

2 ADHS – Grundlagen und Forschungsstand

ADHS ist noch immer eine in der Fachwelt und Öffentlichkeit umstrittene Diagnose, auch wenn mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Studien zu Ätiologie, Epidemiologie und Behandlungsoptionen existiert. Die folgenden Ausführungen skizzieren zunächst die historische Begriffsentwicklung und geben dann eine Übersicht über aktuelle Klassifikationssysteme. Es folgt die Beschreibung von Symptomen und Komorbiditäten, epidemiologischen Studiendaten sowie unterschiedlichen Konzepten zur Kausalität von ADHS. Den Abschluss bildet eine Vorstellung diagnostischer Verfahren und Leitlinien sowie medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungsformen.

2.1 Historische Begriffsentwicklung

Der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gilt als aktuelle diagnostische Bezeichnung für Symptomatiken, die sich in den drei Hauptsymptomen niedriger Daueraufmerksamkeit, körperlicher Unruhe/Hyperaktivität und Impulsivität äußern (Döpfner et al. 2013a; Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2013). Diese Symptomatik ist in ihren Grundzügen bereits seit dem Ende des 18. Jahrhunderts immer wieder Gegenstand wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Debatten gewesen und hat im Verlauf der letzten 200 Jahre *vielfache begriffliche und konzeptuelle Veränderungen durchlaufen* (Antshel et al. 2014; Staufenberg 2011). Insgesamt zeigt sich dabei laut Seidler (2004) eine Entwicklung von einer organpathologischen Betrachtung über eine stärker pädagogisierende Perspektive zu neurobiologischen Erklärungsmodellen. Die folgenden Eckpunkte der historischen Entwicklung dokumentieren, wie die Symptomatik im Zeitverlauf vor dem Hintergrund sich wandelnder Wissenschaftskonzepte und Erkenntnisse immer wieder neu eingeordnet wurde (für eine vertiefende Betrachtung der historischen Entwicklung vgl. Rothenberger und Neumärker 2005; Foerster 1987; Seidler 2004; Staufenberg 2011).

Laut einer historischen Analyse medizinischer Literatur von Foerster (1987) befasst sich diese bereits seit Ende des 18. Jahrhunderts intensiv mit dem „nervö-

sen Kind“. Zwischen 1760 und 1840 war in der frühen deutschen Pädiatrie – zunächst primär bezogen auf Säuglinge – von „unruhigen Kindern“ die Rede. Der Psychiater Griesinger postulierte 1845 in einem Lehrbuch für Ärzte und Studierende ein grundsätzliches Verständnis aller psychischen Krankheiten als Erkrankungen des Gehirns und definierte kindliche Unruhe als Zeichen einer gestörten Reizreaktion des Gehirns (Griesinger 1845). Zeitgleich veröffentlichte Heinrich Hoffmann sein bis heute in der breiten Öffentlichkeit und Fachliteratur häufig zitiertes Werk „Der Struwwelpeter“, dessen Darstellungen des „Zappelfilipp“ und des „Hans-guck-in-die-Luft“ als frühe Symptombeschreibungen von ADHS interpretiert werden (Hoffmann 2007)⁹. Seidler, der in einer historischen Analyse die Entwicklung vom Beginn des 18. Jahrhunderts bis heute nachvollzieht, betont jedoch in seinen Ausführungen, dass Hoffmann damit eher Beispiele für „unartiges“ kindliches Verhalten im Kontext der bürgerlichen Familie illustrieren wollte, dieses jedoch nicht mit einer Krankheit gleichsetzte (Seidler 2004, 207f).

In der Zeit des aufkommenden Imperialismus, in der verstärkt soldatische Tugenden eingefordert wurden, nahm – so Seidler – das Interesse an der Behandlung „nervöser“ Verhaltensweisen von Kindern zu, die zum Beispiel der Philosoph und Pädagoge Strümpell in seinem Werk *Die Pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder* als „konstitutionellen Charakterfehler“ definierte (Strümpell 1890). Der Neurologe Beard hatte 1869 für diese Phänomene die Bezeichnung „Neurasthenie“ entwickelt und sie als „predominantly American societal illness“ beschrieben, die durch neue belastende Faktoren wie Dampfkraft, Tagespresse und Telegrafie hervorgerufen würde. Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts gewannen pädagogische Konzepte stärker an Bedeutung und die Symptomatik wurde als Folge von Reizüberflutung und falscher Erziehung gedeutet. Dies fand seinen Höhepunkt in der NS-Zeit, in der die Unruhe als neurotische Unart definiert wurde, die unter anderem durch die Mitgliedschaft in der Hitlerjugend ausgetrieben werden sollte. Die Debatten um die Ursachen der schwer erziehbaren Kinder verliefen „entlang der Kontroverse um die Rolle von Vererbung und Konstitution versus Erziehung und Umwelt“ (Staufenberg 2011, 49).

In der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts erfolgte eine zunehmende Hinwendung zu einem biologisch-organischen Kausalitätskonzept. Hierzu trugen zwei Ereignisse bei: Zum einen wurde im Kontext einer Enzephalitis-Epidemie festgestellt, dass überlebende Kinder Unruhesymptome zeigten, woraus man schloss, dass die Ursache eine Hirnschädigung („minimal brain damage“) sein müsse. Zum anderen führte ein Zufallsbefund 1937 zur Entdeckung des Wirk-

9 Nachdruck der Frankfurter Originalausgabe.

stoffs Bazedrin®, dessen unerwartete Wirkung bei hyperaktiven Kindern Ärzte die Symptomatik wieder stärker als Hirnfunktionsstörung betrachten („Hyperkinetisches Syndrom“) ließ. Hirnschädigungen konnten jedoch bei verhaltensauffälligen Kindern nicht nachgewiesen werden, so dass die Symptome zunehmend als Dysfunktion bezeichnet wurden. „Je nach Standort wurde ab Mitte der 60er-Jahre postuliert, bei ADHS handele es sich um eine Hirnschädigung, um genetisch im Kind angelegte Eigenschaften, um die Aktualisierung früherer Beziehungserfahrungen oder lediglich um unangemessene Forderungen einer veränderten Umwelt an das Kind.“ (Seidler 2004, 242).

Aufmerksamkeitsdefizite wurden erst in den 1970er Jahren als Kernsymptome mit aufgegriffen. Das Diagnostic and statistical manual III (American Psychiatric Association 1980) definierte erstmals die Attention Deficit Disorder mit oder ohne Hyperaktivität (vgl. Staufenberg 2011).

Insgesamt wurde das Phänomen des hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindes „entlang seinem theoretischen Deutungsweg zur Neuropathie, zur Psychopathie, zur Neurasthenie, zum Kinderfehler, zum Hirnschaden, (...) zweierlei Neurosekonzepten unterworfen, als Krankheit, Störung und Behinderung bezeichnet und endet vorläufig bei den Genen und der Neurotransmitter-Chemie“ (Seidler 2004, 243). Die historische Betrachtung zeigt somit, dass die Definition von ADHS vielfältigen Einflüssen unterliegt und im Zeitverlauf von verschiedenen Akteursgruppen immer wieder neue Abgrenzungsversuche unternommen wurden.

2.2 Aktuelle Klassifizierung

Aktuell erfolgt die Klassifizierung von ADHS in Deutschland primär nach der *International Classification of Diseases* der WHO (ICD 10_GM, Weltgesundheitsorganisation 2014; Dilling et al. 2011). Einige deutsche Fachgesellschaften und vor allem große Bereiche der Forschung legen auch das amerikanische *Diagnostic and statistical manual* (DSM) (American Psychiatric Association 2013) zugrunde. Die Klassifizierungssysteme entsprechen sich in weiten Teilen und beschreiben grundsätzlich vergleichbare Diagnosekriterien. Eine Diagnose wird nur dann vergeben, wenn Symptome in den Bereichen Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivität über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, in mehr als einem Bereich (z. B. Schule und Zuhause) und in einem deutlichen, mit dem normalen Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Maß aufgetreten sind (Döpfner et al. 2013a).

Unterschiede bestanden vor der letzten Aktualisierung von DSM-IV zu DSM-5¹⁰ im Jahr 2013 vor allem in der für verschiedene Subtypen erforderlichen Anzahl von Symptomen bzw. ihrer Kombination. Hier setzen die ICD-10-Kriterien grundsätzlich Symptome in allen drei Bereichen der Impulsivität, Aufmerksamkeit und Hyperaktivität voraus und unterscheiden zwischen einer „einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung“ (F90.0) und einer „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1), wenn zusätzlich eine entsprechende Störung auftritt (Weltgesundheitsorganisation 2014). Dagegen ist im DSM-System eine Diagnose auch möglich, wenn Symptome nur in einem Symptombereich auftreten. Die DSM-Systematik unterscheidet drei Subtypen bzw. *specifiers*¹¹ von ADHS für deren Diagnose jeweils mindestens sechs der für den jeweiligen Typ beschriebenen Symptome vorliegen müssen¹²:

- vorherrschend unaufmerksamer Typ,
- vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ,
- Mischtyp einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung.

In der aktuellen Version des DSM-5 sind weitere wesentliche Unterschiede zwischen der ICD- und DSM-Klassifizierung entstanden. Vor allem kam es im DSM-5 zu einer *Erhöhung der Altersgrenze für die Erstmanifestation* von Symptomen (American Psychiatric Association 2013). Während hier bislang kein großer Unterschied zwischen den Klassifikationssystemen bestand – nach ICD-10 mussten erste Symptome vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten sein, nach DSM-IV bis zum Alter von 7 Jahren – wurde diese Altersgrenze im DSM-5 auf 12 Jahre angehoben¹³.

Eine weitere wichtige Neuerung des DSM-5 liegt darin, dass sich Autismus und ADHS nicht mehr ausschließen, während Autismus in der ICD-10 als Ausschlussdiagnose gilt¹⁴.

10 Für die fünfte Version des DSM verwendete die American Psychiatric Association erstmals die arabische Nummerierung.

11 Die noch in DSM-IV beschriebenen Subtypen wurden in DSM-5 durch sogenannte „specifiers“ ersetzt, die den ehemaligen Subtypen entsprechen.

12 Für eine Diagnose im Erwachsenenalter sind fünf Symptome ausreichend.

13 Die Formulierung wurde von „symptoms that caused impairment were present before age 7 years“ in „several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms were present prior to age 12 years“ (American Psychiatric Association 2013, 60) geändert und damit deutlich gelockert.

14 Zudem wird ADHS im DSM-5 jetzt als Entwicklungsstörung des zentralen Nervensystems definiert, während es im ICD unter die Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“ fällt.

