

RESEARCH

Birte Gebhardt

# Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule

Wie Eltern den Übergang erleben



Springer VS

---

# Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule

---

Birte Gebhardt

# Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule

Wie Eltern den Übergang erleben

Birte Gebhardt  
Hamburg, Deutschland

Die Arbeit wurde an der Universität Bielefeld unter dem Titel „Belastungswahrnehmung und Bewältigungsansätze bei Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomatik – eine qualitative Längsschnittstudie am Übergang vom Kindergarten in die Grundschule“ als Dissertation angenommen. Es wurden geringfügige redaktionelle Veränderungen vorgenommen.

ISBN 978-3-658-11487-9

ISBN 978-3-658-11488-6 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-11488-6

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media ([www.springer.com](http://www.springer.com))

## Danksagung

Mein besonderer Dank gilt zu allererst den Eltern, die mir in ausführlichen Interviews sehr offen Einblick in die herausfordernde Situation mit ihrem Kind gegeben haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Für die fachliche Betreuung danke ich meiner Doktormutter Prof. Dr. Petra Kolip, die mich zu dieser Arbeit ermutigt hat und die im Laufe der Jahre jederzeit eine sehr konstruktive Ansprechpartnerin für konzeptionelle und inhaltliche Fragen war.

Weiterhin geht mein Dank an die Mitglieder meiner Analysegruppe Sassan Gholiagha, Sebastian Kestler-Joosten und Diana Müller. Die Phasen gemeinsamer Analyse von Interviewtexten haben wesentlich dazu beigetragen, den Spass und die Faszination wissenschaftlichen Arbeitens wieder stärker in den Vordergrund zu rücken.

Die entscheidende Unterstützung in der anstrengenden Abschlussphase erhielt ich von meiner Schwester Katrin Althoetmar. Ihr möchte ich vor allem dafür danken, dass sie mich immer wieder in der Relevanz meiner Arbeit bestärkt und durch ihre neutrale Außenperspektive und redaktionelle Expertise meinen Blick auf die Kernerkenntnisse zurückgelenkt hat.

Ich danke auch meinen Eltern und Schwiegereltern, die mir durch vielfältige alltagspraktische Hilfen und vor allem die Betreuung unserer Kinder den Rücken freigehalten und sich in der Endphase flexibel und intensiv in das Schlusskorrektur eingbracht haben.

Die Beendigung dieser Arbeit wurde unter anderem erst möglich durch die Flexibilität meines Arbeitgebers. Mein Dank gilt hier Herrn Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Die wichtigste Unterstützung erfuhr ich von meinem Mann Andreas. Über Phasen, in denen ich selbst erwog, das Vorhaben zugunsten familiärer Anforderungen aufzugeben, trug er mich mit seinem unerschütterlichen Vertrauen in meine Kompetenzen und hohe Unterstützung im häuslichen Alltag.

Gewidmet ist diese Arbeit meinen wundervollen Kindern Kristin und Niklas.

