

Becker, Nicole

Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS. Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften

Mietzner, Ulrike [Hrsg.]; Tenorth, Heinz-Elmar [Hrsg.]; Welter, Nicole [Hrsg.]: *Pädagogische Anthropologie - Mechanismus einer Praxis*. Weinheim u.a. : Beltz 2007, S. 186-201. - (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 52)



Quellenangabe/ Reference:

Becker, Nicole: Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS. Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften - In: Mietzner, Ulrike [Hrsg.]; Tenorth, Heinz-Elmar [Hrsg.]; Welter, Nicole [Hrsg.]: *Pädagogische Anthropologie - Mechanismus einer Praxis*. Weinheim u.a. : Beltz 2007, S. 186-201 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-78360 - DOI: 10.25656/01:7836

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-78360>

<https://doi.org/10.25656/01:7836>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Zeitschrift für Pädagogik · 52. Beiheft

Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis

Herausgegeben von

Ulrike Mietzner, Heinz-Elmar Tenorth und Nicole Welter

Beltz Verlag · Weinheim und Basel

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopie hergestellt werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder genutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, bei der die einzelnen Zahlungsmodalitäten zu erfragen sind.

© 2007 Beltz Verlag · Weinheim und Basel
Herstellung: Klaus Kaltenberg
Gesamtherstellung: Druckhaus »Thomas Müntzer«, Bad Langensalza
Printed in Germany

ISSN 0514-2717
Bestell-Nr. 41153

Inhaltsverzeichnis

Ulrike Mietzner/Heinz-Elmar Tenorth

Anthropologie als Thema und Problem in der Erziehungswissenschaft. Vielfalt der Methoden, Desiderat des Pädagogischen	7
--	---

Bildsamkeit – der pädagogische Mensch

Michael Parmentier

Das Aufscheinen der modernen Bildungsidee im holländischen Familienporträt des 17. Jahrhunderts. Pädagogische und anthropologische Anmerkungen zum Braunschweiger Familienbild von Rembrandt (1667–1669)	22
--	----

Jörg Zirfas

Immanuel Kant: Zum pädagogischen Orientierungswissen einer Pragmatischen Anthropologie	33
---	----

Nicole Welter

Anthropologie und pädagogische Anthropologie – Differenzen und Konflikte in Herders Pädagogik	45
--	----

Anthropologie – die Logik der pädagogischen Methode

Marcelo Caruso

Wirksamkeit der Oberfläche. Anthropologien der Gewöhnung oder des Subjekts? Deutsche und spanische Deutungen des Bell-Lancaster-Systems im 19. Jahrhundert	64
--	----

Birgit Althans

Lernkonzepte im frühen Management. Die motion studies von Frank Bunker und Lillian Moller Gilbreth	78
---	----

Marc Depaepe/Frank Simon/Melanie Surmont/Angelo van Gorp

„Menschen in Welten“ – Ordnungsstrukturen des Pädagogischen auf dem Weg zwischen Haus und Schule	96
---	----

Helga Kelle

„Altersgemäße Entwicklung“ als Maßstab und Soll: Zur praktischen Anthropologie kindermedizinischer Vorsorgeuntersuchungen	110
--	-----

Anthropologie als innovative Intention – Lebensreform und Reformpädagogik

Christa Kersting

Das Geschlechterverhältnis in den Konstrukten der internationalen Frauenbewegung um 1900 und seine Bedeutung für die Bildung 124

Johannes Bilstein

Naive Anthropologie, naive pädagogische Praxis – Grundlagen der Pädagogik
Oskar Kokoschkas 141

Karl-Ernst Ackermann

Sonderpädagogische Erfindungskraft als Medium der Wiederentdeckung der Bildsamkeit. Zum physiologischen Ansatz einer „Pädagogik bei schwerster Behinderung“ 155

Menschenbilder und Natur-Argumente

Anja Tervooren

Bildung im Blick 172

Nicole Becker

Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS. Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften 186

Thomas Müller

Lernende Gehirne. Anthropologische und pädagogische Implikationen neurobiologischer Forschungspraxis 202

Dieter Neumann

Illusion Fortschritt? Die Pädagogik vor den Ansprüchen einer naturwissenschaftlichen Anthropologie 220

Brechungen der Selbstverständigung

Konrad Wünsche

Verkennungsgeschichte des Menschen 238

Nicole Becker

Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS

Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften

Die Frage, wie innerhalb der Pädagogik mit dem Phänomen der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) umgegangen wird, wurde bislang nicht systematisch untersucht. Es handelt sich zwar um Störungen, die in pädagogischen Handlungszusammenhängen auftreten, doch da sowohl die Fachdiskussion als auch die öffentliche Berichterstattung stark von einer psychiatrischen bzw. medizinischen Sichtweise auf ADHS geprägt sind, gerät der vergleichsweise spärliche pädagogische Diskurs in den Hintergrund.