Vor allem die Anhebung der Altersbegrenzung für Erstsymptome schürt Befürchtungen, dass dies zu einer Zunahme der Prävalenz führt (vgl. Ghanizadeh 2013 oder Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2013). Eine neue Version der ICD ist für 2014 geplant und eine Orientierung am DSM-5 ist zu erwarten (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2013)¹⁵. Insgesamt ist nach Wankerl et al. (2014) festzuhalten, dass alle aktuellen Klassifizierungen „nach DSM-IV bzw. DSM-5 und ICD-10 atheoretisch definiert sind und ADHS lediglich auf einer deskriptiv-phänomenologischen Ebene betrachtet wird“ (Wankerl et al. 2014, 22). Da die Ursachen trotz intensiver Forschung weiterhin ungeklärt sind (vgl. Kapitel 2.5), können auch die Klassifizierungen nur beschreibenden, aber keinen tatsächlich definierenden Charakter annehmen.

2.3 Symptomatik

Als Kernsymptomatik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gelten wie oben dargestellt gemäß DSM-5 bzw. ICD-10 Formen von

- Hyperaktivität,
- verminderter Aufmerksamkeitsfähigkeit sowie
- geringer Impulskontrolle (vgl. Döpfner et al. 2013a; Wankerl et al. 2014; Lehmkuhl et al. 2009)

Da diese Verhaltensweisen bzw. Symptome grundsätzlich bei allen Kindern in unterschiedlicher Ausprägung auftreten und die Grenzen zwischen normalem und auffälligem Verhalten fließend sind, müssen diese für eine ADHS-Diagnose als deutlich ausgeprägt eingestuft werden.

Als Aufmerksamkeitsprobleme beschreibt die ICD-10 unterschiedliche Symptomkriterien, die von Flüchtigkeitsfehlern bei Schularbeiten, über mangelnde Reaktion auf Ansprache von außen bis zu einer leichten Ablenkbarkeit durch äußere Reize reichen. Die Symptome lassen sich nach Tröster (2009a) in Schwierigkeiten im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit, wie zum Beispiel die Unterscheidung von wichtigen und weniger wichtigen Aufgaben, als auch der dauerhaften Aufmerksamkeit, wie häufiges Wechseln bzw. Abbrechen von Tätigkeiten unterteilen.

15 Die aktuelle Veröffentlichung von Wankerl et al. (2014) bezieht sich z. B. schon auf die Erstmanifestation bis zum 12. Lebensjahr gemäß DSM-5.

Auffälligkeiten im Bereich der Impulsivität werden in der medizinisch-psychologischen Fachliteratur in motivationale (z. B. Schwierigkeiten mit dem Aufschub von Bedürfnisbefriedigung) und kognitive Impulsivität (z. B. Schwierigkeiten mit der Handlungsplanung) unterteilt. Die ICD-10 führt hier Beispiele wie ein häufiges Herausplatzen mit Antworten, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, Störungen von Gesprächen oder Spielen anderer und übermäßiges Reden auf.

Als hyperaktives Verhalten führt die ICD-10 unter anderem Zappeln mit Händen und Füßen, Herumlaufen oder exzessives Klettern sowie Schwierigkeiten mit ruhigen Freizeitbeschäftigungen auf. Der Bewegungsdrang von Kindern mit ADHS wird häufig als wenig kontrolliert und ungeschickt beschrieben (Tröster 2009a).

Als häufige – allerdings nicht diagnoserelevante – sekundäre Symptome bzw. Komorbiditäten gelten zum Beispiel geringe Frustrationstoleranz, Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten, Aggressivität, oppositionelles Verhalten, Schlafprobleme und soziale Isolation (Goodman et al. 2007). Aussagen zur Häufigkeit von Komorbiditäten zeigen sehr große Varianz, laut Steinhausen (2010b) sind bis zu 85% von mindestens einer Begleitstörung betroffen und ca. 60% von mehreren. Dies führt dazu, dass viele Kritiker die Aussagekraft der Diagnose ADHS anzweifeln: „Je mehr Untersuchungen zur Komorbidität durchgeführt werden, desto mehr verschwindet die ADHS als eigenständige nosologische Entität.“ (Haubl und Liebsch 2009b, 131).

Die Symptomatik präsentiert sich insgesamt sehr heterogen. Unterschiedliche Ausprägungsformen sind besonders in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht zu verzeichnen¹⁶. Im Kindesalter und bei Jungen stehen hypermotorische Verhaltensweisen im Vordergrund. Im Jugendalter und generell bei Mädchen überwiegen Schwierigkeiten mit dauerhafter Aufmerksamkeit. Als typisch wird auch bezeichnet, dass die Symptomatik vor allem in Situationen auftritt, in denen eine längere Aufmerksamkeit gefordert ist, wie zum Beispiel im Unterricht, andererseits teilweise aber gar nicht, wenn die Kinder nur mit einer Person konfrontiert sind oder das Kind einer Lieblingsbeschäftigung nachgeht (Döpfner et al. 2013a).

Im Kontext des Kindergartens führt die Symptomatik häufig dazu, dass die Kinder nur schwer an Gruppenaktionen teilnehmen können, ständig in Bewegung sind, leicht wütend werden und nur schwer zu beruhigen sind. Teilweise zeigen sie aggressive Verhaltensweisen gegenüber anderen Kindern und Erziehern. Im schulischen Alltag haben die Kinder Schwierigkeiten, sich auf die Aufgaben zu konzentrieren, stören den Unterricht, und die Bearbeitung der Hausaufgaben

16 Döpfner weist allerdings darauf hin, dass es bislang – vermutlich auf Grund des häufigeren Auftretens bei Jungen – kaum Studien zum Verlauf bei Mädchen gibt (Döpfner et al. 2013a).

bereitet oftmals große Probleme (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013).

Während früher angenommen wurde, dass sich die Symptomatik im Zeitverlauf verliere, zeigen neuere Studien, dass sie bei vielen bis ins Erwachsenenalter andauert. Die Persistenzrate wird auf mindestens ein bis zwei Drittel geschätzt (Krause und Krause 2014; Döpfner et al. 2013a)¹⁷. Allerdings verändert sich häufig die Symptomatik, wobei die Hyperaktivität weniger dominant wird, Aufmerksamkeitsprobleme hingegen stärker ins Gewicht fallen (Wolraich et al. 2005).

2.4 Epidemiologische Daten

Die epidemiologischen Studiendaten zur Prävalenz von ADHS weisen insgesamt eine *große Varianz* auf. Diese ist zu einem großen Teil auf eine fehlende Standardisierung von Diagnostik und Falldefinition zurückzuführen (Russell et al. 2014; Polanczyk et al. 2014). Vor allem in Abhängigkeit von dem zugrunde gelegten Klassifikationssystem (ICD vs. DSM) unterscheiden sich die Angaben zur Prävalenz und Inzidenz von ADHS deutlich. Die weiter gefassten Diagnosekriterien des DSM-IV führen durchgängig zu höher ausfallenden Prävalenzraten, was vor allem beim Vergleich von Studien sowie in Bezug auf Angaben zur Prävalenz und Inzidenz in verschiedenen Ländern zu beachten ist¹⁸.

Bei identischen Diagnosekriterien fallen die ADHS-Prävalenzen international relativ vergleichbar aus. Das DSM-5 weist kulturübergreifend eine Prävalenz von ca. 5% im Kindesalter und etwa 2,5% bei Erwachsenen aus (American Psychiatric Association 2013, 61). Die Rate bei Kindern im Vorschulalter wird auf ca. 2% geschätzt (Wichstrøm et al. 2012; DuPaul et al. 2001). Bei Jungen/Männern wird ADHS nach Aussage der meisten Studien deutlich häufiger diagnostiziert als bei Mädchen/Frauen¹⁹. Die Studienergebnisse zu geschlechtsspezifischen Raten schwanken jedoch stark (Skogli et al. 2013). Laut Angaben des DSM-5 liegt das Verhältnis in der Gesamtbevölkerung bei 2:1, im Erwachsenenalter bei 1,6:1 (American Psychiatric Association 2013, 63). Laut Skogli liegt das Verhältnis in bevölkerungsbasierten Studien bei 3:1, in klinischen Studien

17 Allerdings gibt es auch hier vielfältige Diskussionen über definitorische und methodische Fragen (vgl. Krause und Krause 2014, 11f).

18 Für eine detaillierte Übersichtstabelle der festgestellten Varianz vgl. Polanczyk et al. 2014, 438. Wie sich dies nach Einführung des DSM-5 und der geplanten Aktualisierung der ICD entwickeln wird, bleibt abzuwarten.

19 Steinhausen (2010a) verweist aber z. B. auch auf zwei Studien, die keine signifikanten Unterschiede nachwiesen.

zwischen 5:1 und 9:1 (Skogli et al. 2013). Die Gründe für diese Geschlechterdifferenz sind bislang noch unzureichend erforscht. Die am meisten vertretene Hypothese geht davon aus, dass ADHS bei Mädchen auf Grund der unterschiedlichen Expression der Symptomatik und stärker internalisierenden Verhaltensweisen unterdiagnostiziert ist (Skogli et al. 2013; Swanson et al. 2013)²⁰. Insgesamt gibt es hierzu jedoch bislang unzureichende Erkenntnisse.²¹

In Deutschland sind ADHS und „Störungen des Sozialverhaltens“ derzeit die am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindesalter (Döpfner et al. 2013a). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) lieferte aktuelle bundesweite Daten (Schlack et al. 2007)²². Die Untersuchung ergab für ADHS über alle Alters- und Geschlechtsgruppen hinweg eine Lebenszeitprävalenz von 4,8%, weitere 4,9% wurden als Verdachtsfälle eingestuft. Bei Jungen wurde ADHS um den Faktor 4,3 häufiger diagnostiziert als bei Mädchen. Die Prävalenz zeigte beim Übergang vom Vorschulalter ins Grundschulalter einen deutlichen Anstieg von 1,5% auf 5,3%, bei Jungen sogar von 2,4% auf 8,7%. Laut Gawrilow et al. (2013) ist dieser Anstieg „vermutlich darauf zurückzuführen (...), dass ADHS-typische Schwierigkeiten vor allem im schulischen Bereich Probleme auslösen bzw. verursachen“ (ebd., 189)²³. Insgesamt waren die höchsten Prävalenzwerte in der Altersgruppe von 11 bis 13 Jahren zu verzeichnen (Schlack et al. 2007, 830).

