eines, das dort durch Zwischenrufe oder körperliche Aktivitäten stört oder eines, das gar nicht mehr dort erscheint, also den Schulbesuch verweigert. Und dennoch: Viele der geschilderten Probleme passen durchaus zu den diagnostischen Kriterien: Die Vermeidung „ungeliebte[r] Arbeiten, wie Hausaufgaben“ etwa, gilt als ein Symptom für Unaufmerksamkeit, das Verlassen des „Platz[es] im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird“ ist ein Symptom für Überaktivität und das ‚Herausplatzen‘ mit einer Antwort, „bevor die Frage beendet ist“ schließlich eines für Impulsivität.²

Von den schulischen Problemen erfahren die Eltern selbstredend häufig zunächst durch die Lehrer; bevor schlechte Leistungen oder problematisches Verhalten während des Unterrichts in Zeugnissen oder Berichten auftauchen, suchen Lehrer das Gespräch mit den Eltern. Und in diesen Gesprächen sind es dann häufig auch die Lehrer, die das Thema ADHS ansprechen.

So war es auch bei Frau Franke: ihr Sohn Fabian ist 13 Jahre alt und kürzlich hat seine Klassenlehrerin Kontakt zu den Eltern aufgenommen und den Verdacht auf eine ADHS geäußert. Frau Franke sagt zu Beginn des Interviews:

Also ADHS war jetzt früher für uns kein Begriff. Es war ab und zu mal, wo er schon als Kleinkind, wo eben manchmal der Satz von anderen kam: "Meinst du nicht, der ist ein bisschen hyperaktiv?" oder... Ja ich hab das dann immer ausgeschlossen, weil wir jetzt, mein Mann und ich, eigentlich immer gut damit klar kamen.

Schon früher gab es Rückmeldungen wegen Fabians starkem Bewegungsdrang, aber erst jetzt, auf dem Gymnasium, wird das zum Problem. Während der Grundschulzeit durfte Fabian bei Bedarf im Unterricht zwischendurch aufstehen, auch mal eine Runde auf dem Schulhof laufen, doch das gehe nun auf dem Gymnasium eben nicht mehr, erzählt die Mutter.

Auch andere Eltern machen diese Erfahrung: Besonders der starke Bewegungsdrang wird zur Kindergartenzeit und meistens auch während der Grundschule noch toleriert oder durch Bewegungsmöglichkeiten reguliert. Aber mit dem Übertritt auf die weiterführenden Schulen wird erwartet, dass die Kinder still sitzen und sich dauerhaft konzentrieren können.

Anders ist es bei den Fällen, bei denen Störungen des Sozialverhaltens – massive Konflikte, Streitereien, durchaus auch Handgreiflichkeiten und destruktives Verhalten vorkommen: Hier bekommen die Eltern schon viel früher, meistens während der

² Vgl. S. 6 ff. der Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' (2005) herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer (Langfassung). Online unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163&all=true>

Kindergartenzeit, entsprechende Rückmeldungen und werden aufgefordert, etwas zu unternehmen.

Frau Conrad muss ihren Sohn Jonas schon während der Kindergartenzeit immer wieder früher dort abholen, weil er sich anderen Kindern gegenüber aggressiv verhält und ständig gegen Regeln verstößt. Über diese Erfahrung und die Reaktion der Erzieherin sagt sie: *Es wurde dann irgendwann so, dass ich dann tagtäglich mit Bauchschmerzen da stand, weil ich gedacht habe: Was darf ich mir heute wieder anhören? Weil sie kam dann ja natürlich schnaubend an, hat mir das Kind überreicht und nach dem Motto: "Der Jonas hat wieder mal das und das angestellt".*

Dieses Muster setzt sich dann in der Grundschule fort und Frau Conrad erfährt nun auch durch andere Eltern massive Ablehnung. Während eines Elternabends fordert eine Mutter die Klassenlehrerin in ihrer Gegenwart dazu auf, Jonas auf eine andere Schule zu schicken oder dafür zu sorgen, dass er Ritalin nimmt, weil er die anderen Kinder permanent störe und vom Lernen abhalte. Frau Conrad erlebt solche Szenen als Demütigung, zumal sie aus ihrer Sicht alles daran setzt, ihrem Sohn zu helfen.