# Inhalt

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einführung.....</b>                                   | <b>13</b> |
| 1.1      | Aufbau der Arbeit .....                                  | 14        |
| 1.2      | Relevanz des Themas .....                                | 16        |
| 1.3      | Entwicklung und Spezifizierung der Forschungsfrage ..... | 21        |
| <b>2</b> | <b>ADHS – Grundlagen und Forschungsstand.....</b>        | <b>23</b> |
| 2.1      | Historische Begriffsentwicklung .....                    | 23        |
| 2.2      | Aktuelle Klassifizierung.....                            | 25        |
| 2.3      | Symptomatik .....  | 27        |
| 2.4      | Epidemiologische Daten .....                             | 29        |
| 2.5      | Kausalitätskonzepte.....                                 | 31        |
| 2.6      | Diagnoseverfahren und -leitlinien .....                  | 35        |
| 2.7      | Optionen für Behandlung und Umgang mit ADHS.....         | 37        |
| 2.8      | Forschungsstand zur elterlichen Bewältigung .....        | 46        |
| <b>3</b> | <b>Methodik .....</b>                                    | <b>55</b> |
| 3.1      | Konzeptphase .....                                       | 55        |
| 3.1.1    | Untersuchungsgegenstand und -objekte .....               | 55        |
| 3.1.2    | Begründung der empirischen Forschungsmethodik.....       | 56        |
| 3.1.3    | Leitfadenentwicklung und Pretest .....                   | 58        |
| 3.1.4    | Vorbereitung von Sampling und Rekrutierung.....          | 60        |
| 3.2      | Feldarbeit .....   | 62        |
| 3.2.1    | Gewinnung der Interviewpartnerinnen und -partner.....    | 62        |
| 3.2.2    | Stichprobenbeschreibung .....                            | 63        |
| 3.2.3    | Interviewdurchführung .....                              | 65        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 3.3      | Analysephase.....   | 66         |
| 3.3.1    | Aufbereitung der Interviewergebnisse.....                                   | 66         |
| 3.3.2    | Analyseverfahren .....  | 68         |
| <b>4</b> | <b>Theoretische Bezüge.....</b>   | <b>79</b>  |
| 4.1      | Begründung der Theoriewahl.....   | 80         |
| 4.2      | Theoretische Ansätze zur Bewältigung von Stress, Krankheit und Stigma ..... | 82         |
| 4.2.1    | Begriffsklärungen.....  | 82         |
| 4.2.2    | Perspektive der Stress- und Krankheitsbewältigung .....                     | 84         |
| 4.2.3    | Perspektive der Stigmabewältigung .....                                     | 98         |
| 4.3      | Der Transitionsansatz zur Analyse von Übergangsprozessen .....              | 104        |
| 4.3.1    | Begriffsklärung und Grundlagen.....   | 104        |
| 4.3.2    | Krankheitsbewältigung als Transition .....                                  | 106        |
| 4.3.3    | Übergang vom Kindergarten in die Schule als Transition.....                 | 109        |
| <b>5</b> | <b>Empirische Analysen.....</b>   | <b>115</b> |
| 5.1      | Frühkindliche Phase – erste Auffälligkeiten.....                            | 117        |
| 5.1.1    | Belastungen.....  | 118        |
| 5.1.2    | Bewältigungsansätze .....   | 120        |
| 5.1.3    | Zwischenfazit .....   | 127        |
| 5.2      | Kindergartenphase und Zeit vor Schulbeginn – Dramatisierung... ..           | 128        |
| 5.2.1    | Belastungen.....  | 129        |
| 5.2.2    | Bewältigungsansätze.....  | 150        |
| 5.2.3    | Zwischenfazit .....   | 192        |
| 5.3      | Phase nach Schulbeginn – neue Herausforderungen .....                       | 194        |
| 5.3.1    | Belastungen.....  | 195        |
| 5.3.2    | Bewältigungsansätze .....   | 205        |

---

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 5.3.3    | Zwischenfazit .....   | 232        |
| 5.4      | Gesamtübersicht über die empirischen Ergebnisse .....                   | 234        |
| <b>6</b> | <b>Zusammenführung empirischer und theoretischer Erkenntnisse .....</b> | <b>237</b> |
| 6.1      | Die empirischen Erkenntnisse im theoretisierenden<br>Zusammenhang ..... | 237        |
| 6.1.1    | Orientierung an normativen Konzepten .....                              | 238        |
| 6.1.2    | ADHS als Stigmatisierungsphänomen .....                                 | 245        |
| 6.1.3    | Bedingungen individueller Bewältigungsmuster .....                      | 249        |
| 6.1.4    | Bewältigungstypen von ADHS im zeitlichen Verlauf .....                  | 257        |
| 6.2      | Beiträge der Empirie zu einer theoretischen Fortentwicklung .....       | 266        |
| <b>7</b> | <b>Schlussbetrachtung .....</b>   | <b>269</b> |
| 7.1      | Zusammenfassung der Kernergebnisse .....                                | 269        |
| 7.2      | Einordnung in den Forschungsstand .....                                 | 273        |
| 7.3      | Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsvorhaben .....                    | 276        |
| 7.4      | Diskussion der Gesamtrelevanz der Arbeit .....                          | 278        |
| 7.5      | Implikationen für die Praxis .....                                      | 280        |
| <b>8</b> | <b>Literatur .....</b>  | <b>287</b> |



---

## Abbildungsverzeichnis

|                     |  |     |
|---------------------|--|-----|
| <i>Abbildung 1:</i> | Zur Behandlung von ADHS in Deutschland zugelassene Präparate (Stand 2014, eigene Darstellung).....   | 43  |
| <i>Abbildung 2:</i> | Rahmenmodell zur Krankheitsverarbeitung in Familien mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen (eigene Darstellung, nach Tröster 2005) ..... | 87  |
| <i>Abbildung 3:</i> | Ebenen der konditionellen Matrix (eigene Darstellung, in Anlehnung an Corbin et al. 2009) .....  | 94  |
| <i>Abbildung 4:</i> | Phasen und Ebenen der empirischen Analysen (eigene Darstellung) .....  | 116 |