Den Ausgangspunkt dieses Beitrags bildet die Diskussion über ADHS in praxisorientierten pädagogischen Zeitschriften. Anhand dieser Artikel, die von Praktikern und Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachrichtungen verfasst sind, werden aktuelle Positionen in der pädagogischen ADHS-Debatte herausgearbeitet. Analysiert werden die Beiträge im Hinblick darauf, welche Ursachen für die Entstehung von ADHS angenommen und welche Maßnahmen vor diesem Hintergrund empfohlen werden. Von besonderem Interesse ist dabei der Umgang mit biologischen Erklärungsmodellen für die Entstehung von ADHS, denn die biologische Verursachung wird vielfach als Hauptargument für eine Medikamentengabe angeführt. Gleichzeitig ist jedoch innerhalb der ADHS-Diskussion kaum etwas so umstritten, wie die Behandlung aufmerksamkeitsgestörter und hyperaktiver Kinder mit so genannten Stimulanzien (Riedesser 2006, S. 111ff.).¹

Für Disziplin und Profession der Pädagogen stellt die Debatte über die Medikation ein besonderes Problem dar, weil sie sich mit einem Deutungsmuster konfrontiert sieht, das kindliches Verhalten nach einem medizinischen Modell klassifiziert und behandelt und der Pädagogik häufig nur einen relativ geringen, reaktiven Einfluss darauf zubilligt.

1. Zur Ausgangslage: Definitionen, Diagnosen, Therapien - disziplinäre Zuständigkeiten

Nach Experteneinschätzungen sind ca. 2% bis 6% aller Kinder zwischen sechs und achtzehn Jahren von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) be-

1 Bei der Behandlung von ADHS wird bislang hauptsächlich auf die Substanz Methylphenidat (MPH, als Ritalin® und Medikinet® im Handel) zurückgegriffen (Rothenberger/Resch 2002, S. 159).

troffen. Die Diagnose erfolgt anhand von Kriterien, die im ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) oder im DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) festgelegt sind.

Laut ICD 10 handelt es sich bei ADHS um eine „Gruppe von Störungen“, die „durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen“ charakterisiert ist (ICD 10, F90). Hinzu komme eine „mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität“ sowie verschiedene andere Auffälligkeiten z.B. Unachtsamkeit, Unvorsichtigkeit, soziale Unangepasstheit, Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung u.v.a. (ebd.). Im DSM-IV werden kombinierte ADHS von solchen unterschieden, bei denen Hyperaktivität und Impulsivität oder aber Unaufmerksamkeit im Vordergrund stehen (DSM IV, 314.9, 314.01, 314). Diese Unterscheidung drückt sich im Sprachgebrauch durch die Verwendung der Bezeichnung ADHS oder ADS aus; letztere steht dabei für Aufmerksamkeitsstörungen in Verbindung mit mangelnder Impulskontrolle, die jedoch nicht von Hyperaktivität begleitet sind.

Die ICD und das DSM stellen Instrumente zur Abklärung von psychischen Störungen bzw. verschiedenen Krankheiten dar. Die definitorische und diagnostische Kompetenz im Hinblick auf ADHS wird demnach im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-medizin verortet, denn primär dort finden sich Berufsgruppen, die über die notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung entsprechender Tests und klinischer Beobachtungen verfügen. Ein Blick in einschlägige Datenbanken zeigt darüber hinaus, dass von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-medizin auch der größte Teil der Forschung zum Thema ADHS produziert wird.²

Richtet man den Blick auf die o.g. diagnostischen Kriterien für ADHS, so wird aber auch deutlich, dass viele der genannten Verhaltensprobleme besonders stark im Kontext pädagogischer Institutionen hervortreten. Viele der genannten Defizite fallen insbesondere dann auf wenn a) Kinder in Interaktion mit anderen Kindern (oder auch Erwachsenen) treten und b) Kinder mit (ungewohnten) Leistungsanforderungen konfrontiert werden. Beides ist der Fall, wenn Kinder in pädagogische Institutionen aufgenommen werden, und es ist daher nicht weiter erstaunlich, dass es häufig ErzieherInnen oder LehrerInnen sind, die als erste auf die Störungen aufmerksam werden. In vielen Fällen sind sie es, die Eltern dazu raten, eine Beratungsstelle aufzusuchen oder den ADHS-Verdacht kinderärztlich oder -psychiatrisch abklären zu lassen. ADHS zählen zu „den häufigsten Vorstellungsanlässen in Erziehungsberatungsstellen, kinderpsychotherapeutischen und kinderpsychiatrischen Praxen, sozialpädiatrischen Zentren und kinderpsychiatrischen Kliniken.“ (Döpfner/Lehmkuhl 2002, S. 67)

Genauere Angaben darüber, wie viele ADHS-Kinder und -Jugendliche derzeit eine Therapie durchführen, finden sich in der Literatur nicht. Aktuelle Schätzungen über die

2 Die internationale Datenbank „PubMed“ hat allein für den Zeitraum eines Jahres (November 2005 bis November 2006) beispielsweise 1014 Artikel zum Thema ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) erfasst.