Alle Eltern beschreiben anschaulich, wie sie zunächst versucht haben, ihren Kindern mit erzieherischen Mitteln zu helfen: Sie üben mit ihren Kindern, sie zeigen ihnen etwas, zum Beispiel wie sie Ordnung in ihre Schulsachen bringen können oder ein Hausaufgabenheft führen können, sie erklären ihnen Dinge, beispielsweise, weshalb ihr Verhalten einem anderen Kind geschadet hat, und denken sich Gleichnisse aus, um bestimmte Regeln des sozialen Miteinanders zu veranschaulichen. Wenn das nichts hilft, greifen einige Eltern zu drastischeren Maßnahmen: Sie setzen, wenn alles andere nichts bringt, Strafen ein; einem Regelverstoß von Seiten des Kindes folgt beispielsweise ein Fernseh- oder Handyverbot und einige Eltern berichten, dass sie es durchaus auch schon mit Schlägen versucht hätten. Allerdings werden alle diese Maßnahmen als gleichermaßen erfolglos erlebt: Es kommt den Eltern so vor, als ob ihr Kind weder aus guten Beispielen noch aus schlechter Erfahrung etwas lernt.

Frau Haas beispielsweise spricht immer und immer wieder mit ihrem Sohn über dessen rücksichtsloses Verhalten gegenüber seinen Mitschülern und dem jüngeren Bruder. Sie sagt zu mir:

Wenn ich dann denk: "So jetzt, das meint er ehrlich" und das tut ihm dann auch Leid, aber ob Sie's glauben oder nicht, vielleicht nur einen Tag später macht er genau genau das Gleiche wieder. Verstehen Sie wie ich mein? Und das ist das was so, ja so mürbe und so hilflos macht, weil du gar nicht mehr weißt, was jetzt, ne.

Und auch Herr Bangert, der seit über einem Jahr vergeblich versucht, seinem Sohn Marcel Ordnungs- und Lernstrategien zu vermitteln, meint:

Es funktioniert nicht, und dann muss ich auch zugeben, manchmal wird es dann auch zu viel und dann so wie der Tisch dann ist, vor allem was gestapelt ist, da hat er Mickey Mouse Geschichten drauf, dann hat er CDs drauf, DVDs drauf, dann hat er Wasserfarben drauf, dann hat er fünfundzwanzigmal Bleistifte gespitzt und ich weiß

nicht wie. Dann mache ich einfach mal Tabula rasa, dann ist der Tisch wieder frei (lacht). Dann guckt er erst mal, aber dann geht es wieder weiter.

Neben solchen Maßnahmen probieren die meisten Eltern noch weitere Dinge aus: Sie versuchen es beispielsweise mit Hausaufgabenbetreuung, Homöopathie, Ernährungsumstellung; manche nehmen eine Erziehungsberatung in Anspruch oder besuchen Elternkurse, von denen sie sich wirksamere pädagogische Strategien erhoffen. Einige denken auch darüber nach, ob die schulischen Schwierigkeiten vielleicht daran liegen könnten, dass ihr Kind den falschen Schultyp besucht, also möglicherweise über- oder unterfordert sein könnte oder ob vielleicht die Schule als solche nicht die richtige ist, weil sich ihr Kind dort nicht wohl fühlt, mit Lehrern nicht zurechtkommt, wenig Freunde hat. Wenn sich die Eltern zu einer diagnostischen Abklärung einer ADHS entscheiden, haben die meisten von ihnen also schon vergleichsweise viele Maßnahmen ausprobiert. Das Fazit ist aber immer das Gleiche: Bisher hat nichts wirklich funktioniert, die Probleme in der Schule und anderswo bleiben bestehen oder verschärfen sich mit zunehmendem Alter der Kinder tendenziell sogar.