Die Ergebnisse zeigten auch eine Abhängigkeit der Prävalenzraten einer diagnostizierten ADHS vom sozioökonomischen Status (SES) der Eltern. So er-

-
- 20 Laut Bilz et al. (2013) wurden externalisierende Symptomaten bislang generell häufiger erforscht. Sie vermutet als Ursache hierfür, dass internalisierende Verhaltensweisen als weniger störend empfunden und daher seltener zum Gegenstand von Forschungsvorhaben werden. Im Rahmen des WHO-Jugendgesundheitsurveys „Health Behaviour in School-aged Children“ wurden insgesamt emotionale Probleme häufiger bei Mädchen, Verhaltensprobleme etwas häufiger bei Jungen festgestellt (ebd.). Als andere Ursache wird eine im Tierversuch festgestellte geringere Dichte von Dopaminrezeptoren beim männlichen Geschlecht vermutet (Krause und Krause 2014, 10).
- 21 Babitsch et al. (2012) weisen darauf hin, dass es generell in der Gesundheitsforschung in der Vergangenheit zwar viele Bemühungen gab, die Geschlechterperspektive in Forschung und Praxis einzubeziehen, Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Zusammenhängen und Verzerrungen jedoch ausbaufähig sind und eine geschlechtssensible Gesundheitsforschung stärker verankert werden sollte.
- 22 Im Rahmen der Erhebung wurden zwischen 2003 und 2006 Eltern von insgesamt zirka 15.000 Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren zu gesundheitlichen Themen befragt, unter anderem auch zum Auftreten von ADHS. Zusätzlich wurden anhand des Strengths and Difficulties Questionnaire Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. Hyperaktivität erhoben.
- 23 Gawrilow hebt in ihrer Analyse hervor, dass im Kontext einer Diagnostik von ADHS im Vorschulalter noch viele Fragen offen seien und hier ein erhöhter Forschungsbedarf bestehe (Gawrilow et al. 2013).

hielten 6,4% der Kinder mit niedrigem SES diese Diagnose, gegenüber 3,2% in der Gruppe mit hohem SES²⁴.

Kontrovers diskutiert wird, ob ADHS generell über- oder unterdiagnostiziert ist und ob es über die letzten Jahrzehnte zu einer Zunahme von ADHS gekommen ist. Während viele Studien von einem deutlichen Prävalenzanstieg ausgehen (z. B. Akinbami et al. 2011), ergibt die Meta-Regressionsanalyse von Polanczyk mit einer Korrektur für unterschiedliche Methodik (Polanczyk et al. 2014) keinen Beleg für eine reale Zunahme über die letzten 30 Jahre. Für Deutschland zeigt die Metaanalyse von Barkmann und Schulte-Markwort, dass die vorliegenden Daten keine robusten Aussagen über eine Zunahme von emotionalen und Verhaltensstörungen seit den 1950er Jahren zulassen (Barkmann und Schulte-Markwort 2012).

2.5 Kausalitätskonzepte

Ursachen und Risikofaktoren für die Entwicklung einer ADHS-Symptomatik sind – wie die historische Betrachtung bereits verdeutlicht hat – viel diskutiert und bis heute nicht abschließend geklärt. Als überwiegende Forschungsmeinung gilt derzeit, dass es sich insgesamt um ein multikausales Geschehen handelt, in dem genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung von ADHS zusammenwirken (Hüther und Bonney 2012; Döpfner et al. 2013a). Vertreter unterschiedlicher Kausalitätskonzepte bewerten die Bedeutung der einzelnen Faktoren und ihre gegenseitige Beeinflussung jedoch sehr unterschiedlich. Insgesamt zeigen sich im Streit um die Ursachen von ADHS folgende Konzepte:

- biomedizinisch-genetisches Konzept (z. B. Döpfner et al. 2013a; Döpfner und Banaschewski 2013; Lehmkuhl et al. 2013),
- entwicklungspsychologisches Modell (z. B. Hüther und Bonney 2012; Leuzinger-Bohleber 2006; Staufenberg 2011),
- systemisch-konstruktive Perspektive (z. B. Liebsch 2010; Roggensack 2006).

Das *biomedizinisch-genetische Konzept* ist maßgeblich für aktuelle medizinische Diagnoseverfahren und Behandlungsleitlinien. Nach diesem Modell beeinflussen genetische Disposition, ungünstige Bedingungen in Familie und Schule sowie (eventuell) Reaktionen auf Nahrungsmittel und Hirnschädigungen in einem komplexen Zusammenwirken das Auftreten und die Ausprägung einer ADHS-

24 Döpfner et al. (2013a) weisen jedoch auf uneinheitliche Befunde zum Einfluss des sozioökonomischen Status hin (vgl. Kapitel 2.5).

Symptomatik. Genetischen Faktoren wird jedoch ein höherer Stellenwert zugewiesen: „Genetische Faktoren beeinflussen am stärksten die Entwicklung der Störung. Die Bedeutung von erworbenen Hirnstörungen ist deutlich geringer, die von Nahrungsmitteln fraglich. Psychosoziale Faktoren können die Ausprägung der Symptomatik, die Entwicklung komorbider Störungen und den Verlauf der Symptomatik im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells (...) beeinflussen.“ (Döpfner und Banaschewski 2013, 275f).

Entwicklungspsychologische Modelle stellen psychosoziale Bedingungen und Umweltfaktoren in den Vordergrund und kritisieren die Fokussierung auf die determinierende, ursächliche Wirkung genetischer Faktoren. Sie gehen zwar davon aus, dass genetische Faktoren und neurobiologische Befunde wie zum Beispiel Störungen im Neurotransmitterstoffwechsel eine Rolle spielen, die Ursächlichkeit der Wirkfaktoren aber ungeklärt ist: „Die Frage nach dem Huhn und dem Ei bleibt weiterhin offen. Vereinfacht zugespißt: Sind diese Auffälligkeiten vorwiegend einer genetischen Veranlagung zuzuschreiben oder sind sie schon das Produkt früher und frühester Umwelteinflüsse?“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 623). Der Hirnforscher Gerald Hüther betont, wie „(ver)formbar“ (Hüther und Bonney 2012, 26) das kindliche Gehirn ist und wie hoch der Einfluss früher Bindungserfahrungen, Erziehung und Sozialisation auf dessen Strukturierung sei: „Die Erfahrungen in den ersten Lebensjahren, die Beziehungen, das Erleben von Emotionen, aber auch Erlebnisse wie Stress, Vernachlässigung oder Gewalt beeinflussen das Gehirn und eben auch die Ausreifung des dopaminergen Systems (...)“ (Hüther und Bonney 2012, 158). Vertreter der entwicklungspsychologischen Perspektive betonen die Bedeutung von (auch bereits vorgeburtlichen oder frühkindlichen) Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, mangelnder Zuwendung, fehlender elterlicher Grenzziehung und Traumatisierungen (Leuzinger-Bohleber et al. 2008; Günter 2014)²⁵.

Vertreter einer *systemisch-konstruktiven Perspektive* wenden sich grundsätzlich gegen eine Definition auffälliger kindlicher Verhaltensweisen als Krankheitsbild. Sie sehen ADHS als eine Konstruktion einer monodisziplinären Gesundheitsforschung an, welche die Komplexität des Geschehens und gesellschaftliche Rahmenbedingungen ausblende (Roggensack 2006). Wird das auffällige Verhalten systemisch betrachtet, kann dieses auch als funktionaler und sinnvoller Indikator für Störungen auf intrapsychischer, familiärer oder schulischer Ebene

25 Im Rahmen der Frankfurter Präventionsstudie ermittelten Leuzinger-Bohleber und KollegInnen verschiedene Subtypen je nach Verursachung der ADHS-Symptomatik, wie z. B. „hormorganische Probleme“, „Ausdruck akuter Trauer oder Depression“, „frühinfantile Traumata“ oder „Reaktion auf problematische Pädagogik bei hochbegabten, kreativen Kindern“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2008, 622).

verstanden werden. „„Auffälligkeiten“ jeglicher Art beschreiben keinen ‚Un-Sinn‘ und sind nicht ‚sinn-los‘ (...)“ (ebd., 228). Laut Amft (2006) ist die ADHS-Problematik Ausdruck einer mangelnden Passung zwischen Kind und Umwelt. „So sind beispielsweise schulische Unter- oder Überforderung häufig nur Ausdruck eines ‚Misfits‘. In diesem Fall ist der Schüler weder krank noch gestört, sondern benötigt einen Unterricht, der seinem Entwicklungs- und Leistungsstand angepasst ist.“ (Amft 2006, 73). Liebsch (2010) geht davon aus, dass vielfältige Praktiken des alltäglichen Handelns dazu führen, dass eine Teilgruppe von Kindern als „Störer“ (ebd., 185) eingeordnet werden kann und ADHS daher als ein neues „Kriterium sozialer Zugehörigkeit“ (ebd., 188) zu verstehen ist.

Im Folgenden werden wesentliche aktuelle Befunde zu den in den Kausalitätsmodellen aufgeführten Einflussfaktoren dargestellt²⁶.

Hinweise auf eine genetische Verursachung der ADHS-Symptomatik liefern zum Beispiel Zwillings- und Adoptionsstudien (vgl. Döpfner und Banaschewski 2013; Banaschewski 2010; Thapar et al. 1999). Adoptionsstudien zeigen, dass biologische Eltern häufiger selbst von ADHS betroffen sind als Adoptiveltern und dass biologische Geschwister höhere Übereinstimmungen zeigen als Halbgeschwister²⁷. Dies belegt laut Banaschewski (2010), dass „die familiäre Häufung für ADHS nicht durch Erziehungsfaktoren, sondern durch genetische Ursachen zu erklären ist“. Er betont die hohe Bedeutung genetischer Faktoren, weist aber auch darauf hin, dass die Schätzungen zur Erblichkeit in Zwillingsstudien stark von den Beurteilenden und den Messverfahren abhängen und „ungeeignet [sind], den Effekt von Wechselwirkungen zwischen genetischer Disposition und Umwelteinflüssen abzuschätzen“ (ebd., 115). Hütter und Bonney (2012) gehen davon aus, dass es bereits vorgeburtlich zu deutlichen Prägungen kommt, so dass schon bei der Geburt nicht mehr exakt zwischen genetischen Bedingungen und sozialen Prägungen unterschieden werden könne. Molekulargenetische Untersuchungen liefern Hinweise darauf, dass es zu einem komplexen Zusammenwirken sogenannter „Kandidatengene“ mit Umweltrisiken kommt. Die Befunde sind

26 Hierzu ist anzumerken, dass insgesamt deutlich mehr Studien zu bio-medizinischen Wirkfaktoren vorliegen als zu sozialen Einflussgrößen, was nach Ansicht der Verfasserin auf unterschiedliche Förderbedingungen und Forschungstraditionen zurückzuführen ist. Ähnliches ist im Bereich der Wirkungsforschung verschiedener Therapieformen im Vergleich z. B. zu verhältnisbezogenen Maßnahmen zu konstatieren (vgl. Abschnitt 2.7).

27 Allerdings stellt Thapar et al. (1999) fest, dass nur wenige Adoptionsstudien durchgeführt wurden und diese zudem methodische Schwächen aufwiesen. Auch bei Zwillingsstudien sei es zu irritierenden Befunden gekommen, weil zwar hohe Übereinstimmung (Konkordanz) zwischen eineiigen Zwillingen, teilweise aber gar keine oder negative Konkordanz bei zweieiigen Zwillingen gefunden worden sei. Erwartbar wäre hingegen eine positive, wenngleich geringere Konkordanz als bei eineiigen Zwillingen gewesen.

bislang jedoch inkonsistent (vgl. auch Bundesärztekammer 2005). Auch im DSM-5 heißt es: „The heritability of ADHD is substantial. While specific genes have been correlated with ADHD, they are neither necessary nor sufficient causal factors“ (American Psychiatric Association 2013, 62).