Medikation gehen davon aus, dass weltweit etwa 80 Millionen Kinder mit Stimulanzien behandelt werden, in Deutschland sind es ca. 400.000 (Leuzinger-Bohleber 2006, S. 11). „Seit 1994 hat sich der Verbrauch dieser Substanz [Methylphenidat, d. Verf.] mehr als verzehnfacht; allein im Jahr 2000 hat er sich gegenüber dem Vorjahr verdoppelt.“ (Döpfner/Lehmkuhl 2002, S. 67) Dies wird von einigen Kinder- und Jugendpsychiatern als Fortschritt in der Therapie von ADHS gedeutet und obwohl man davon ausgeht, dass Fehlverordnungen wahrscheinlich sind, kommen Rothenberger und Resch zu dem Schluss, dass, gemessen an der gut belegten Wirksamkeit, „eher zu wenig ADHS-Kinder mit MPH [Methylphenidat, d. Verf.] behandelt werden“ (ebd.). Demnach wäre die Zahl der fälschlicherweise nicht mit MPH behandelten Kinder möglicherweise höher, als die derjenigen, bei denen das Medikament aufgrund falscher Indikation verordnet wurde.

Neben der medikamentösen Therapie steht eine Reihe von verhaltenstherapeutischen und anderen psychotherapeutischen Ansätzen (v.a. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Psychoanalyse) zur Verfügung, wobei letztere im wissenschaftlichen Diskurs eher eine untergeordnete Rolle spielen (Leuzinger-Bohleber 2006, S. 26). Verhaltenstherapeutische Ansätze dominieren die Praxis und auch die Forschung über nicht medikamentöse Interventionen (insbesondere in Form von Interventionsstudien).

Der *Krankheitsbegriff* ist für die gesamte Debatte *konstitutiv* und die disziplinären Zuständigkeiten sind ab dem Zeitpunkt eines ersten Verdachts relativ eindeutig verteilt: Für die Diagnose der ADHS sind vorwiegend Kinder- und Jugendpsychiater oder auch Kinderärzte zuständig, die Therapie übernehmen Psychotherapeuten unterschiedlicher Ausrichtung. Eine Kombination von medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Behandlung wird in der Literatur unter dem Stichwort „Multimodale Therapie“ vielfach diskutiert und eingefordert (Lehmkuhl/Döpfner 2006). Obwohl von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie die pädagogische Dimension von ADHS anerkannt wird (Döpfner/Lehmkuhl 2002, S. 67), bleibt deren Rolle im Gesamtgeschehen häufig auf vergleichsweise passive Beobachter- und Überwachungsfunktionen beschränkt. Eine spezifisch pädagogische ADHS-Intervention existiert nicht; die Empfehlungen, die an Pädagogen weitergegeben werden, stellen eine Auswahl alltagstauglicher Methoden aus verhaltenstherapeutischen Ansätzen dar.

2. ADHS als Thema in pädagogischen Zeitschriften

Jede Pädagogik bzw. Praxis hat ihre anthropologischen Grundannahmen und es stellt sich die Frage, wie pädagogische Beiträge mit den Erklärungsansätzen und therapeutischen Empfehlungen von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie umgehen. Gerade in Bezug auf mögliche Interventionen ist zu erwarten, dass praktisch ausgerichtete Beiträge Position beziehen und sich entweder mit den Empfehlungen und dem Menschenbild der Psychiatrie arrangieren oder aber einen Gegenentwurf liefern.

Bei der folgenden Analyse wurden Artikel berücksichtigt, die in den Jahren 2000 bis 2006 in deutschsprachigen pädagogischen Zeitschriften erschienen sind. Die Recherchegrundlage bildet das Fach-Informationssystem-Bildung (FIS-Bildung). Als Suchbe-

griffe wurden „ADHS“ und alle in diesem Kontext verwandten Begriffe in Kurz- und Langform (wie Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS), Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD) und Hyperkinese) herangezogen. Die Konzentration auf pädagogische Zeitschriften erfolgt einerseits aufgrund der größeren Aktualität der Beiträge (Monographien haben im Vergleich einen längeren Vorlauf bis zur Publikation) und aufgrund ihrer vielfach explizit praktischen Ausrichtung.