An diesem Punkt wird der ADHS-Verdacht, der in der überwiegenden Zahl der von mir befragten Fälle von außen an die Eltern herangetragen wird, bedeutsam, denn nun beginnen die Eltern sich zu fragen, weshalb ihr Kind sich so schwer tut, warum es solche Probleme beim Lernen hat, sich nicht konzentrieren kann, sich gegen die Hausaufgaben sträubt, ständig im Clinch mit anderen Kindern liegt, aber auch nicht allein spielen kann und so weiter. Ist das Kind einfach nur schwierig oder ist möglicherweise tatsächlich eine ADHS, also eine Krankheit der Grund für die wahrgenommene Lernresistenz? Sie vergleichen ihr Kind mit anderen, zum Beispiel mit Geschwistern oder Gleichaltrigen, und fragen sich, ob da tatsächlich etwas anders ist an diesem Kind. Der ADHS-Verdacht wird, wenngleich er vielfach mit Unsicherheit einhergeht, nun aufgegriffen, das Kind zur diagnostischen Abklärung angemeldet. Kommt es dann tatsächlich zu einer Diagnosestellung – wie bei einigen Eltern, mit denen ich sprach, im Vorfeld bereits geschehen –, so gibt es verschiedene Interventionsmöglichkeiten.

In der Fachliteratur wird immer wieder betont, wie wichtig eine sogenannte „multimodale Behandlung“ der ADHS sei, also eine Kombination aus Psychoedukation, Psychotherapie und – falls nötig – medikamentöser Behandlung. Ich habe die Eltern, bei deren Kind im Vorfeld bereits eine ADHS-Diagnose gestellt wurde und die also zum zweiten Mal eine Abklärung wünschten, gefragt, wie es bei ihnen weiterging. Deren Erfahrungen lassen wenig von der erwünschten Kombination verschiedener therapeutischer Maßnahmen erkennen: Eine medikamentöse Therapie wurde in allen Fällen empfohlen, aber nur selten wurde diese mit einer Verhaltenstherapie kombiniert. Von einer Psychoedukation, die unter anderem eine gezielte Aufklärung über die Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten und den möglichen Verlauf der Erkrankung umfassen soll, erzählen die meisten Eltern nichts. Einige erhielten Informationen über die Stimulanzienbehandlung, so erzählt etwa eine Mutter, der Kinderarzt habe ihr gesagt, man probiere es mal mit Ritalin und wenn ihre Tochter darauf gut anspreche, dann sei das der Beweis dafür, dass sie

tatsächlich eine ADS³ habe. Ein Vater erzählt, dass die Kinderärztin seiner beiden Töchter ihm erklärt habe, dass ADS auf einer Art Gendefekt beruhe und man die daraus resultierenden Defizite gut durch die Medikamente beheben könne und man keine psychotherapeutische Begleitung bräuchte, auch wenn das viele ihrer Kollegen behaupten würden. Nur in wenigen Fällen lassen die Berichte der Eltern eine sachlich fundierte Aufklärung erkennen; öfter kommt es, wie in diesen beiden Fällen, zu obskuren Fehlinformationen.

Wenn Eltern von sich aus den Wunsch nach einer Psychotherapie für ihr Kind ansprechen, werden sie gelegentlich entmutigt. Was Frau Schreiner erlebt, ist – selbst in dem kleinen Interviewsample – kein Einzelfall, sondern kommt immerhin sechs Mal vor. Sie erzählt vom Gespräch mit einer Ärztin, nachdem die Diagnose ADHS im Vorfeld bei ihrem Sohn gestellt wurde: *Ich habe dann gefragt: "Ja was bietet sich denn an? Bringt eine Ergotherapie oder so was?" Sagte sie: "Nee, das bringt gar nichts, das macht man nur bei Kindern, bevor sie in die Schule kommen". "Eine Psychotherapie?" Sagte sie: "Ja, das könnte man versuchen, aber da werden Sie eh keinen Platz kriegen, die haben ja alle Wartelisten von ein bis zwei Jahren". Ja. Das Einzige, was wir tun könnten, ist eigentlich gucken, dass er irgendwie durch die Schule durchkommt.*