Verschiedene Studien zu möglichen Schädigungen des Zentralen Nervensystems deuten darauf hin, dass geringes Geburtsgewicht, virale Infektionen während der Schwangerschaft sowie pränatales Rauchen, Alkoholkonsum und ein erhöhter Bleigehalt im Körper das Risiko für ADHS erhöhen, allerdings erklären auch diese Faktoren nur einen sehr kleinen Teil der Varianz. Das Zusammenwirken von genetischen und Umweltfaktoren wird in sogenannten epigenetischen Ansätzen weiter untersucht (Döpfner et al. 2013a; Steinhausen 2010a).

Studien zum Einfluss allergischer Reaktionen auf Farb- und Konservierungsstoffe, Feingold und Phosphate ergaben kein klares Bild und deuten darauf hin, dass diese selten von zentraler Bedeutung sind (Döpfner et al. 2013a). Allerdings zeigt sich in einzelnen Studien, dass die Nahrungsergänzung mit freien Fettsäuren und die Vermeidung künstlicher Farbstoffe einen statistisch signifikanten Effekt zeigt, wobei der klinische Wert der Ergebnisse noch unklar ist (Sonuga-Barke 2013).

Neurophysiologische und neuroanatomische Untersuchungen liefern mittels bildgebender Verfahren Belege für Hirnvolumenveränderungen insbesondere in Bereichen, die für den Dopamin-Stoffwechsel zuständig sind (Döpfner et al. 2013a). Ungeachtet der Tatsache, dass die Dopamin-Defizit-Hypothese sehr dominant in der Diskussion um ADHS ist, konnte laut Hüther und Bonney (2012) ein Dopamindefizit bei Kindern mit ADHS bislang nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden. Er vertritt demgegenüber die Annahme, dass bei Kindern mit ADHS eher eine sehr stark impulsgesteuerte Dopaminfreisetzung stattfindet²⁸.

Befunde zum Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status konnten zwar in einigen Studien nachgewiesen werden²⁹, sind jedoch insgesamt uneinheitlich (Döpfner et al. 2013a).

Zahlreiche Studien zeigen Zusammenhänge mit Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, allerdings beziehen sich viele auf kindliche Entwicklungsstörungen im Allgemeinen und nicht dezidiert auf ADHS (vgl. für eine Übersicht Heilig 2013; spezifisch zu ADHS z. B. DuPaul et al. 2001). In den übergreifenden Stu-

28 Daraus würde sich die paradoxe (beruhigende) Wirkung der stimulierenden Medikation erklären: Indem die Substanzen durch die orale Gabe in niedriger Dosierung langsam „anfluten“, könnten sie eine ansonsten impulsgesteuerte, übermäßige Dopaminausschüttung unterbinden (Hüther und Bonney 2012, 75).

29 Im Rahmen der KiGGS-Studie zeigten z. B. Hölling et al. (Hölling et al.) eine Prävalenz von 6,4% in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, gegenüber 3,2% in Familien mit hohem sozioökonomischem Status.

dien zeigen sich unter anderem inkonsistentes und gleichzeitig strenges Erziehungsverhalten, Störungen in der frühen Eltern-Kind-Bindung, psychische Erkrankungen der Eltern, die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und dauerhafte Deprivation als Risikofaktoren (Heilig 2013). Häufig konnten zwar Zusammenhänge mit einzelnen Faktoren familiärer Bedingungen wie zum Beispiel unvollständigen Familien, überbelegten Wohnungen und einer psychischen Störung der Mutter nachgewiesen werden, diese korrelierten allerdings „stärker mit aggressiven und dissozialen Verhaltensauffälligkeiten“ als mit ADHS (Döpfner et al. 2013a, 16). Eine Schwierigkeit besteht insgesamt darin nachzuweisen, ob diese psychosozialen Risikofaktoren die kindlichen Auffälligkeiten verursachen oder aus diesen bzw. den durch sie hervorgerufenen Stressbelastungen resultieren. Döpfner et al. (2013a) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Studien zur Stimulanzienbehandlung gezeigt haben, dass die medikamentöse Behandlung die – zu Beginn häufig negative – Mutter-Kind-Beziehung positiv beeinflusst und diese insofern wahrscheinlich eher eine Reaktion auf die ADHS-Symptomatik darstelle.

Insgesamt ist interessant, dass der (medizinische) Fachdiskurs sehr deutlich und einhellig das Konzept einer biologisch-genetischen Verursachung von ADHS vertritt, in der öffentlichen Medienpräsentation hingegen Berichte dominieren, die sozialpsychologische und gesellschaftliche Bedingungen in den Vordergrund stellen (vgl. Hoffmann und Schmelcher 2012; Blech 2012). Betroffene Eltern sind somit mit sehr kontroversen Erklärungsmodellen konfrontiert, was die individuelle Orientierung – wie die Interviewanalysen zeigen werden – erschwert.

2.6 Diagnoseverfahren und -leitlinien

Zur Diagnose und Behandlung (vgl. auch Kapitel 2.7) von ADHS liegen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V. vor³⁰. Diese beschreiben ein diagnostisches Vorgehen, das sich aus folgenden Bereichen zusammensetzt:

- Differenzialdiagnostik (zum Ausschluss anderer Erkrankungen),

30 Die Leitlinien sind derzeit in Bearbeitung. Eine gemeinsame fachgruppenübergreifende Leitlinie zu ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen soll Ende 2014 fertig gestellt werden (vgl. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/028-045.html>).

- Exploration (Gespräche mit Eltern und ggf. den Kindern selbst³¹ zur Abklärung von Symptomhäufigkeit und -intensität),
- Fragebogenverfahren³²,
- testpsychologische Untersuchungen³³,
- organische Diagnostik (Ausschlussverfahren),
- Verhaltensbeobachtungen (diese sollen auch außerhalb der Untersuchungssituation, z. B. in der Schule oder durch Videoaufnahmen erfolgen),
- Verlaufskontrolle (zur Abklärung der Dauerhaftigkeit des Auftretens).

Primäre Anlaufstelle für die Diagnostik sind auf Grund ihrer Vertrautheit mit dem Kind und seinem familiären Umfeld Haus- und Kinderärzte (vgl. Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. 2007). Diese sollen aber für differentialdiagnostische Maßnahmen mit Neuropädiatern, Sozialpädiatrischen Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder klinischen Psychologen kooperieren.

Die Diagnostik von ADHS ist analog zur Ursachendebatte Gegenstand kontroverser Diskussionen. Riedesser (2006) kritisiert die Diagnostik als „unzulässige Vereinfachung komplexer psychischer und sozialer Probleme“, die zu einer „auf Medikation ausgerichtet[e]n Sichtweise des Problems, „Stigmatisierung des Kindes“ und „Behinderung eines differenzierten Forschungsprozesses“ führe (ebd., 111). Leuzinger-Bohleber betont, dass „ein Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität als *Symptome* verstanden werden, die vielleicht sogar als *Syndrom* zusammengefasst werden können, aber kein einheitliches diagnostisches Bild und schon gar keine Krankheit darstellen“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2007, 359f, Hervorhebungen im Original). Auch Döpfner hebt hervor, dass Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnostik durch uneindeutige Grenzen zu altersgemäßem Verhalten, Überschneidungen mit aggressiven Störungen und evtl. fehlgedeutete Symptome, die zum Beispiel auf nicht bemerkte Hörstörungen zurückzuführen sind, bestehen (Döpfner et al. 2013a). Eine leitliniengerechte Diagnostik ist zu-

-
- 31 Kinder werden bislang noch wenig in Entscheidungen einbezogen. Haubl und Liebsch kritisieren, dass Vertreter aller unterschiedlichen Positionen zu ADHS es versäumen „den betroffenen Kindern und Jugendlichen eine eigene Stimme zu geben“ und damit gegen die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen verstoßen (Haubl und Liebsch 2010, 8).
- 32 Häufig eingesetzte Verfahren sind derzeit die Conners-Skalen (Conners 2008) sowie der Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman 1997). Die Conners-Skalen wurden 2013 für den deutschsprachigen Raum adaptiert. Für eine detaillierte Beschreibung und Einschätzung vgl. Petermann 2014. Eine aktuelle Untersuchung von Schmidt et al. (Schmidt et al. eingereicht/persononly) hat gezeigt, dass dieses Verfahren auch robust gegenüber kulturellen Unterschieden ist.
- 33 Da aktuell keine ADHS-spezifischen Verfahren verfügbar sind, werden häufig Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik eingesetzt (Döpfner et al. 2013a).

dem mit hohem Aufwand verbunden, der in der ärztlichen Praxis nicht immer umsetzbar scheint, worauf unter anderem eine aktuelle Untersuchung zum Umgang mit psychischen Erkrankungen in der kinderärztlichen Praxis hinweist (Janiak-Baluch et al. 2014). Diese kommt zu dem Schluss, dass Kinderärzte zwar eine sehr wesentliche Anlaufstelle für betroffene Eltern darstellen, die kinderärztlichen diagnostische und therapeutischen Kenntnisse jedoch vertieft werden sollten.

Insofern stellt Wittmann (2013) fest, dass die aktuellen Leitlinien zwar „eine valide Diagnosefindung zulassen, wenn sie entsprechend den Vorgaben durchgeführt werden. Fehlt es jedoch an den Ressourcen, die Vorgaben umzusetzen, steigt das Risiko von Fehldiagnosen und daraus resultierenden inadäquaten Interventionen“ (ebd., 36)³⁴.

2.7 Optionen für Behandlung und Umgang mit ADHS

Erwartungsgemäß favorisieren Vertreter der verschiedenen Ursachenmodelle auch unterschiedliche Vorgehensweisen in der Behandlung. Während die ärztlichen Leitlinien hervorheben, dass „eine individuell bedarfsangepasste medikamentöse Therapie den größten positiven Effekt auf die Kernsymptome von ADHS hat“ (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. 2007, 9; vgl. auch Döpfner et al. 2013a) zum Beispiel Psychotherapie nur als ergänzendes therapeutisches Verfahren bei emotionalen Problemen versteht, halten Vertreter psychosozialer oder psychoanalytischer Modelle eine medikamentöse Behandlung (wenn überhaupt) nur als Übergangslösung in kritischen Situationen für angezeigt.

Als Standardtherapie für die Behandlung von ADHS, die auch die Leitlinien verschiedener ärztlicher Fachgesellschaften empfehlen, gilt derzeit ein *multimodales Verfahren*, das Maßnahmen aus folgenden drei Bereichen kombiniert (vgl. Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. 2007; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007; Bundesärztekammer 2005); Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2013):

34 Die durch die Autorin mitverfasste GEK-Studie lieferte ebenfalls Hinweise auf Defizite im diagnostischen Prozess. So zeigte sich, dass in einem Viertel der Fälle zunächst eine andere Diagnose gestellt wurde (z. B. Wahrnehmungs- und Entwicklungsstörung), Lehrer und betroffene Kinder zu selten in die Diagnosefindung einbezogen wurden und Allgemeinmediziner und Kinderärzte teilweise nicht – wie empfohlen – weitere Fachspezialisten in die Diagnosestellung eingebunden hatten (Gebhardt und Glaeske 2008, 73ff).