## Tabellenverzeichnis

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| <i>Tabelle 1:</i> | Forschungsstand zur elterlichen Bewältigung (eigene Darstellung) .....                | 48 |
| <i>Tabelle 2:</i> | Transkriptionsregeln (in Anlehnung an Kruse 2008) .....                               | 67 |
| <i>Tabelle 3:</i> | Erläuterung ausgewählter Analyseheuristiken (eigene Darstellung nach Kruse 2014)..... | 76 |

# 1 Einführung

ADHS<sup>1</sup> ist eine der am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindesalter und ein extrem kontrovers diskutiertes Thema: Handelt es sich dabei um eine genetisch bedingte Erkrankung? Oder doch um eine Modediagnose, die eigentlich Ausdruck familiärer oder gesellschaftlicher Problemlagen ist? Wird ADHS viel zu häufig oder immer noch zu selten diagnostiziert? Sind Psychostimulanzien eine sinnvolle Behandlungsoption oder dienen sie nur zum „Ruhigstellen“ anstrengender Kinder? Die Dichte der fachlichen und medialen Debatten ist seit Jahren sehr hoch und die vor allem medizinisch orientierte Forschung zu Ursachen, Epidemiologie, Diagnostik und Therapien intensiv. Dennoch ließen sich diese Fragen bislang nicht abschließend klären.

Betroffene Eltern stehen im Kontext von ADHS nicht selten am Pranger, wenn es um Fragen nach Ursachen und Schuld geht. Häufig wird ihnen die Verantwortung für die Symptomatik ihrer Kinder zugewiesen. Das soziale Umfeld zweifelt mitunter die Diagnose oder das Krankheitsbild ADHS als solches an und spätestens die Aufnahme einer medikamentösen Behandlung führt häufig zur Frage, ob nicht doch eher Defizite der elterlichen Erziehung ursächlich für die Verhaltensauffälligkeiten sind. Umgekehrt kritisiert die Umwelt aber auch das Unterlassen einer Behandlung, wenn das Verhalten des betroffenen Kindes zum Beispiel zu Störungen im Schulalltag führt.

Als Versorgenden eines kranken, anstrengenden oder „normabweichenden“ Kindes wird Eltern bislang jedoch vergleichsweise geringfügige Aufmerksamkeit geschenkt. Trotz der zentralen Rolle, die Eltern im Kontext von ADHS einnehmen, gibt es nur wenige Studien, die dezidiert untersuchen, wie Eltern selbst eine (mögliche) ADHS-Symptomatik ihres Kindes erleben, einordnen und bewältigen. Dies ist bemerkenswert, denn Eltern von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik müssen mit den Anstrengungen leben, die das Verhalten ihrer Kinder im Alltag

---

1 In dieser Arbeit wird für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung die Schreibweise „ADHS“ – statt „AD(H)S“ – verwendet, da sich diese Schreibweise in der Fachliteratur etabliert hat. Zudem bringt der Begriff „AD(H)S“ zwar deutlicher zum Ausdruck, dass es Ausprägungen mit und ohne Hyperaktivität (H) gibt, da die Klassifizierung und Definition von Subtypen jedoch insgesamt umstritten ist (vgl. Abschnitt 2.2) scheint ein übergreifender Begriff angemessener.

mit sich bringt, und mit Ausgrenzungen aufgrund der Auffälligkeiten ihrer Kinder im sozialen Kontext umgehen. Sie müssen definieren, ob das Verhalten ihres Kindes als krankhaft oder besonders einzustufen ist und schwierige Entscheidungen über Diagnostik und gegebenenfalls über eine medikamentöse Behandlung ihrer Kinder treffen.

Dieser Thematik widmet sich die vorliegende Studie. Sie beleuchtet, welche Belastungen ADHS für die Eltern mit sich bringt, wie sie selbst die Auffälligkeiten ihrer Kinder deuten oder definieren und welche Bewältigungsmuster sie mit welchem Erfolg einsetzen. Auf der Grundlage einer empirischen Längsschnittstudie werden die Belastungen und Bewältigungsmuster exemplarisch an der Phase des Übergangs vom Kindergarten zur Schule analysiert. Dieser Zeitraum wurde gewählt, weil viele Eltern gerade die Situation in Kindergarten und Schule als problematisch bewerten und vor allem Entwicklungen im Kontext des Schulbeginns häufig in den Beginn einer medikamentösen Behandlung münden.