„Gucken, dass er irgendwie durch die Schule durchkommt“ – dieser Satz, der auf den ersten Blick so harmlos daherkommt, hat es in sich, denn: Die schulische Situation ihrer Kinder ist es, die Eltern in vielen Fällen dazu bewegt, einer medikamentösen Behandlung zuzustimmen, auch wenn sie zunächst kein gutes Gefühl dabei haben. Es ist die Zukunft ihrer Kinder, um die sie sich Sorgen machen und hier geht es keineswegs um leistungsversessene Eltern, die ihre Kinder mit Bestnoten durchs Gymnasium bringen wollen. Es geht vielmehr um Eltern, die beobachten, wie ihr Kind in der Schule mit ständigen Misserfolgserlebnissen, mit Frustrationen und negativen Rückmeldungen konfrontiert ist, die, wenn es ganz schlecht läuft, auch noch mit sozialer Ausgrenzung durch die anderen Kinder einhergehen. Hier argumentieren Eltern, die selbst einen formal hohen Bildungsabschluss haben, ganz ähnlich wie diejenigen, die mittlere oder niedrige Bildungsabschlüsse haben: Sie alle wollen ihrem Kind schlicht und einfach helfen, aus dieser schwierigen Situation herauszukommen.

Frau Imhof bekommt aus der Grundschule ständig negative Rückmeldungen über das Verhalten ihres Sohnes Achim und die Klassenlehrerin bringt das Thema ADHS auf. Die Mutter lässt daraufhin eine Diagnostik durchführen, der Verdacht wird bestätigt und ihr wird eine pharmakologische Behandlung empfohlen. Sie erzählt: *Ja, meine Angst war immer, dass die Kinder unterdrückt werden, wenn sie die Medikamente bekommen, dass sie so sich nicht mehr ausleben können, dass sie*

³ Die Abkürzung „ADS“ steht für Aufmerksamkeits-Defizitstörung: es handelt sich hier um Kinder, bei denen die Unaufmerksamkeit als Symptom im Vordergrund steht, während Hyperaktivität keine Rolle spielt. Im „Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen“ (im Original: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kurz: DSM IV), einem Klassifikationssystem das von der American Psychiatric Association herausgegeben wird, unterscheidet man zwischen ADHS und ADS, wobei von ein- und derselben zugrunde liegenden Störung ausgegangen wird. Diese Auffassung stößt vielfach auf Kritik und ist einer der Gründe dafür, weshalb sich die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene ICD-10 nicht daran anschließt: „Wie die Praxis gezeigt hat, wirft der überwiegend unaufmerksame Typus [d.h. die ADS, Anmerkung der Autorin] differentialdiagnostische Probleme auf, indem die entsprechende Symptomatik auch bei Störungsbildern vorkommt, die anderen diagnostischen Kategorien zuzuordnen sind.“ (Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (2005) herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer (Langfassung). S. 9 Fußnote 3. a.a.O.)

eingeeengt werden in ihrer Persönlichkeit und so. Allerdings wusste ich ja auch auf der anderen Seite, wenn sie keine Medikamente nehmen, es wird sich nichts ändern. Und es gibt einfach keine passende Schule, die auf ADHS-Kinder eingestellt ist. Wo man sagt: "Hey, da sitzen sieben Kinder in der Klasse und die haben alle ADHS und die Lehrer wissen damit umzugehen" und das gibt's nicht. Also das heißt, die Kinder müssen in einer normalen Schule klarkommen, und da steht man dann halt echt zwischen den Stühlen. Also komm ich damit zurecht, wenn mein Kind Medikamente nimmt jeden Tag, oder kann ich es verantworten, dass mein Kind in einer normalen Regelschule nicht zurecht kommt und immer nur Probleme hat?

Frau Imhof akzeptiert die pharmakologische Behandlung ihres Sohnes, weil sie sich wünscht, dass er in der Schule weniger Probleme hat und weil sie keine andere Lösung sieht. Gleichzeitig wünscht sie sich aber weitere Hilfen: Sie möchte, dass Achim eine Psychotherapie macht, denn nur Medikamente, so meint sie, das bringt auf Dauer nichts, weil sich sein Verhalten ja nachhaltig ändern soll.