- verhaltenstherapeutische Maßnahmen bzw. Trainingsprogramme,
- medikamentöse Behandlung,
- Pädagogische und weitere Hilfen.

Dabei sollen das betroffene Kind, die Eltern sowie Angehörige und andere Bezugspersonen einbezogen werden; die Zusammenarbeit mit Kindergarten oder Schule wird als wesentlich erachtet (vgl. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2013).

Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007) empfiehlt für die Behandlung von ADHS folgende Maßnahmen:

- Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen (ab Schulalter) und des Erziehers bzw. Klassenlehrers,
- Verhaltenstherapie des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter – jedoch nicht als isolierte Maßnahme),
- Elternt raining (auch in Gruppen) und Interventionen in der Familie (einschließlich Familientherapie),
- Interventionen in Kindergarten/Schule einschließlich Platzierungs-Interventionen (Wechsel der Gruppe/Klasse oder Schule) sowie Beratung/Aufklärung der Lehrer oder Erzieher,
- Pharmakotherapie,
- diätetische Behandlungen und Neurofeedback³⁵.

Bei komorbiden Störungen können ergänzend eingesetzt werden:

- soziales Kompetenztraining,
- Mototherapie und Ergotherapie,
- Übungsbehandlungen bei Teilleistungsschwächen,
- Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie (auf tiefenpsychologischer, non-direktiver oder verhaltenstherapeutischer Basis).

Als entbehrliche und in ihrer Wirksamkeit nicht (ausreichend) belegte Maßnahmen ordnet diese Leitlinie zum Beispiel Psychomotorik, Ergotherapie, Homöopathie und tiefenpsychologische Therapie ein.

35 Diese Maßnahmen werden als möglicherweise hilfreich, aber durch weitere Studien zu belegen, eingestuft.

Die folgenden Abschnitte beschreiben die wesentlichen nicht-medikamentösen und medikamentösen Behandlungsoptionen und präsentieren Kernerkenntnisse der aktuellen Studienlage zur Evidenz der Wirksamkeit.

Nicht-medikamentöse Behandlung

Beratung und Psychoedukation zielen zunächst darauf ab, Betroffenen, Eltern und dem sozialen Umfeld umfangreiches Wissen zur Symptomatik, dem möglichen Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln. Diese Maßnahmen sollten am Anfang jeder Behandlung stehen und sind laut Döpfner et al. (2013a) die Basis für alle weiteren Maßnahmen. Auch Elternratgeber bewerten dies als sehr wesentlich (Neuhaus 2012). Die Wirksamkeit psychoedukativer Maßnahmen ist bislang jedoch nicht hinreichend durch Studien evaluiert worden (Döpfner et al. 2013a).

Verhaltenstherapeutische Angebote bauen auf der Psychoedukation auf und können umfeld- oder kindzentriert erfolgen (vgl. Döpfner und Banaschewski 2013; Wittmann 2013). Die Wirksamkeit umfeldzentrierter, verhaltenstherapeutischer Maßnahmen ist insgesamt gut belegt (vgl. Pelham und Fabiano 2008; Pelham et al. 1998). Umfeldzentrierte Interventionen sind beispielweise Kommunikations- oder Verhaltenstrainings zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion. Kindergarten- bzw. schulzentriert erfolgen etwa Belohnungssysteme, Lehrerinstruktion und -supervision. Insbesondere im Rahmen der groß angelegten³⁶ amerikanischen MTA-Studie (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) aus dem Jahr 1999, die die Effekte verhaltenstherapeutischer, medikamentöser und kombinierter Maßnahmen verglich, zeigte sich eine hohe Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (MTA Cooperative Group 2004). Oppositionelles und aggressives Verhalten sowie internale Störungen, soziale Kompetenzen und die Eltern-Kind-Beziehung besserten sich in der verhaltenstherapeutisch behandelten Untersuchungsgruppe in gleichem Maß wie in der medikamentös behandelten Gruppe. Bezogen auf die Kern-ADHS-Symptomatik zeigte sich zunächst die medikamentöse Behandlung der Verhaltenstherapie überlegen. Im Vergleich der Langzeitverläufe fanden sich hier jedoch keine Unterschiede zwischen beiden Maßnahmen (vgl. MTA Cooperative Group 2004).

Kindzentrierte Behandlungsformen umfassen unter anderem kognitives Training, Spieltraining (im Vorschulalter) sowie Selbstinstruktions- oder Selbstmanagementtraining (ab Schulalter). Selbstinstruktionstrainings zielen darauf ab,

36 Insgesamt wurden im Rahmen der Studie 579 Kinder mit ADHS zwischen 7 und 10 Jahren über 14 Monate behandelt.

für Problemsituationen eine höhere Selbstregulationsfähigkeit zu entwickeln und sich selbst besser kontrollieren zu können. Zwar konnte in Laborsituationen eine Wirksamkeit nachgewiesen werden, Probleme scheinen jedoch bei der Übertragung des Erlernten in alltägliche Lebenssituationen zu bestehen (Döpfner et al. 2013a, 25ff). Selbstmanagement-Methoden trainieren die Fähigkeit, in der Alltagsumgebung eigene Verhaltensauffälligkeiten durch Selbstbeobachtung zu bemerken und sich bei erfolgreicher Bewältigung schwieriger Situationen selbst positiv zu verstärken. Zur Wirksamkeit gibt es bislang wenige Studien. Diese lassen aber laut Döpfner et al. (2013b) vermuten, dass die Methode – vor allem in Kombination mit anderen Ansätzen wie zum Beispiel Fremdverstärkung – erfolgversprechend ist. Die Wirksamkeit von Spieltrainings wurde bislang ebenfalls nicht nachgewiesen. Auch der Stellenwert von Neurofeedback ist noch nicht geklärt. Dieses zielt darauf ab, mittels Feedbacktraining auf Basis einer Messung der Gehirnstromwellen die Aktivierungsregulation zu verbessern. Einzelne Studien zeigen zwar positive Effekte, aber heterogene Studienbefunde und methodische Mängel (z. B. kleine Studienteilnehmerzahlen) erschweren Döpfner et al. (2013a) zufolge eine abschließende Bewertung. Eine aktuelle Metaanalyse kommt zu der Aussage, dass neuropsychologische Verfahren möglicherweise für einzelne kognitive Problembereiche positive Effekte zeigen (Amonn et al. 2013).

Elternt raining und Interventionen in der Familie zielen insgesamt darauf, Reiz- und Kontingenzmanagement in konkreten familiären Problemsituationen zu trainieren. Das von Döpfner, Schürmann und Frölich entwickelte THOP (Therapieprogramm bei Kindern mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, Döpfner et al. 2013b) ist eine multimodale Therapie, die kind-, familien- und kindergarten- bzw. schulzentrierte Interventionen für Drei- bis Zwölfjährige umfasst. Den Schwerpunkt bildet ein Eltern-Kind-Programm, das Bestandteile zur Entwicklung eines Störungskonzepts, Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktion sowie pädagogische Interventionen zur Verminderung impulsiven und oppositionellen Verhaltens umfasst. Dieses Verfahren wurde zunächst im Rahmen der Kölner Adaptiven Multimodalen Therapiestudie positiv evaluiert, und die Ergebnisse sind durch weitere Arbeitsgruppen bestätigt worden (Lehmkuhl und Döpfner 2006; Döpfner et al. 2013b).

Für das auf dem THOP basierende Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP), in dem Eltern und Erzieherinnen bzw. Erzieher Umgangsweisen für das expansive Verhalten der Kinder erlernen, konnten ebenfalls „ihre Wirksamkeit sowie die Stabilität der Effekte bestätigt“ werden (Döpfner et al. 2013a, 23).

Psychodynamische Interventionen und psychoanalytische Psychotherapie werden im Gegensatz zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen in den aktuellen

Leitlinien nicht empfohlen, da ihre Wirksamkeit als nicht evidenzbasiert beurteilt wird (vgl. Bundesärztekammer 2005; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007). Vertreter dieser Richtungen betonen aber, dass diese Verfahren in der Praxis häufig eingesetzt werden, da viele Kinder mit ADHS-Diagnose von Therapeuten mit einer entsprechenden Ausrichtung behandelt würden. Zahlreiche Veröffentlichungen von Fallbeispielen würden zudem die Wirksamkeit dokumentieren (Staufenberg 2011, 22f). Die psychoanalytisch fundierte Frankfurter Präventionsstudie (vgl. Leuzinger-Bohleber et al. 2007; Leuzinger-Bohleber et al. 2008) konzentriert sich auf die Vermeidung bzw. Minderung von Affektregulationsstörungen im Kindergartenalter und umfasst Angebote wie Supervision für die Pädagogen, Elternarbeit und Therapieangebote für die Kinder. Eine repräsentative, prospektive Vergleichsstudie (n=1000) zeigte einen statistisch signifikanten Rückgang von Aggressivität³⁷ und Ängstlichkeit. Die Hyperaktivität nahm jedoch in der Interventions- und Vergleichsgruppe in gleichem Maß ab, vermutlich auf Grund der altersbezogenen Entwicklung. Ein Einfluss der Maßnahme auf die Konzentrationsfähigkeit kann nach Aussage der Autoren erst im Schulalter bewertet werden³⁸.

Zur Wirkungsweise der *Familientherapie* betonen Schweizer und von Schlippe (Schweitzer und von Schlippe 2012), dass sich der Forschungsstand zunehmend verbessert habe und verweisen darauf, dass eine Metaanalyse von Sydow (2006) den Erfolg systemischer Therapieansätze belege. Zudem würden Betroffene besser in der Therapie gehalten als bei anderen Ansätzen und diese wirkten nicht nur für den „Indexpatienten“, sondern auch für die Familienmitglieder belastungsreduzierend (Schweitzer und von Schlippe 2012). Es liegen jedoch keine kontrollierten Studien zur spezifischen Wirkung auf ADHS vor.

Viel diskutiert wird seit langem auch die Wirksamkeit *diätetischer Behandlungen*. Hier kommt Sonuga-Barke (2013) in seiner Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass es wenige Studien gebe, die statistisch signifikante Effekte nachweisen könnten. Die Wirksamkeit diätetischer Maßnahmen wie zum Beispiel Eliminationsdiäten ist nicht nachgewiesen. Auch für die Gabe von Magnesium oder Zink ließen sich nur sehr geringe Effekte nachweisen. Allein die Nahrungsergänzung mit freien Fettsäuren (Omega-3 und Omega-6) und die Vermeidung künstlicher Farbstoffe zeigten einen geringfügigen statistisch signifikanten Effekt, wobei der klinische Wert der Ergebnisse noch unklar sei.