Die ADHS-Symptomatik scheint somit in vielen Fällen erst am Übergang in die Schule zu einem bedeutsamen und behandlungsbedürftigen Problem zu werden. Dies bestätigen unter anderem die Ergebnisse einer vorausgehenden quantitativen Untersuchung der Autorin dieser Arbeit im Auftrag der Gmünder Ersatzkasse<sup>2</sup>, in deren Rahmen bundesweit Eltern zu ihren Erfahrungen mit ADHS befragt wurden (Gebhardt et al. 2008). Die vorliegende Studie wurde als vertiefende qualitative Untersuchung konzipiert, um genauer zu klären, wie Eltern die Übergangsphase vom Kindergarten in die Schule im Kontext der ADHS-Symptomatik ihrer Kinder erleben.

Die öffentliche Diskussion und zum Teil auch die wissenschaftlichen Diskurse werfen immer wieder die Frage auf, ob Eltern die ADHS-Symptomatik möglicherweise durch Erziehungsfehler selbst verschuldet haben. Umgekehrt finden jedoch die Belastungen und Bewältigungsleistungen der Eltern sehr wenig Beachtung. Genau aus diesem Grund besteht das Kerninteresse der vorliegenden Arbeit darin, die Eltern nicht als potenziell Verantwortliche, sondern primär als Betroffene und Versorgende in den Blick zu nehmen.

## 1.1 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Hauptabschnitte. *Teil I* erläutert einleitend die hohe Relevanz des Themenfeldes ADHS insgesamt und schildert

---

2 Nach Beendigung der Studie fusionierte die Gmünder Ersatzkasse (GEK) mit der BARMER Ersatzkasse und firmiert jetzt als BARMER GEK.

die Entwicklung der spezifischen Forschungsfragen zur elterlichen Bewältigungsarbeit von ADHS am Übergang vom Kindergarten in die Schule.

*Teil 2* bietet einen Überblick über Grundlagen zu ADHS und den Stand der Forschung. Er stellt die historische Begriffsentwicklung und aktuelle Klassifizierungen dar, beschreibt Symptomatik und epidemiologische Daten, kontrastiert verschiedene Kausalitätskonzepte und präsentiert Diagnoseleitlinien sowie Behandlungsoptionen. Abschließend wird der Forschungsstand zur elterlichen Wahrnehmung und Bewältigung von ADHS zusammengefasst.

Nach diesen einleitenden Abschnitten erläutert *Teil 3* die im Rahmen der Untersuchung genutzte Methodik. Die Ausführungen begründen die Entscheidung für eine qualitative Längsschnittuntersuchung und beschreiben die Erhebung mittels Leitfadeninterviews sowie die Auswertung auf Basis eines integrativen rekonstruktiv-hermeneutischen Verfahrens.

*Teil 4* stellt die theoretischen Perspektiven dar, aus deren Blickwinkel die Bewältigung von ADHS in dieser Arbeit betrachtet wird. Dazu gehören zum einen theoretische Ansätze zur Stress-, Krankheits- und Stigmabewältigung. Da die Studie insbesondere die Veränderungen von Belastungen und Bewältigungsansätzen analysiert, wird zum anderen für die längsschnittliche Analyse von Krankheitsbewältigungsphasen und für die Bewältigung des Übergangs vom Kindergarten in die Schule das Transitionskonzept vorgestellt.

Den Schwerpunkt der Arbeit bildet *Teil 5* mit der Präsentation der empirischen Auswertungsergebnisse. Hier erfolgt eine umfassende Analyse und Interpretation der subjektiven Erfahrungen der befragten Mütter und Väter. Diese folgt den zeitlichen Phasen von der frühkindlichen Entwicklung über die Kindergartenzeit und vorschulische Phase bis zu den ersten Monaten nach der Einschulung. Herausgearbeitet werden Belastungen und Bewältigungsansätze der Eltern im familiären und sozialen Setting, in Kindergarten und Schule sowie im Kontext von Diagnostik und Behandlung.

*Teil 6* führt Empirie und Theorie zusammen. Hierzu werden zunächst die empirischen Ergebnisse in einen theoretischen Rahmen eingeordnet, um so abzuleiten, welche allgemeinen Orientierungen und Gesetzmäßigkeiten in den beobachteten Belastungen und Bewältigungsmustern zum Ausdruck kommen. Am Ende von *Teil 6* erfolgt eine Ableitung von Beiträgen der empirischen Erkenntnisse zu einer theoretischen Fortentwicklung.

Die Arbeit schließt in *Teil 7* mit einer Schlussbetrachtung, welche die Kernergebnisse zusammenfasst und in den Forschungsstand einordnet. Dieser letzte Abschnitt zeigt außerdem Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsvorhaben auf, diskutiert die Gesamtrelevanz der Ergebnisse und leitet Implikationen für die Praxis ab.