Herr Nuhn, der seine Tochter Jennifer erstmals zur diagnostischen Abklärung vorstellt, hält eigentlich nichts von Medikamenten, denn er hat viel über mögliche Nebenwirkungen gelesen. Jennifers schulische Leistungen sind nicht gut, im Unterricht macht sie häufig nicht mit, die Hausaufgabensituation sei problematisch. Bald steht der Übertritt auf die weiterführende Schule an. Er fragt sich: *Kann man das mit irgendwelcher Unterstützung von außen in den Griff kriegen oder muss man tatsächlich den Weg gehen und sie behandeln, im Extremfall medikamentös? Sie muss halt in diesem Leben bestehen, es hilft ja nichts. Und das ist, warum ich auch ein bisschen Zeit verloren habe vielleicht, weil ich ein bisschen Angst habe vor diesem ganzen Thema.*

So wie diesen beiden Eltern geht es fast allen befragten: Sie fühlen sich bei der Vorstellung, ihrem Kind regelmäßig ein Medikament zu verabreichen, nicht wohl. Es gibt unter den Eltern ein hohes Bewusstsein über die Nebenwirkungen; die meisten sprechen diesen Aspekt von sich aus an und beschreiben ihre Überlegungen als Kosten-Nutzen-Bilanzen, in deren Zentrum die Zukunft des Kindes steht. Frau Diehl drückt das so aus: *Und wenn ich ihr helfen kann, dass sie ihr Leben besser in Griff kriegt, weil sie halt eine Tablette nimmt, dann hat sie mehr davon, als wenn ich sag: "Du nimmst es nicht", aber sie versaut ihr ganzes Leben. Es ist die Frage immer: Nimmt man was und lebt einigermäßen, man hat ein gewisses Niveau, eine gewisse Lebensfreude? Oder man nimmt nichts und sagt: "Das tu ich meinem Körper nicht an." Aber man leidet trotzdem. Also wenn ich meiner Tochter damit helfen kann, werde ich es tun, solange bis sie selber Entscheidungen trifft, ob sie sowas machen will oder nicht.*

Medikamente im Dienste der Zukunft? Aus der Sicht der Eltern stellt sich das so dar: Es geht um Zukunftschancen, für die in der Gegenwart – vor allem in der Schule – die Weichen gestellt werden. Sowohl die Eltern, die erstmals eine diagnostische Abklärung vornehmen ließen, als auch die, die ihr Kind zum zweiten Mal untersuchen ließen, haben sich viele Gedanken über dieses Thema gemacht. Die wenigsten machten sich die Entscheidung leicht. Im Gegenteil: Viele beschrieben sie explizit als einen Wertekonflikt. Eigentlich wollten sie die Probleme anders lösen, gern mit pädagogischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen, doch wenn eben nichts

davon funktioniere, welche Wahl hätten sie dann noch? Alle Eltern beschrieben die Situation als eine extrem angespannte, eine, in der sie schon vieles probiert hatten und sich selbst nicht mehr zu helfen wussten.

Umso problematischer ist es vor diesem Hintergrund, dass die medikamentöse Intervention keineswegs immer eine nachhaltige Entspannung, geschweige denn eine Lösung der pädagogischen Probleme mit sich bringt: Die Eltern, die bereits Erfahrungen damit gesammelt hatten, berichteten, dass es sowohl in der Schule als auch zu Hause lediglich zu einer vorübergehenden Verbesserung der Situation kam. Einige erzählten von Nebenwirkungen, die – neben den enttäuschten Wirksamkeits-Erwartungen – dazu führten, dass das Medikament wieder abgesetzt wurde. Unter anderem deshalb wollen sie eine Wiederholung der Diagnostik: Sie fragen sich, weshalb die medikamentöse Behandlung keinen Erfolg gebracht hat, wo es doch vorher hieß, dies sei das Mittel der Wahl bei ADHS. Sie wenden sich nun an eine klinische Ambulanz, weil sie der ersten Diagnostik retrospektiv misstrauen – jetzt wollen sie eine ausführlichere Abklärung durch eine Fachklinik und am Ende ganz genau wissen: Hat mein Kind tatsächlich eine ADHS oder nicht? Ist es schwierig oder krank? Auch diejenigen Eltern, die zum ersten Mal eine Diagnostik durchführen lassen, gehen davon aus, dass man diese Frage klar beantworten kann und dass dann auch die geeigneten Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

Wie fällt das Verhältnis von ADHS-Verdacht und Diagnose letztlich aus? Wie oft wird der Verdacht bestätigt, wie oft zurückgewiesen? Und wenn er zurückgewiesen wird, was ist dann?