37 Gemessen anhand der Döpfner-Skala (VBV).

38 Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter oder psychoanalytisch-interaktioneller Therapie bei Erwachsenen mit ADHS kommt Krause zu der Aussage, dass diese „von dauerhaftem Nutzen“ sein könnten, hierzu aber leider noch keine Vergleichstudien vorlägen (Krause und Krause 2014, 309).

Zu den häufig angewendeten Verfahren *Ergo-, Logo- und Mototherapie* existieren bislang keine kontrollierten Studien. Zur Wirksamkeit von Entspannungsverfahren gibt es einige Studien, diese weisen jedoch methodische Mängel auf. Untersuchungen zum Einsatz von Homöopathie zeigten bislang keine signifikanten Effekte (Döpfner et al. 2013a). Insgesamt liegen somit nur zu einem sehr kleinen Ausschnitt möglicher Therapieformen belastbare Studienergebnisse vor.

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung ist quasi der Kristallisationspunkt der Kontroversen um ADHS. Vertreter bio-genetischer Kausalitätsmodelle sehen ADHS als Erkrankung, die mit Psychostimulanzien erfolgreich behandelt werden kann und sollte, da deren Wirksamkeit als gut belegt gilt. Meist wird eine Kombination mit Psychoedukation und Verhaltenstherapie empfohlen, wenngleich es zur Frage, ob eine Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie gegenüber einer reinen Pharmakotherapie überlegen ist, immer noch kontroverse Diskussionen gibt (Döpfner und Banaschewski 2013, 284f). Gegner der medikamentösen Behandlung stehen diesem Vorgehen angesichts abweichender Kausalitätskonzepte, aber auch auf Grund von Nebenwirkungen und unklaren Langzeiteffekten sehr kritisch gegenüber.

Eine *Indikation* für eine medikamentöse Behandlung liegt gemäß aktueller Leitlinien vor, wenn „mit (...) allgemeinen symptomatischen Maßnahmen nach einigen Monaten keine befriedigende Besserung erkennbar ist und eine deutliche Beeinträchtigung im Leistungs- und psychosozialen Bereich mit Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und Eltern und Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes bestehen“ (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. 2007, 9)³⁹.

Für die medikamentöse Behandlung von ADHS kommen vorrangig *Präparate* aus der Gruppe der Psychostimulanzien zum Einsatz, die sich in die zwei Wirkstoffgruppen Methylphenidate und Amphetamine unterteilen lassen und die als sofort freisetzen- und als retardierte Varianten erhältlich sind⁴⁰.

39 Lange Zeit waren methylphenidathaltige Präparate nur im Alter von 6 bis 18 Jahren verschreibungsfähig. Seit April 2011 sind diese auch für Erwachsene zugelassen. Ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom März 2013 beschreibt entsprechende Diagnosekriterien und Zuständigkeiten für die Verschreibung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013).

40 Während sofort freisetzen- und als retardierte Varianten erhältlich sind, hält die Wirkung von Retard-Präparaten bis zu acht Stunden an, so dass eine einmalige morgendliche Gabe ausreichend sein kann, was im Kontext des Kindergarten- oder Schulbesuchs relevant ist.

Der Wirkstoff Methylphenidat wurde in den 1940er Jahren synthetisiert und wird bereits seit den 1960ern als Ritalin® vermarktet. Er fördert die Freisetzung von Dopamin und hemmt gleichzeitig seine Wiederaufnahme aus dem synaptischen Spalt zwischen den Nervenzellen im Gehirn. Die dadurch entstehende Erhöhung des Dopaminspiegels führt anscheinend zur Reduktion ADHS-typischer Symptome. Amphetamine haben eine präsynaptische Wirkung und setzen Dopamin, Noradrenalin und Serotonin frei (Döpfner et al. 2013a). Seit 2005 ist in Deutschland zusätzlich auch das Nicht-Stimulanz Atomoxetin® für die Behandlung von ADHS zugelassen. Während die Verschreibung von Methylphenidat und Amphetaminen unter die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung fällt, ist dies für Atomoxetin® nicht der Fall. Aktuell sind in Deutschland folgende Präparate zugelassen:

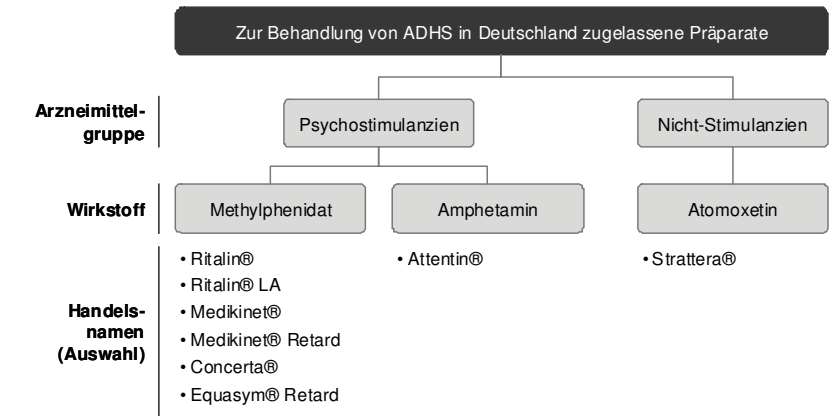


Abbildung 1: Zur Behandlung von ADHS in Deutschland zugelassene Präparate (Stand 2014, eigene Darstellung)

Der Barmer GEK Arzneimittel-Report 2013 zeigt, dass häufig auch Antipsychotika (Neuroleptika) verordnet werden „obwohl hierfür weder eine Indikation noch eine Leitliniempfehlung vorhanden“ ist (Glaeske und Schick Tanz 2013, 159) und die Studienlage zu Wirksamkeit und Nebenwirkungen unzureichend ist.

Die *Verordnungsmengen* von Psychostimulanzien sind in Deutschland zwischen 1990 und 2009 extrem angestiegen: Die Tagesdosierungen (Defined Daily Dose, DDD) von gesetzlich Versicherten nahmen fast um das 200fache zu. Allein von 2000 bis 2009 stiegen hier die Verordnungszahlen von 13 auf 55 Millionen

DDD (Glaeske 2011). Insgesamt ist die Verordnungsmenge aller Präparate für die Indikation „ADHS“ von 2010 bis 2012 um 3,25% auf 61,03 Mio. DDD gestiegen, die Kosten beliefen sich 2012 auf gut 90 Mio. Euro (Häussler et al. 2013). Seit 2009 hat sich das Verordnungsniveau von Psychostimulanzien stabilisiert, 2013 ist die Verordnungsmenge von Methylphenidat zum ersten Mal im Vergleich zum Vorjahr um 2% gesunken (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2014). Gleichzeitig zeigen jedoch die Verordnungsmengen von Antidepressiva⁴¹ und Antipsychotika für Kinder einen kontinuierlichen Anstieg (Glaeske und Schick Tanz 2013). Umstritten ist die Frage, ob mit der lange Zeit zu beobachtenden Verordnungszunahme eine zuvor bestehende Unterversorgung ausgeglichen wurde oder ob es sich um eine Überversorgung handelt (Glaeske 2011).

Die bundesweit repräsentativen Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys zeigten, dass insgesamt 0,9% aller in die Studie eingeschlossenen Fälle eine Behandlung mit Stimulanzien (oder Atomoxetin) erhielten (Knopf et al. 2012). Jungen nutzten die medikamentöse Behandlung fünfmal häufiger als Mädchen, am häufigsten in den Altersgruppen von 6 bis 10 Jahren und 11 bis 13 Jahren. Die Prävalenzrate der Stimulanzienbehandlung lag damit niedriger als in den USA, war/ist aber vergleichbar mit anderen westlichen Ländern.

Die *Verträglichkeit* von Methylphenidat wird häufig als gut beschrieben, es hat jedoch auch zahlreiche Nebenwirkungen (vgl. für eine detaillierte Analyse Graham et al. 2011)⁴². Viele dieser Nebenwirkungen werden als vergleichsweise mild und vorübergehend eingestuft, es gibt jedoch auch Berichte von gravierenden Nebenwirkungen. Nach Ergebnissen der MTA-Studie (MTA Cooperative Group 2004) traten bei 11% der medikamentös behandelten Kinder stärkere, bei 3% starke Nebenwirkungen auf. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Appetitverlust, Schlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen sowie Puls- und Blutdrucksteigerungen. Auch Wachstumsverzögerungen treten regelmäßig auf, die endgültige Größe wird höchstwahrscheinlich jedoch nicht beeinflusst⁴³. Motorische Tics „können sich in 5 bis 10% der Fälle unter Stimulanziengabe verschlechtern“, teilweise kommt es aber auch zu einer Verbesserung dieser Symptomatik unter der Medikation (Döpfner et al. 2013a, 34). In seltenen Fällen kann es zu Stim-

41 Diese wurden deutlich häufiger bei Mädchen verordnet.

42 Die Autoren heben hervor, dass sich die meisten Studien auf ältere Kinder bzw. Jugendliche beziehen und für jüngere nur wenige Aussagen vorliegen, die jedoch auf stärkere emotionale Nebenwirkungen hindeuten (Graham et al. 2011, 18).

43 Meist gleichen diese sich im Zeitverlauf aus. Zur Wachstumsentwicklung zeigt als erste deutsche Studie von Böckmann (2012), dass Effekte am signifikantesten im ersten Jahr und bei höherer Dosierung auftreten.

mungsschwankungen, depressiven oder dysphorischen Verstimmungen, Nervosität und Halluzinationen kommen. Im Zusammenhang mit der Einnahme von Psychostimulanzien wurden vereinzelt auch plötzliche Todesfälle berichtet, die Zahlen sind jedoch so gering, dass sich statistisch signifikante Effekte nicht nachweisen lassen. Auch für eine erhöhte Suizidalität gibt es bislang keine Belege (Graham et al. 2011).

Zur Langzeitverträglichkeit von Methylphenidat liegen bislang wenige Studien vor, obwohl es bereits viele Jahrzehnte auf dem Markt ist (Glaeske 2011). Laut Döpfner et al. (2013a) ist dies unter anderem darauf zurückzuführen, dass zur Zeit der Einführung des Wirkstoffs noch andere Regularien galten als heutzutage. Die wenigen vorhandenen Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Medikation die Hirnentwicklung strukturell und funktionell beeinflusst. Die Datelage ist jedoch heterogen und es mangelt an Studien mit ausreichend großen Fallzahlen. Nach Auswertungen der KAMT-Studie (Döpfner et al. 2013b, 523ff) und der MTA-Studie (MTA Cooperative Group 2004) zeigen sich im Langzeitverlauf keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von medikamentöser oder verhaltenstherapeutischer Therapie (Döpfner et al. 2013a). Häufig werden weder medikamentöse noch psychotherapeutische Behandlung langfristig fortgesetzt⁴⁴.

