

## **ADHS: Durchaus ein gesellschaftliches Problem!**

**Die Diskussion um Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen sollte man sich nicht zu einfach machen ...**

*von Roland Stein und Philipp Abelein*

Die teilweise sehr hohen Diagnoseraten von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, weitläufig bekannt unter der Abkürzung ADHS, haben in den letzten Jahren immer wieder für viel Diskussion gesorgt. Aktuell ist dies wieder so, ganz intensiv in Unterfranken und Würzburg, wo eine Studie der Barmer Ersatzkasse (BARMER GEK 2013) weit über dem Durchschnitt liegende Zahlen feststellt. Wie kommt es zu so hohen Diagnoseraten – und was ist zu tun?

Weltweit sind durchschnittlich etwa 4,9 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und ca. 5,3 % von ADHS betroffen (Schlack et al. 2007, Polanczyk et al. 2007). Zwar bietet der Forschungsstand durchaus ernst zu nehmende Nachweise, dass es genetische Anteile für ADHS gibt (Banaschewski 2010, 113f). Aber nur schwer zu erklären sind für Befürworter einer genetischen Ursachenerklärung von ADHS die teilweise höchst unterschiedlichen Diagnoseraten, welche z.B. in Würzburg und Umgebung dazu führen, dass bei Jungen und Mädchen ADHS doppelt so häufig auftritt und mit Methylphenidat behandelt wird als im Bundesdurchschnitt (BARMER GEK 2013). Des Weiteren kann für viele führende ADHS-Forscher, wie z.B. die Professorin Ulrike Lehmkuhl, Direktorin der Kinderklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Berliner Charité, nicht nachvollzogen werden, dass sich seit dem Jahr 1993 die Absatzmenge von Medikamenten mit dem Wirkstoff Methylphenidat von 34 Kilo auf knapp 1,8 Tonnen im Jahr 2010 erhöht hat, da ADHS „schließlich kein Virus ist“ (Hoffmann & Schmelcher 2012). Kritiker führen diese explosionsartige Steigerung vordergründig auf ökonomische Interessen von Pharmaunternehmen zurück, bei denen sich der wachsende Absatz im Umsatz mit diesen Medikamenten widerspiegelt (Stiehler 2007, 22f).

Es lohnt sich, näher zu betrachten, was ADHS tatsächlich ist und wie es definiert wird. Kennzeichnend sind drei international anerkannten Kernsymptome: *Unaufmerksamkeit* als mangelnde Fähigkeit die eigene Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten und sich nicht von äußeren Reizen ablenken zu lassen, *Hyperaktivität* im Sinne einer erhöhten motorischen Unruhe sowie *Impulsivität* als Tendenz, einfach zu handeln, ohne vorher nachzudenken und der damit verbundenen Problematik, eigene Bedürfnisse nicht aufzuschieben und abwarten zu können (Quaschner et al. 2011, 157). Mit den klinischen Hauptsymptomen von ADHS sind bei genauerer Betrachtung auch ganz alltägliche Anforderungen beschrieben, denen jede Person einmal nicht gerecht werden kann: Es sei an dieser Stelle die kritische Frage gestellt, ob jeder von uns wirklich stets aufmerksam ist, motorisch ausgeglichen, planvoll und geduldig handelt oder ob diese Verhaltensweisen nicht doch in hohem Maße anhängig sind von den jeweiligen situativen Bedingungen? Mit diesem Hinweis soll das Problem nicht bagatellisiert werden, aber er soll zeigen, dass Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität ein Spektrum bilden von einem „zu Wenig“ zu einem „zu Viel“. Wenn die Psychiatrie hier ab einem bestimmten Punkt auf diesem Spektrum eine „Störung“ feststellt, dann setzt sie selbst eine Grenze, jenseits derer das Verhalten als nicht mehr „normal“ definiert wird. Dazu bieten internationale Diagnosesysteme wie DSM IV und ICD-10 die Kriterien. Eine solche Trennlinie ist durchaus notwendig, um für bestimmte Menschen Hilfebedarf zu bestimmen – aber es muss jedem bewusst sein, dass sie letztlich künstlich gesetzt wird und dahinter das erwähnte Spektrum vom „zu Wenig“ zu einem „zu Viel“ (ADHS) steht. So wird es in manchen Fällen für Diagnostiker äußerst schwierig sein, eine klare Antwort z.B. auf die folgende Frage zu finden: Handelt es sich um ein gesundes, lebhaftes und explorationsfreudiges Kind – oder ist dieses auffällig im Sinne internationaler Klassifikationssysteme und müsste dem Kriterium „häufig auf Achse oder handelt oftmals, als wäre er/sie getrieben“ (DSM IV) zugeordnet werden?