## 1.2 Relevanz des Themas

Die folgenden Abschnitte begründen die Relevanz des Themas der vorliegenden Arbeit vor dem Hintergrund, dass ADHS eines der am häufigsten diagnostizierten kinderpsychiatrischen Störungsbilder ist, Erklärungsmuster für das Entstehen der Symptomatik aber weiterhin kontrovers diskutiert werden. Verweise auf bestehende Studien verdeutlichen die hohe Relevanz des Schulbeginns im Kontext von ADHS und den ausbaufähigen Erkenntnisstand zur Situation betroffener Eltern.

### Steigende Bedeutung psychischer Erkrankungen bei Kindern

Die allgemeinen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen haben sich vor allem seit Ende des Zweiten Weltkriegs durch Wirtschaftswachstum, Verbesserungen der Hygienestandards und den Ausbau von Bildungs- und sozialen Sicherungssystemen deutlich verbessert. Dies schlägt sich unter anderem in einer stark gesunkenen Säuglingssterblichkeit und einer seit dem Zweiten Weltkrieg um ca. 12 Jahre gestiegenen Lebenserwartung nieder (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Trotz dieser Erfolge besteht immer noch deutlicher Handlungsbedarf im Bereich der Lebensbedingungen und der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. Aktuell wächst jedes fünfte Kind in Deutschland „mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen auf“ (ebd., 45).

Insgesamt ist zwar eine Abnahme der früher dominierenden akuten infektiösen Erkrankungen zu verzeichnen, die Bedeutung psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen hat jedoch deutlich zugenommen. Die Zunahme psychischer Störungen sowie chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Bevölkerung wird mit dem Begriff der „Neuen Morbidität“ umschrieben (Reinhardt und Petermann 2010; Ravens-Sieberer et al. 2007).

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten finden sich nach Aussage aktueller bundesweiter Erhebungen bei 10-20 % aller Kinder und Jugendlichen. Weitere knapp 10 % gelten als „wahrscheinliche“ Fälle, wobei Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status durchschnittlich deutlich häufiger betroffen sind (Ravens-Sieberer et al. 2007). Ergebnisse der international angelegten HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) zeigen für Deutsch-

land, dass etwa jedes siebte 11- bis 15-jährige Kind Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigt (Ravens-Sieberer et al. 2012)<sup>3</sup>.

Psychische Auffälligkeiten, zu denen auch das Erkrankungsbild ADHS zählt, bilden also ein bedeutsames Problemfeld im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit. Vor diesem Hintergrund sind Analysen über das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, Formen ihrer Beeinträchtigung, ihre Versorgungssituation sowie positive und negative Einflussfaktoren auf ihre Entwicklung von besonderer Bedeutung im Kontext von Public-Health-Forschung.

### ADHS als eines der am häufigsten diagnostizierten kinderpsychiatrischen Störungsbilder

ADHS stellt in Deutschland aktuell eines der am häufigsten diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder dar (Döpfner et al. 2013a). Bundesweit repräsentative Daten der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen eine Prävalenz von 4,8 %, wobei weitere 4,9 % als Verdachtsfälle gelten (Schlack et al. 2007). Jungen sind deutlich häufiger als Mädchen betroffen (vgl. detailliert Kapitel 2.4).

Die wissenschaftliche und die öffentliche Aufmerksamkeit für ADHS haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gründe liegen zum einen in der hohen und steigenden Prävalenz und zum anderen in der starken Zunahme der Verschreibungszahlen ADHS-spezifischer Medikamente. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hob bereits in einem Sondergutachten 2009 die hohe Relevanz der ADHS-Symptomatik hervor (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009)<sup>4</sup>. In ihrem aktuellen Gutachten konstatieren die Sachverständigen, dass es 2011 in Deutschland 750.000 Menschen mit einer ADHS-Diagnose gab (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Zudem wurde festgestellt, dass bei einem hohen Anteil der Betroffenen die Symptomatik (in abgeschwächter Form) im Erwachsenenalter fortbesteht (Döpfner und Banaschewski 2013).

---

3 Laut einer Trendanalyse der deutschen HBSC-Daten für 2002-2010 hat sich das Gesundheitsniveau der Schülerinnen und Schüler im Zeitverlauf insgesamt jedoch tendenziell verbessert (Ottova et al. 2012).