Viel diskutiert ist auch die Frage, ob die Gabe von Methylphenidat Einfluss auf eine mögliche spätere Delinquenz oder Substanzabhängigkeit der Betroffenen hat. Hierzu formuliert Glaeske, dass die Nachbeobachtung der MTA-Studie gezeigt habe, dass „mehr Kinder und Jugendliche mit ADHS trotz der Behandlung mit Methylphenidat straffällig wurden als Kinder, die nicht an ADHS erkrankt waren (27,1% versus 7,4%)“ (Glaeske 2011). Zusammenhänge mit Substanzmissbrauch sind weiterhin unklar, einige Studien weisen darauf hin, dass die medikamentöse Behandlung ein Suchtrisiko eher senkt (Graham et al. 2011). Zu diesem Themenbereich gibt es allerdings noch (zu) wenige Langzeitstudien.

Insgesamt bleibt die Behandlung bzw. der Umgang mit ADHS weiter umstritten. Der Forschungsstand zeigt, dass verhaltens- und individuenzentrierte Maßnahmen deutlich besser beforscht werden als verhältnisorientierte Maßnahmen. Es existieren nach Kenntnis der Verfasserin bislang kaum Studien, die in kontrollierten, randomisierten Verfahren die Effekte einer Veränderung von Rahmenbedingungen (z. B. Verringerung der Gruppengröße in Kindergarten oder Schule bzw. Verbesserung des Betreuungsschlüssels, frühzeitige Einführung von Integrationshilfen, Veränderung der Lehrerausbildung) auf die Ausprägung von ADHS überprüft haben (vgl. hierzu die Schlussbetrachtung in Kapitel 7).

44 In der KAMT-Studie waren dies nach 8 ½ Jahren weniger als 10% der Teilnehmenden (Döpfner et al. 2013b).

2.8 Forschungsstand zur elterlichen Bewältigung

Zur Situation der Eltern von Kindern mit ADHS existieren bislang relativ wenige Untersuchungen (vgl. bereits Kapitel 1.2). Die wesentlichen, einschlägigen Studien sind in der untenstehenden Tabelle dargestellt und werden nachfolgend kurz zusammengefasst⁴⁵.

AutorIn/ Jahr/ Land	Methodik	Stichprobe	Thematik	Kernergebnisse
<i>Kendall 1999 USA</i>	Qualitativ, 2 Erhebungen, Abstand 2 Monate	59 Personen aus 15 Familien mit 6- bis 18-jährigen Kinder mit ADHS- Diagnose	Coping / Bewältigung	Hohe Belastung der Eltern Bewältigung in Form eines „Aushaltens“ wiederkehrender Störungen
<i>Singh 2003/2004 USA</i>	Qualitativ	Zwei Teilstudien, 34 Väter und Mütter 7- bis 12- jähriger Jungen mit ADHS-Diagnose und in medikament. Behandlung	Umgang mit Schuldthematik, Einstellung zu medikament. Behandlung	Mütter: Diagnose und medikamentöse Behandlung als Bewältigung Väter: eher Ablehnung der Diagnose

45 Nicht dargestellt sind die Studien von Brinkmann et al. (2009) und Cormier (2012), da diese sich nur auf den begrenzten Aspekten der Entscheidung über eine medikamentöse Therapie beziehen.

AutorIn/ Jahr/ Land	Methodik	Stichprobe	Thematik	Kernergebnisse
<i>Harborne 2004 USA</i>	Qualitativ	10 Eltern 8- bis 10- jähriger Jungen mit ADHS- Diagnose	Konzeptua- lisierung von ADHS und Belas- tungen	Eltern folgen bio- logischen, die Um- welt dagegen psy- chosozialen Kausali- tätsmustern Kämpfe um ADHS- Definition
<i>Rafalovich 2004 USA</i>	Qualitativ	90 Eltern, Lehrer, Behandler 11- bis 17- jähriger Kinder mit ADHS- Diagnose und in medika- mentöser Behandlung	Deutungen von ADHS	Schulische Probleme sind Hauptauslöser für Medikalisierung von Verhaltens- auffälligkeiten wie ADHS
<i>Bussing 2006 USA</i>	Quanti- tativ	266 Eltern von Kin- dern mit und ohne ADHS- Diagnose	Self-care- Strategien zur Bewäl- tigung von ADHS	Häufigste Maßnah- men: Verhaltens- änderungen in Form von Restrukturierung des Alltags, Privile- gienentzug
<i>Bull & Whelan 2006 Australien</i>	Qualitativ	10 Mütter 5- bis 15- jähriger Kinder, mit und ohne medikmen- töse Be- handlung	Manage- ment- Schemata	Schemata: Kontin- genzmanagement, Lockmittel, Strafen, Timeout Wirksamste Maß- nahme: Kontingenz- management

AutorIn/ Jahr/ Land	Methodik	Stichprobe	Thematik	Kernergebnisse
<i>Gebhardt et al. 2008 Deutschl.</i>	Quantitativ	2.298 Eltern von Kindern mit ADHS in medikamentöser Behandlung, Altersmittel: 13 Jahre	Erfahrungen von Eltern medikamentös behandelter Kinder mit ADHS	Hohe Belastung Medikamentöse Behandlung beste Option trotz Nebenwirkungen Hohe Unzufriedenheit mit Schule und Kindergarten
<i>Rind 2011 Deutschl.</i>	Qualitativ, Fallstudie	2 Mütter von Jungen mit ADHS-Diagnose, 1 Kontrastierungsinterview	Belastungen, Auswirkungen auf Familienleben	Hauptprobleme z. B. Geschwisterrivalität Unterschiedliche Deutungen
<i>Becker 2014 Deutschl.</i>	Qualitativ	Eltern 8- bis 16-jähriger Kinder, vor der Diagnose	Wege zur Diagnose, Deutungen	Ableitung von 4 Typen elterlicher Handlungsmuster

Tabelle 1: Forschungsstand zur elterlichen Bewältigung (eigene Darstellung)

Die Grounded-Theory-Studie von *Kendall (1999)* analysierte das Copingverhalten der Eltern von Kindern mit ADHS. Die Untersuchung umfasste Familieninterviews mit 59 Angehörigen von 15 Familien, in denen mindestens ein Kind mit ADHS-Diagnose im Alter zwischen 6 und 18 Jahren lebte. Es erfolgten je zwei Befragungen im Abstand von 8 bis 12 Wochen. Kendall beschreibt nach den Ergebnissen ihrer Studie das zentrale Bewältigungshandeln der Familien als „outlasting disruption“ (Störungen aushalten/durchstehen) (ebd.: 839). In den Daten zeigten sich drei simultan und interaktiv verlaufende Bewältigungsprozesse (ebd., 843):

- „making sense“ (Sinn geben),
- „recasting biography“ (Biographie umgestalten) und

- „relinquishing the 'good ending'“ (den guten Ausgang „aufgeben“)

Durch diese drei Prozesse, die die Autorin insgesamt als „process of reinvestment“ bezeichnet (ebd., 845), konnten die Eltern mit der Symptomatik umgehen, einen Sinn finden und ihre Energien wieder ihrem Kind zuwenden.

Singh (2003; 2004) führte zwei Teilstudien durch, in denen sie narrative Interviews mit 22 Müttern und 12 Vätern von 7- bis 12-jährigen Jungen führte, die bereits eine Stimulanzienbehandlung begonnen hatten. Sie untersuchte die Frage, wie die Eltern mit der immer wieder im Diskurs um ADHS aufkommenden Schuldfrage umgehen und befragte die Eltern insbesondere zur Bedeutung der medikamentösen Behandlung. Die Teilstudie mit den Müttern zeigte, dass alle Befragten Schuldgefühle thematisierten und es als ihre Verantwortung definierten, die Verhaltensproblematik ihres Kindes zu bewältigen. Die Diagnose wirkte erleichternd und die Mütter nutzten die Ritalinbehandlung, um gesellschaftlichen Erwartungen an ihre Mutterrolle gerecht zu werden, was Singh als „mothering with Ritalin in a culture of mother-blame“ beschreibt (Singh 2004, 1193). Die Befragung der Väter zeigte hingegen, dass viele Interviewpartner Zweifel an der Diagnose äußerten, weil sie Ähnlichkeiten zu ihrer eigenen kindlichen Entwicklung erkannten. Trotz ihrer Zweifel hatten sie der medikamentösen Behandlung jedoch zugestimmt, weil sie entweder der Mutter die Entscheidung überließen („tolerant nonbelievers“) oder weil der sportliche oder soziale Erfolg ihrer Söhne bedroht schien („reluctant believers“) (Singh 2003, 312).

In der Studie von *Harborne et al. (2004)* befragten die Autorinnen 9 Mütter und 1 Vater von 8- bis 10-jährigen Jungen dazu, wie sie die Symptomatik konzeptualisieren („making sense“), und mit welchen Problemen sie sich konfrontiert sehen. Die befragten Eltern berichteten durchgängig, dass sie ADHS als biologische Fehlfunktion begriffen. Das Hauptproblem der Eltern war die Erfahrung, dass die Umwelt ADHS hingegen als Folge psychosozialer Faktoren interpretierte. In der Analyse der Interviewdaten kristallisierten sich die drei Kernkategorien „blame“ (Schuld), „battles“ (Kämpfe) und „emotional distress“ (emotionaler Stress) heraus (Harborne et al. 2004, 331ff): Die Eltern fühlten sich von Professionellen und Familienmitgliedern beschuldigt für die Probleme ihrer Söhne. Sie kämpften mit diesen Gruppen, um zu einem gemeinsamen Verständnis der Krankheit und ihrer Ursachen zu gelangen – ein Grund für erheblichen emotionalen Stress bei den Eltern. Die Diagnosestellung empfanden die Interviewten als „respite from blame“ (Ruhepause von der Schuld) (ebd., 332), weil sie sie als Bestätigung ihrer eigenen biologischen Definition von ADHS wahrnahmen.

Rafalovich (2004) führte qualitative Interviews mit Eltern, Lehrern, Klinikern und betroffenen Kindern zu deren Deutungen und Sichtweisen von ADHS.

Insgesamt wurden 90 Personen befragt, davon 21 Mütter, 9 Väter und 9 Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren, die alle eine medikamentöse Behandlung erhielten oder erhalten hatten (ebd., 13). Im Ergebnis zeigten sich als Hauptauslöser eines ADHS-Verdachts der Eltern schulischer Misserfolg oder nachlassende Leistungen sowie soziale Probleme, zum Beispiel durch gewaltsames oder manipulatives Verhalten. Dass sie diese Verhaltensweisen vor der Diagnosestellung nicht als krankhaft gedeutet hatten, führten die Eltern im Nachhinein auf eine Art eigener Verdrängung zurück. Laut Rafalovich erfolgt ausgelöst durch die schulischen Probleme eine neue Rahmung der Symptomatik: „trouble becomes ADHD“ (ebd., 179ff). Die Diagnose empfanden viele Eltern – wie auch in der Studie von *Harborne et al. (2004)* – als Erleichterung, bei anderen war sie aber auch mit Schuldgefühlen verbunden. Die Eltern folgten auch in dieser Studie durchgängig biologischen Kausalitätsmodellen. Rafalovichs Analysen zu Bewältigungsansätzen der Eltern konzentrierten sich auf den familiären Kontext. Hier nutzten die Eltern Maßnahmen wie Informationssuche, Umstellung von Ernährungsgewohnheiten und die Begrenzung von Medienkonsum.