Die Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung sowie der Vorwurf einer eventuellen Überdiagnostizierung von ADHS wurden im Jahr 2012 erstmals in einer Studie von Bruchmüller & Schneider (2012) empirisch belegt. In dieser repräsentativen Befragung von 473 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland durch die Ruhr-Universität Bochum und die Universität Basel wurden vier Fallge-

schichten vorgelegt, bei denen die Professionellen jeweils die Entscheidung treffen sollten, ob ADHS vorliegt oder nicht. 16,7 % der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Psychiater gelangten in Fällen, bei denen eigentlich keine Symptome einer ADHS erfüllt waren, zur Entscheidung, eine ADHS-Diagnose zu treffen. 33 % jener Versuchsteilnehmer, die fälschlicherweise eine ADHS-Diagnose in den jeweiligen drei Fallgeschichten stellten, äußerten zudem die Empfehlung einer medikamentösen Behandlung des Kindes.

Hilfreich zum vertieften Verständnis ist ein weiterer Aspekt: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. die Bundesärztekammer definieren genau solche Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsprobleme als ADHS, die (vermutlich) genetisch bedingt sind (Bundesärztekammer 2005, 5). Oft wird aus der Wirkung von Medikamenten rückgeschlossen, dass das Problem genetisch bedingt sei und es sich um ADHS in seiner „eigentlichen“ Form handle. Hier dreht sich die Sache im Kreis. Im Grunde ist das Problem um ADHS größer als nur der genetische Anteil daran, denn Probleme der Aufmerksamkeit und der Kontrolle des eigenen Verhaltens zeigen durchaus viele Kinder und Jugendlichen, bei denen keine Diagnose ADHS vorliegt.

Blickt man mit ein wenig mit Distanz auf das Problem, so geht es hier um die Förderung aller Kinder und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-, Hyperaktivitäts- und Impulsivitätsproblemen. Ein Teil dieser Probleme dürfte auf Basis des Erkenntnisstandes der Forschung genetisch (mit-) bedingt sein. Hier können Medikamente hilfreich sein. Abgesehen von den bis zum heutigen Tag nicht vorhandenen Langzeitstudien über die Nebenwirkungen medikamentöser Behandlungen bei ADHS bringt deren Einsatz zugleich jedoch einen gewissen Fatalismus mit sich – dass man auf die Wirkung des Medikaments warten und ansonsten nichts tun könnte, wie bei einer organischen Erkrankung. Aber ADHS ist auch eine soziale Erscheinung. Vieles spricht dafür, dass die Medikamente nur ein „Zeitfenster“ eröffnen, in dem unbedingt zusätzliche Maßnahmen erfolgen müssen. Ganz vorne in der Diskussion ist hier ergänzende Psychotherapie. Aber ADHS ist in jedem Fall auch eine Anforderung an Erziehung. Die Kombination von Medikamenten und Erziehungsbemühungen wird jedoch weder in der Theorie noch in der Praxis angesprochen. Und es wird leider auch häufig übersehen, dass gerade Aufmerksamkeit und autonome Verhaltenskontrolle wichtige Anforderungen in der *Schule* sind (Roggensack 2006, 171f). Kritiker wie Roggensack (ebd., 172) gehen sogar so weit, ADHS in erster Linie als „Schulsyndrom“ zu bezeichnen und darunter jene Verhaltensweisen zu verstehen, welche die Lehrkraft in der Durchführung des Unterrichts stören. Auch wenn diese Kritik von uns in diesem Ausmaß nicht geteilt wird, macht eine solche Aussage doch deutlich, dass ADHS eine Erziehungsherausforderung darstellt, gleich ob genetisch bedingt oder nicht. Insbesondere im schulischen Kontext können bestimmte situative Gegebenheiten des Unterrichts wie Überforderungen, Unterforderungen, unklare Anforderungen oder mangelnde Bewegungsmöglichkeiten gerade für jüngere Kinder Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität nicht nur bei Schülern mit ADHS, sondern auch bei Klassenkameraden ohne ADHS hervorrufen und die Auftretenswahrscheinlichkeit von ADHS-typischen Verhaltensweisen im Vergleich zu manchen Freizeitsituationen erhöhen.