4 Hierbei nimmt der Sachverständigenrat unter anderem ausführlich Bezug auf die Ergebnisse von Gebhardt und Glaeske (2008).

ADHS stellt somit eine sehr häufige Symptomatik dar, die mit wesentlichen und zum Teil dauerhaften Beeinträchtigungen von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen verbunden ist und die für das soziale Umfeld eine erhebliche Problematik birgt. „Angesichts des hohen individuellen und sozialen Leidensdrucks, aber auch seines Charakters als chronische, behandlungsbedürftige psychische Störung besitzt ADHS eine erhebliche gesundheitspolitische Bedeutung.“ (Schlack et al. 2007, 828).

### Ursachen und Behandlung von ADHS als Gegenstand kontroverser Debatten

Es ist nach wie vor Gegenstand kontroverser Debatten zu ADHS in Wissenschaft und Öffentlichkeit, ab welchem Ausmaß der Symptome von einer Störung zu sprechen ist, welche Ursachen der Symptomatik zu Grunde liegen und welche Behandlung für welches Kind anzuraten ist. Hierbei stehen sich Vertreterinnen<sup>5</sup> biomedizinisch-genetischer (z. B. Döpfner et al. 2013a), entwicklungspsychologischer (z. B. Leuzinger-Bohleber 2006) und systemisch-konstruktiver Modelle (z. B. Liebsch 2010) weitgehend unversöhnlich gegenüber.

Es gilt mittlerweile als gesichert, dass es sich insgesamt um ein multikausales Geschehen handelt, in dem genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung von ADHS zusammenwirken. Die verschiedenen Faktoren werden jedoch sehr unterschiedlich gewichtet (vgl. hierzu Döpfner et al. 2013a; Leuzinger-Bohleber 2006; Hüther und Bonney 2012; Amft 2006; detailliertere Darstellung in Kapitel 2.5).

Umstritten ist nicht zuletzt auch die medikamentöse Behandlung von ADHS. Vor dem Hintergrund exponentiell gestiegener Verordnungsmengen bei ADHS-spezifischen Präparaten geht es dabei insbesondere um die Frage, welche Bedeutung Psychopharmaka in der Therapie haben sollten (vgl. zur medikamentösen Behandlung Kapitel 2.7.).

Festzuhalten ist, dass die Diagnostik und Behandlung von ADHS eine sehr kontroverse Thematik darstellt und vor allem die medikamentöse Behandlung einen hohen Kostenfaktor für das Gesundheitswesen bedeutet. Dies unterstreicht neben der hohen Prävalenz und dem Leidensdruck noch einmal die Public-Health-Relevanz des Themenfeldes.

---

5 Im Rahmen dieser Arbeit werden weibliche, männliche und neutrale Formen im Wechsel verwendet, um Genderaspekten gerecht zu werden und gleichzeitig eine hohe Lesbarkeit zu gewährleisten.

### Hohe Relevanz des Schulbeginns im Kontext von ADHS

ADHS-Symptome treten bei vielen Betroffenen schon im frühen Kindesalter zu Tage (Gimpel und Kuhn 2000). Viele Untersuchungen unterstreichen jedoch, dass die ADHS-Symptomatik häufig erst am Übergang in die Schule zu einem bedeutsamen und behandlungsbedürftigen Problem wird. „Die Schule ist der Ort, an dem ihnen ihre Symptome die meisten Schwierigkeiten einbringen werden und der für sie und ihre Eltern zur Hauptquelle für Belastungen und Probleme werden wird.“ (Barkley 2005, 151). Auch im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys zeigte sich, dass die Prävalenz mit zunehmendem Alter der Kinder und vor allem mit dem Schuleintritt ansteigt (Schlack et al. 2007).

Dass die Schule aus Sicht vieler Eltern ein problematisches Setting für Kinder mit ADHS darstellt, bestätigten – wie eingangs dargestellt – auch die Ergebnisse der GEK-Studie (Gebhardt et al. 2008). Mehr als 90 % der befragten Eltern gaben in diesem Lebensbereich deutliche bzw. massive Probleme an. Mit dem Schuleintritt erhöht sich aus Sicht der Eltern der Problemdruck deutlich, und die Häufigkeit medikamentöser Behandlungen steigt an. Die befragten Eltern bewerteten ihren Informationsstand zu geeigneten Schulen als zu gering und gaben hohen Unterstützungsbedarf durch Lehrerinnen und Erzieher sowie Hilfe bei der Hausaufgabenbetreuung sowie bei der Wahl einer geeigneten Schule bzw. Einrichtung zur anschließenden Kinderbetreuung an.