Nachdem die Interviews ausgewertet und die Diagnostiken abgeschlossen waren, habe ich nachgesehen, was aus den einzelnen Fällen geworden ist, und dabei Folgendes herausgefunden: Die Diagnose ADHS bzw. Hyperkinetische Störung wurde letztlich nur bei vier Kindern gestellt. In insgesamt 13 von 21 Fällen wurde der Eingangsverdacht ADHS nicht bestätigt; bei immerhin vier von diesen 13 Kindern hatte im Vorfeld aber ein anderer Arzt die Diagnose gestellt und eine Stimulanzienbehandlung eingeleitet. Vier der Eltern haben die Diagnostik nicht zu Ende geführt, so dass man die Frage in diesen Fällen nicht beantworten kann.

Und was bedeutet dieses Ergebnis? Es bedeutet zunächst einmal, dass mehr Kinder unter ADHS-Verdacht geraten, als es am Ende bestätigte Fälle gibt. Das hat möglicherweise damit zu tun, dass die populäre Darstellung der Störung viele Verhaltensweisen in den Vordergrund stellt, die fast jedes Kind zu irgendeinem Zeitpunkt mal zeigt. Vor allem bestimmte Verhaltensweisen in der Schule scheinen den ADHS-Verdacht bei Pädagogen schnell auf den Plan zu rufen und die Eltern greifen ihn auf, weil sie sich zum Handeln aufgefordert sehen. Darüber hinaus verdeutlicht das Ergebnis, dass die Diagnose psychischer Erkrankungen auf anderen Kriterien beruht, als die Diagnose somatischer Erkrankungen und die Grenzen zwischen „normalem und abweichendem Verhalten“, zwischen „schwierig und krank“, nicht immer klar bestimmbar sind. „Es gibt kein testpsychologisches Verfahren, mit dem eine ADHS definitiv festgestellt werden kann. Die Diagnose einer ADHS ist eine klinische Diagnose.“ So formuliert es der Vorstand der Bundesärztekammer in einer

Stellungnahme zur ADHS.⁴ Das bedeutet: Einen „ADHS-Test“ gibt es nicht. Die Zuverlässigkeit der Diagnose hängt deshalb sowohl von der Kompetenz des Diagnostikers als auch von der Qualität der Patientenauskünfte ab.

ADHS scheint ein naheliegender Verdacht zu sein; man schöpft ihn, wenn Kinder in der Schule Leistungsprobleme haben, ebenso, wenn sie Schwierigkeiten im sozialen Umgang mit anderen Kindern haben oder Probleme, ihre Gefühle zu regulieren. Schon auf den ersten Blick fiel mir auf, wie viele der geschilderten Probleme den Bereich des Sozialverhaltens betreffen, und im Laufe der Interviews wuchs deshalb in mir der Verdacht, dass die Kinder zwar durchaus Probleme haben, diese aber nicht zwangsläufig mit einer ADHS zu tun haben.

Dieser Verdacht bestätigte sich schließlich: Die Tatsache, dass nur vier der vorgestellten Kinder eine Hyperkinetische Störung haben, bedeutet nämlich nicht, dass die anderen Kinder keine Probleme haben, sondern dass diese anders gelagert sind: Bei einigen wurden „Störungen des Sozialverhaltens“, bei anderen „Emotionale Störungen“ oder eine Kombination aus beidem diagnostiziert, und wieder andere Kinder haben letztlich gar keine psychiatrische Störung. Es ist nicht schwer nachzuvollziehen, dass ein Kind, das gravierende emotionale Probleme hat oder ein gestörtes Sozialverhalten zeigt, auch in der Schule Schwierigkeiten hat. Schulprobleme, selbst der starke Bewegungsdrang, der vielfach bei Lehrern den ADHS-Verdacht schürt, deuten deshalb nicht zwangsläufig auf eine ADHS hin; sie können auch eine Begleiterscheinung oder Folge anderer Störungen sein.