Und was ist mit den Elternhäusern? Eine durchaus heikle Frage, bei deren Beantwortung man sich schnell unbeliebt machen kann. Ist damit, dass ein Teil der Probleme genetisch bedingt ist, schon gesagt, dass Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität nicht auch durch eine ungünstige Erziehung zustande kommen können? Oder dass Erziehung hilflos vor dem unseligen genetischen Potenzial stünde und nicht etwa durch gute Strukturierung und klare Erziehung diesem zumindest entgegenwirken könnte? Hier hat die Diagnose ADHS dort eine (in Grenzen) sinnvoll entlastende Funktion, wo das Problem wirklich im Wesentlichen organisch entstanden ist und die Eltern hilflos davorstehen sowie mit unberechtigten Vorwürfen konfrontiert werden (Drüe 2007, 224). Gleichzeitig ist aber auch eine unselige Entlastung dort zu bedenken, wo die Diagnose ADHS von eigenen fehlgeschlagenen Erziehungsbemühungen ablenkt und dann zur Selbst-Entlastung der Erzieher wird. Damasch (2006, 189ff) und Otto (2010, 150ff) zufolge übernimmt in solchen Fällen die Diagnose ADHS zwar ebenso eine Entlastungsfunktion bei Erziehungsverantwortlichen, jedoch in dem Sinne, dass durch die Pathologisierung des Verhalten des Kindes die Verantwortung für das auffällige Verhalten von sich gewiesen und allein auf das Kind übertragen wird. Derjenige, der diese zweite Möglichkeit anspricht, hat schnell viele Eltern zu Gegnern, denn er verweist sie auf ihren Erziehungsauftrag. Dies

mag sich auch der eine oder andere Psychiater denken, wenn er die Diagnose stellt und ein Medikament verordnet. Es scheint gesellschaftlich nicht im Trend, Verantwortung einzufordern, und auch viele Schulen klagen darüber, dass Eltern ihre Erziehungskompetenz und ihren Erziehungsauftrag an sie delegieren.

Und was ist mit der Gesellschaft? Aspekte wie Reizüberflutung, Hektik und Druck, massiver Medienkonsum oder Bewegungsarmut von Kindern sind Fakten und starke Trends. Es ist unzulässig, einen direkten kausalen Zusammenhang zu ADHS zu sehen, aber damit sollte man solche Probleme nicht vollständig aus der kritischen Aufmerksamkeit verbannen.

Nicht nur ADHS sagt uns etwas über unsere Gesellschaft. Auch die Art und Weise, wie die Diskussion um ADHS, gerade jetzt auch aktuell wieder, geführt wird, enthält dazu versteckte Botschaften: Gefragt werden Mediziner, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden. Kaum gefragt werden Pädagogen und Sonderpädagogen. Schon gar niemand fragt Soziologen. Möglicherweise geht das Bestreben dahin, durch Therapie aus dem Sumpf gezogen zu werden, nicht jedoch, sich an die eigene Nase zu fassen, Verantwortung zu übernehmen und aktiv etwas zu tun. Erziehung tut not und ist gefragt.

## Literatur

BRUCHMÜLLER, K. & SCHNEIDER, S. (2012): Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. In: Psychotherapeut, 57 (1), 77-89.

BANASCHEWSKI, T. (2010): Genetik. In: Steinhausen, H.C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, 113-127.

BARMER GEK (2013): Arztreport 2013. Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung. Verfügbar unter: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/130129-Arztreport-2013/PDF-Arztreport-2013.property=Data.pdf> [12.02.2013].

BUNDESÄRZTEKAMMER (2005): *Stellungnahme* zur »Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)«. Langfassung. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf>. [12. 02. 2013].

DAMMASCH, F. (2006): ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin® In: LEUZINGER-BOHLEBER, M. ; BRANDL, Y. & HÜTHER, G. (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht., 189-221.

DRÜE, G. (2007): ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit. Kohlhammer: Stuttgart.

HOFFMANN, C. & ANTJE, A. (2012): Wo die wilden Kerle wohnten. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 6, 12.02.2012, S. 2-3 <http://m.faz.net/aktuell/politik/inland/ritalin-gegen-adhs-wo-die-wilden-kerle-wohnten-11645933.htm>

OTTO, D. (2010): Vom Zappelphilipp zum Normalo? AD(H)S-Symptomatik, Diagnose und Medikation als Stigma. In: HAUBL, R.; LIEBSCH, K. (Hrsg.) (2010): Mit Ritalin leben. ADHS-Kindern eine Stimme

geben. (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts, Reihe 2: Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog, Bd. 13). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 150-158.

POLANCZYK, G., DE LIMA, M.S., HORTA, B.L., BIEDERMAN, J., & ROHDE, L.A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *American Journal of Psychiatry* 164: 942-948.

ROGGENSACK, C. (2006): Mythos ADHS. Konstruktion einer Krankheit durch die monodisziplinäre Gesundheitsforschung. Heidelberg: Carl-Auer.

SCHLACK, R. , HÖLLING, H. , KURTH, B.-M. & HUSS, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 827-835.

STIEHLER, M. (2007): Konzentrationserziehung statt AD(H)S-Therapie. Ein Modell nach Paul Moor. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

QUASCHNER, K. & THEISEN, F.M. & BECKER, K.(2011): Hyperkinetische Störungen. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Thieme: Stuttgart. 6. Auflage. 157-166.

Prof. Dr. Roland Stein und Philipp Abelein lehren und forschen am Lehrstuhl für Pädagogik bei Verhaltensstörungen der Universität Würzburg.

© Universität Würzburg, im März 2013