### Ausbaufähiger Erkenntnisstand zur Situation betroffener Eltern

Die Forschung zur elterlichen Bewältigung von gesundheitlichen Problemen ihrer Kinder zeigt generell einen deutlichen Schwerpunkt in der Untersuchung (nachweislich) körperlicher Erkrankungen. So gibt es eine Vielzahl von Einzelarbeiten zum Erleben von Krebserkrankungen, Diabetes, Asthma u. ä.<sup>6</sup>. Auch aktuelle Übersichtswerke zu psychosozialen Belastungen bei chronischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen konzentrieren sich auf körperliche Erkrankungen (vgl. Lohaus und Heinrichs 2013). Im Kontext psychischer Erkrankungen werden aktuell stärker die Belastungen und Bewältigungsprozesse von Kindern psychisch

---

6 Vgl. zur Übersicht z. B. Teubert und Pinquart (2013), Seiffge-Krenke (2013), Pinquart (2013). Die Metaanalyse von Teubert und Pinquart (2013), die 450 Studien zu Auswirkungen verschiedener chronischer Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose, Asthma, Krebs) vergleicht, kommt zu dem Ergebnis, dass die Belastungsprofile sehr heterogen sind und sich mit Unsicherheit verbundene Krankheitsmerkmale stärker auf die psychische Gesundheit der Eltern auswirken.



kranker Eltern in den Blick genommen als umgekehrt (für den deutschen Raum vgl. Wiegand-Grefe et al. 2012; Wiegand-Grefe et al. 2011).

Zum Thema ADHS liegen zwar insgesamt zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen vor, hierbei handelt es sich jedoch insbesondere um Analysen zu verursachenden Faktoren, Epidemiologie, Diagnostik und den Wirkungen unterschiedlicher Therapien und Trainings (vgl. zur Übersicht Döpfner et al. 2013a; Steinhausen et al. 2010; Sonuga-Barke 2013). Auch zum Zusammenhang von ADHS und Schule existiert umfangreiche Literatur, allerdings vorrangig in Form von Ratgebern und Trainingsprogrammen (z. B. Döpfner et al. 2011; Born und Oehler 2011; Hengst et al. 2011)<sup>7</sup>. Dem konkreten Erleben betroffener Eltern, ihren Belastungen und Bewältigungsansätzen wurde bislang jedoch trotz ihrer zentralen Rolle vergleichsweise geringfügige Aufmerksamkeit geschenkt<sup>8</sup>. „Man weiß wenig darüber, wie sie auf die Idee kommen, dass ihr Kind eine ADHS haben könnte, und auch der Weg von der Entscheidung für eine diagnostische Abklärung bis hin zu einer gegebenenfalls daran anschließenden Intervention ist bislang nicht eingehend untersucht worden. Auch darüber, wie Eltern *vor* dem Aufkommen eines ADHS-Verdachts mit den Schwierigkeiten ihrer Kinder umgegangen sind und ob sich deren Handeln nach erfolgter Diagnosestellung ändert, liegen lediglich fragmentarische Erkenntnisse vor.“ (Becker 2014, 37, Hervorhebung im Original) Bisherige Studienresultate stellt genauer Kapitel 2.8 dar.

## Fazit

Insgesamt ist somit festzuhalten, dass die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Fragestellung hohe Public-Health-Relevanz aufweist:

- Das Störungsbild ADHS ist eines der am häufigsten diagnostizierten psychiatrischen Störungsbilder im Kindesalter, welches hohen Leidensdruck für Betroffene und ihr Umfeld mit sich bringt und hohe Kosten im Gesundheitswesen verursacht. Ursachen und geeignete Umgangs- bzw. Behandlungswege werden weiterhin kontrovers diskutiert.

---

7 Laut DuPaul und Power (2008) hat sich die Forschung zum Themenbereich ADHS und Schule lange Zeit zu sehr auf die Ermittlung der richtigen Lehr- und Fördermethoden konzentriert, die aber meist eher unter „Laborbedingungen“ getestet wurden. Dies berücksichtige zu wenig, dass die Wirkung solcher Maßnahmen stark von der „adherence“ (Befolgung) abhängt, die wiederum sehr durch das Engagement von Eltern und Lehrern sowie deren Beziehungen untereinander beeinflusst werde.

8 Razum und Brzoska (2009) verweisen zudem darauf, dass die Forschung zur Krankheitsbewältigung die besondere Situation von Migration bislang wenig berücksichtigt hat.