Im Rahmen der quantitativen Studie von *Bussing et al. (2006)* wurde eine repräsentative Stichprobe von 266 Eltern von Kindern mit einem hohen Risiko für ADHS mit und ohne ADHS-Diagnose⁴⁶ zu ausgewählten „self-care“ Strategien (Verhaltensänderung, soziales Coping, Ernährungsumstellung, frei verkäufliche Medikamente und religiöse Praktiken) befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Eltern am häufigsten Verhaltensänderungen umsetzten, gefolgt von Coping im sozialen Kontext, Diäten und religiösen Praktiken. Am seltensten nutzten sie frei verkäufliche Medikamente. Als Verhaltensmaßnahmen nannten Eltern primär Gespräche mit dem Kind, eine Restrukturierung des Alltags und den Entzug von Privilegien. Die repräsentativen Daten zeigen darüber hinaus Zusammenhänge des elterlichen Umgangs mit soziodemographischen Merkmalen, Geschlecht des Kindes, ethnischer Zugehörigkeit und sozioökonomischem Hintergrund. Afro-amerikanische Eltern wandten sich z. B. eher der Religion zu, Eltern mit geringer sozialer Unterstützung nutzten schneller frei käufliche Medikamente.

Die Studie von *Bull und Whelan (2006)* untersuchte, welche Schemata im Management der Eltern von Kindern mit ADHS zu erkennen sind, wie die Eltern ADHS verstehen und wie sie ihre eigenen Rollen im effektiven Umgang mit der Symptomatik definieren. Dazu erfolgten Interviews mit 10 Müttern betroffener Mädchen und Jungen zwischen 5 und 15 Jahren. Die Eltern nahmen ihre Kinder als „anders“ wahr und deuteten diese Andersartigkeit als angeboren. Trotzdem

46 Die Befragten waren Teilnehmer einer Kohortenstudie. In einer Vorläuferuntersuchung waren innerhalb einer repräsentativen Population unter anderem Indikatoren für eine ADHS-Symptomatik ermittelt worden.

war das erklärte Ziel der Eltern, ihren Kindern eine glückliche Kindheit zu ermöglichen und sie zu normalen Erwachsenen weiterzuentwickeln. Einige der Befragten sahen positive Effekte in der medikamentösen Behandlung, andere beurteilten die Behandlung auf Grund von Nebenwirkungen negativ. Als wirksamste Maßnahme im Umgang mit ihren Kindern sahen die Eltern Kontingenzmanagement, also die Begrenzung äußerer Einflussfaktoren bzw. Vermeidung unvorhersehbarer Situationen. Zuständig für die Erziehung der Kinder waren primär die Mütter, den Vätern kam eine untergeordnete Rolle zu. Die Mütter riefen sich bei dem Versuch, das Beste für ihre ADHS-betroffenen Kinder zu erreichen, häufig auf und fanden wenig äußere Unterstützung.

Die von der Verfasserin dieser Arbeit – in Kooperation mit weiteren Autorinnen – in den Jahren 2007/2008 durchgeführte Studie „ADHS bei Kindern und Jugendlichen“ (Gebhardt et al. 2008) umfasste eine quantitative Elternbefragung, eine Arzneimittelanalyse sowie eine Behördenbefragung. Primäre Zielsetzung der Elternbefragung war es, die Erfahrungen von Eltern, deren Kinder unter ADHS leiden und medikamentös behandelt werden⁴⁷, näher zu beleuchten und Ansatzpunkte für Verbesserungen der Versorgungssituation aufzuzeigen. An der schriftlichen Befragung nahmen 2.298 Eltern teil, das durchschnittliche Alter der Kinder betrug 13 Jahre. Die Auswertungen zeigten, dass die Eltern die Belastung ihrer Kinder durch Kernsymptomatik und Komorbiditäten zwar hoch, ihre eigene bzw. die familiäre Belastung aber sogar als noch gravierender angaben. Den Weg zur Diagnosestellung schilderten sie in den offenen Antworten häufig als sehr langwierig und belastend. Die medikamentöse Behandlung bezeichneten die Befragten trotz auftretender Nebenwirkungen als beste therapeutische Maßnahme. Zum Themengebiet Schule verdeutlichten die Studienergebnisse, dass die Eltern den Informationsstand von Lehrenden als unzureichend und sich und ihre Kinder insgesamt als wenig angenommen empfanden.

Rind (2011) untersuchte in einer kleinen qualitativen Fallstudie anhand problemzentrierter Interviews mit zwei betroffenen Müttern und einer nicht betroffenen Mutter die Frage, welche Sorgen und Probleme ADHS auslöst, wie sich dies auf das familiäre Zusammenleben auswirkt und wie die Betroffenen damit umgehen. Die Interviews zeigten als Hauptprobleme zum Beispiel Geschwisterivalität, schulische Probleme und soziale Ausgrenzung. Rind dokumentierte, dass die zwei betroffenen Mütter eine sehr unterschiedliche Akzeptanz der Diagnose zeigten.

In einer aktuellen deutschen Studie untersuchte Becker (2014) aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive die Frage, wie betroffene Eltern initial einen

47 Im Rahmen der Studie wurden Versicherte der GEK kontaktiert, deren Kind im Jahr 2006 mindestens eine Verordnung eines ADHS-typischen Arzneimittels erhalten hatte.

ADHS-Verdacht entwickeln. Hierzu führte sie 21 problemzentrierte Interviews mit 18 Müttern und 3 Vätern von Jungen und Mädchen im Alter zwischen 8 und 16 Jahren, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz zur Diagnostik aufsuchten. Die Autorin beschreibt den Prozess des Umgangs mit ADHS als „Pendelbewegung zwischen Pädagogik, Psychiatrie und Sozialpädagogik“. Becker entwickelte eine Typologie elterlicher Handlungsmuster, die vier Typen umfasst. Die von ihr als „Reformer“ bezeichneten Eltern „machen sich viele Gedanken über die Erziehung ihres Kindes und wenn Probleme aufkommen, stehen pädagogische Strategien im Zentrum“ (ebd., 242). Eine medikamentöse Behandlung lehnte diese Gruppe eher ab. Für die Gruppe der Pragmatiker hingegen „gehören pädagogische Probleme (...) zum Leben und aus ihrer Sicht geht es darum, sie möglichst sachlich und unaufgeregt zu lösen“ (ebd., 246). Dazu probierten die „Pragmatiker“ sowohl pädagogische als auch medikamentöse Maßnahmen aus. Eltern aus der Gruppe der „Konfliktbewussten“ hatten Schuldgefühle und griffen auf erzieherische Maßnahmen zurück, obwohl sie diese als weitgehend wirkungslos erlebten. Die medikamentöse Behandlung nutzten sie zur Deeskalation. Die letzte Gruppe der „Desillusionierten [glaubte] nicht mehr an eine Lösung der Probleme aus eigener Kraft.“ (ebd., 252), nahm alle verfügbaren Hilfen in Anspruch und setzte große Hoffnung in die medikamentöse Behandlung.

Zusammenfassend zeigt sich als wesentliche übergreifende Erkenntnis bisheriger Studien eine hohe Belastung der Eltern durch die ADHS-Symptomatik ihrer Kinder. Für die Eltern sind dabei vor allem Fragen nach Schuld und Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten hoch relevant. Die überwiegende Mehrheit der in bisherigen Studien befragten Eltern folgt biologistischen Kausalitätsmodellen und empfindet die ADHS-Diagnose vor diesem Hintergrund als Entlastung und Schuldbefreiung. Zur Bewältigung setzen die Eltern neben einer medikamentösen Behandlung vielfältige pädagogische Maßnahmen und Verhaltensänderungen ein. Insgesamt hat die elterliche Bewältigung ausprobierenden und kämpfenden Charakter, soziale Rahmenbedingungen sind von hoher Bedeutung und soziale Unterstützung scheint mangelhaft ausgeprägt zu sein. Die bisherige Empirie deutet unterschiedliche Typen elterlicher Handlungsmuster im Umgang mit ADHS sowie Unterschiede zwischen Müttern und Vätern und ethnischen Gruppen an. Diese Ergebnisse bedürfen allerdings einer Prüfung im Rahmen repräsentativer Studien.

Es fällt auf, dass in den oben skizzierten Studien fast ausschließlich Stichproben mit Kindern betrachtet wurden, die bereits mit der Schule begonnen und häufig schon eine ADHS-Diagnose erhalten hatten. Weiterhin hatten die Kinder größtenteils bereits eine medikamentöse Behandlung begonnen. Darüber hinaus

handelt es sich bei allen Studien um Querschnittsuntersuchungen, so dass keine zeitlichen Verläufe analysiert werden konnten⁴⁸ (vgl. hierzu die Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in den Forschungsstand in Abschnitt 7.2).

Becker zieht zu den ihrer eigenen Analyse vorausgehenden Untersuchungen folgendes Fazit: „Ein Schwachpunkt sämtlicher Studien besteht darin, dass die Darstellungen insgesamt zu wenig Binnendifferenzierung zulassen. Es wäre interessant, genauere Einblicke in die Entscheidungs- und Handlungsdynamiken der Eltern, etwa in Abhängigkeit von deren sozialer und ökonomischer Situation oder deren empfundenen [sic] Belastungserleben zu bekommen. Dass die Eltern unterschiedlich auf die ADHS-Diagnose reagieren, ist ein wichtiger Aspekt, der von mehreren Autoren angesprochen wird, aber man würde darüber hinaus gern wissen, ob sich diese Unterschiede auch in deren Einstellungen zur Medikation widerspiegeln.“ (Becker 2014, 58f)⁴⁹.

Die vorliegende Untersuchung bietet vor diesem Hintergrund mit ihrem längsschnittlichen Ansatz und der Befragung von Eltern zu einem frühen Zeitpunkt im Entwicklungsprozess der ADHS-Symptomatik neue Erkenntnisoptionen. Entwicklungen und Veränderungen von Belastungen, Belastungswahrnehmungen und Bewältigungsansätzen betroffener Eltern sollen mit diesem Ansatz differenzierter nachgezeichnet werden.

48 Die Studie von Kendall (1999) umfasste zwar zwei Untersuchungszeitpunkte, das Zweitinterview diente jedoch nur zur Vertiefung von Themen des Erstgesprächs. Kendall stellt zwar ihre Ergebnisse als Prozess dar, leitet diesen aber aus den Befragungsergebnissen verschiedener Eltern mit Kindern in unterschiedlichen Altersgruppen ab.

49 Die Arbeiten von Kendall (1999), Bull und Whelan (2006), Cormier (2012) und Gebhardt und Glaeske (2008) finden in der Darstellung des Forschungsstands Becker (2014) allerdings keine Berücksichtigung.

Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule

Wie Eltern den Übergang erleben

Gebhardt, B.

2016, XII, 290 S. 4 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-11487-9