Mit Blick auf diese Ergebnisse hielte ich es für sinnvoll, nicht nur die Folgen der intensiven Berichterstattung über ADHS gründlich zu überdenken, sondern auch eine höhere Sensibilität im Umgang mit sogenannten „schwierigen Kindern“ und deren Eltern zu entwickeln. Wenn permanent über ADHS berichtet wird, gerät aus dem Blick, dass problematisches Verhalten auch andere Ursachen haben könnte; das ist wie bei dem Mann, der bloß einen Hammer besitzt und für den deshalb die ganze Welt wie ein Nagel aussieht. Wenn Pädagogen bei allen möglichen Problemen den Verdacht auf ADHS äußern, ist weder den Kindern noch den Eltern damit geholfen. Die Ergebnisse meiner qualitativen Studie passen an dieser Stelle durchaus zu größeren Befragungen: Eine Studie mit Grundschullehrern zeigt, dass diese davon ausgehen, dass etwa 17,8 % ihrer Schüler eine ADHS haben⁵. Damit liegt deren Schätzung um immerhin 12,5 % höher als die offiziellen Prävalenzraten – und das sollte zu denken geben.

Dass Pädagogen Probleme wahrnehmen und mit Eltern darüber sprechen, gehört zu deren beruflichen Aufgaben – immerhin: die Schule hat einen Bildungs- und Erziehungsauftrag und ist dazu angehalten, mit Eltern zu kooperieren.⁶ Für die

4 Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' (2005) herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer (Langfassung). S. 18. a.a.O.

5 Döpfner, M. /Lehmkuhl, G. (2002): ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Kindheit und Entwicklung 11, H. 2, S. 67.

6 So steht es beispielsweise im Schulgesetz (hier: für Baden-Württemberg): „Die Eltern haben das Recht und die Pflicht, an der schulischen Erziehung mitzuwirken. Die gemeinsame Verantwortung der Eltern und der Schule für die Erziehung und Bildung der Jugend fordert die vertrauensvolle Zusammenarbeit beider Erziehungsträger. Schule und Elternhaus unterstützen sich bei der Erziehung und Bildung der Jugend und pflegen ihre Erziehungsgemeinschaft.“ (SchG §55, Abs. 1) <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&docid=jlr-SchulGBW1983pG15&psml=bsbawueprod.psml&max=true>

Abklärung psychischer Störungen hingegen sind Experten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuständig; nur sie verfügen über die professionelle Kompetenz, fundierte Urteile fällen und angemessene Behandlungen empfehlen zu können.

Offenkundig mangelt es bisher an Aufklärung, an fächerübergreifenden Informationen, die allen Beteiligten – Eltern eingeschlossen – zu realistischeren Einschätzungen verhelfen und die letztlich mehr Klarheit in eine häufig allzu emotional geführte Debatte bringen könnten. Studien wie diese stellen einen ersten Schritt in diese Richtung dar. Der Dialog zwischen Ärzten, Therapeuten und Pädagogen sollte sachlicher und intensiver geführt werden, damit die Probleme von Kindern realistisch eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen – wo wirklich Bedarf besteht – früh eingeleitet werden können. In diesen Dialog kann auch die Erziehungswissenschaft künftig stärker integriert werden, denn sie ist es, die sich einerseits mit den Themen Erziehung und Bildung forschend auseinandersetzt und die andererseits die zukünftigen Praktiker für pädagogische Felder ausbildet. Und die müssen während des Studiums entsprechend vorbereitet werden, um später in der pädagogischen Praxis kompetent beurteilen und beraten zu können.

*** Zur Autorin:**

- 1995-2000 Studium der Diplom-Pädagogik in Frankfurt am Main
- 2001-2005 Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Uni der Bundeswehr in Hamburg und am Hanse-Wissenschaftskolleg in Delmenhorst
- 2005 Promotion an der Humboldt-Universität Berlin (Titel der Dissertation: „Die neurowissenschaftliche Herausforderung der Pädagogik“ erschienen bei Klinkhardt 2006)
- 2005-2011 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Tübingen
- Seit 2011 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Göttingen
- Forschungsschwerpunkte: Wissensforschung, Rezeption biowissenschaftlichen Wissens in der Erziehungswissenschaft (Schwerpunkt: Neurowissenschaften und Pädagogik), Erziehungsratgeber als Popularisierungsmedium, Historische und zeitgenössische Perspektiven auf die ADHS
- Referenten- und Vortragstätigkeiten an diversen Bildungseinrichtungen