- Der Schulbeginn ist ein sehr relevanter Einflussfaktor für die Entwicklung von Symptomatik und Behandlung von ADHS.
- Die Situation betroffener Eltern, die von ihnen erlebten Belastungen und die genutzten Bewältigungsmuster wurden bisher nur wenig und vor allem nicht in einer längsschnittlichen, prozessorientierten Perspektive untersucht.

### 1.3 Entwicklung und Spezifizierung der Forschungsfrage

Die dem Dissertationsvorhaben vorausgegangene quantitative Studie der Autorin hat die Belastungen von Eltern durch die ADHS-Symptomatik verdeutlicht (Gebhardt et al. 2008). Die Studie lieferte Hinweise darauf, dass zum Zeitpunkt des Schulanfangs besondere Belastungen auftreten und Veränderungen im Umgang mit der Symptomatik zu beobachten sind. Wesentliches Ziel dieser Arbeit ist daher, die Situation von Eltern im Umgang mit ADHS vertiefend im Rahmen einer qualitativen Untersuchung in den Blick zu nehmen und hier insbesondere die Veränderungen am Übergang vom Kindergarten in die Schule zu untersuchen. Insbesondere soll analysiert werden, welche Belastungen und Probleme die Eltern in verschiedenen Settings und Phasen wahrnehmen und welche Bewältigungsansätze sie in welchen Phasen nutzen.

Die übergeordnete Fragestellung lautet somit:

„Welche Belastungswahrnehmungen und Bewältigungsansätze zeigen sich bei Eltern von Kindern mit einer ADHS-Diagnose in der Zeit des Übergangs vom Kindergarten in die Schule und welche Veränderungen sind im Zeitverlauf zu beobachten?“

Um dies zu ermitteln, wurden im Rahmen der Ersterhebung zum Ende der Kindergartenzeit folgende Teilfragestellungen untersucht:

- Wie gestaltet sich der familiäre Alltag mit dem von ADHS betroffenen Kind und wie hat sich dies in den letzten Jahren entwickelt?
- Wie gestaltet sich die Situation von Eltern und Kind im Setting Kindergarten und welche Rolle spielt dabei die ADHS-Symptomatik?
- Wie antizipieren die Eltern den bevorstehenden Schulbeginn?
- Welche Belastungen nehmen die Eltern insgesamt in der Kindergartenphase und der Zeit vor Schulbeginn wahr und welche Bewältigungsansätze nutzen sie?

Die Folgerhebung nach Schulanfang konzentrierte sich auf folgende Fragen:

- Welche Entwicklungen sind in der Zeit zwischen den zwei Interviewzeitpunkten erfolgt?
- Wie gestaltet sich die familiäre Situation und welche Entwicklungen sind hier seit dem Schulanfang zu verzeichnen?
- Wie gestaltet sich die aktuelle Situation von Eltern und Kind im Setting Schule?
- Welche Bewältigungsansätze verfolgen die Eltern, und haben sie diese im Zeitablauf verändert?
- Inwiefern decken sich die Erwartungen der Eltern an den Schulanfang mit der erlebten Realität?

Insgesamt legen die Analysen ein besonderes Augenmerk darauf, welche Belastungen und Bewältigungsansätze in unterschiedlichen Settings (Familie, Kindergarten, Schule, soziales Umfeld, Diagnostik/Behandlung) zu erkennen sind, inwiefern sich Kontinuitäten und Veränderungen im Zeitverlauf zeigen und ob sich unterschiedliche Muster bzw. Typen von Belastungswahrnehmung und Bewältigung herauskristallisieren.

## 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. Rothberger 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)<sup>9</sup>. 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-5<sup>10</sup> 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*<sup>11</sup> von ADHS für deren Diagnose jeweils mindestens sechs der für den jeweiligen Typ beschriebenen Symptome vorliegen müssen<sup>12</sup>:

- 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 angehoben<sup>13</sup>.

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 gilt<sup>14</sup>.

---

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)<sup>15</sup>. 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 verzeichnen<sup>16</sup>. 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)<sup>17</sup>. 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 ist<sup>18</sup>.

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/Frauen<sup>19</sup>. 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)<sup>20</sup>. Insgesamt gibt es hierzu jedoch bislang unzureichende Erkenntnisse.<sup>21</sup>

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)<sup>22</sup>. 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)<sup>23</sup>. 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 Symptomatiken 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 SES<sup>24</sup>.

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 zugespielt: 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)<sup>25</sup>.

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. „hirnorganische 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 dargestellt<sup>26</sup>.

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 Halbgeschwister<sup>27</sup>. 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). Hüther 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 „Kandidatene“ 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.