Die Begrenzung auf einen aktuellen Zeitraum liegt nahe, wenn man die Entwicklung der Diskussion über ADHS verfolgt. Zwar kam dem Thema bereits in den 1990er-Jahren große Aufmerksamkeit zu (Amft 2002), doch die Forschungsaktivität von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der kognitiven Neurowissenschaften hat auf diesem Feld innerhalb der vergangenen Jahre stetig zugenommen. Gleichzeitig zeigt sich eine Zunahme von Forschungsbeiträgen, die den Fokus auf die biologischen Grundlagen von ADHS richten (vgl. z.B. den Überblick bei Banaschewski u.a. 2004; Heft 3/2005 der Zeitschrift *Behavioral and Brain Sciences*).

Möglicherweise beeinflusst die stärkere Präsenz biowissenschaftlich geprägter Erklärungsansätze den pädagogischen Diskurs, indem sie verstärkten Anlass zur (kritischen) Auseinandersetzung bietet. Ob dies der Fall ist, hängt freilich davon ab, welche Ausschnitte der ADHS-Debatte innerhalb pädagogischer Zeitschriften zur Kenntnis genommen werden bzw. in welchem disziplinären Kontext sich die Autoren selbst bewegen.

Insgesamt wurden für den Zeitraum 2000 bis 2006 53 Zeitschriftenartikel zum Thema ADHS ausgewertet. Sie stammen aus den Bereichen Schulpädagogik, Sozialpädagogik und Sonder- bzw. Heilpädagogik, allgemeinpädagogische Beiträge liegen für diesen Zeitraum nicht vor.³ Insgesamt ergibt sich folgendes Bild:

- In Zeitschriften mit schulpädagogischem Schwerpunkt wurden 32 Beiträge veröffentlicht; 14 der 32 Beiträge finden sich in der Zeitschrift „Erziehungskunst“, der „Monatsschrift zur Pädagogik Rudolf Steiners“.
- In sonder- bzw. heilpädagogischen Zeitschriften erschienen 15 Beiträge.
- In Zeitschriften mit sozialpädagogischer Schwerpunktsetzung wurden 6 Beiträge publiziert, thematisch richten sie den Fokus auf ADHS im Kontext der Vorschulziehung bzw. Kindergartenpädagogik.

Nach einer ersten Durchsicht sämtlicher Artikel zeigte sich, dass die Diskurse untereinander vergleichbar und homogen behandelt werden. Bestimmte Themen und Empfehlungen sowie bestimmte stilistische Mittel sind in allen Zeitschriften in etwa gleich verteilt und auch verschiedene Positionen finden sich in allen Zeitschriften. Mit anderen

3 Bei der Analyse nicht berücksichtigt wurden Zeitschriften aus den Bereichen Sport- und Musikpädagogik, sowie Beiträge aus der Zeitschrift „Die Akzente“ (sie wird vom „Bundesverband Arbeitskreis hyperaktives Kind e.V.“ herausgegeben und befasst sich ausschließlich mit ADHS; ihr Verbreitungsgrad dürfte aufgrund der vergleichsweise schlechten Verfügbarkeit in pädagogischen Fachkreisen eher niedrig sein).

Worten: Quer durch alle Sparten wird über die biologischen Grundlagen von ADHS diskutiert, werden Diagnosekriterien erläutert, werden gelegentlich Fallbeschreibungen eingebunden, kommen Experten aus anderen Disziplinen zu Wort und finden sich Medikationskritiker und -befürworter.

Die unterschiedlichen Perspektiven auf das Phänomen ADHS verlaufen demnach nicht entlang der einzelnen pädagogischen Fachrichtungen, sondern lassen sich an bestimmten Deutungsmustern über die Ursachen der Störung oder aber des Phänomens ADHS als solchem festmachen.

3. Die Ursachen von ADHS: Typische Deutungsmuster

Die Frage nach den Ursachen der ADHS wird beinahe in sämtlichen Beiträgen aufgeworfen. Insbesondere die Behandlung mit Stimulanzien, die in der aktuellen Diskussion über Behandlungsmethoden einen hohen Stellenwert einnimmt, wirft die Frage nach dem Ursprung der Störung auf.

Hinter der Diskussion über die Ursachen der ADHS steht die grundsätzliche Frage nach dem Anlage-Umwelt-Verhältnis. Hierzu lassen sich in den pädagogischen Beiträgen drei Positionen unterscheiden:

- Ein Teil der Autoren orientiert sich an den medizinisch geprägten Modellen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und deutet ADHS als eine Störung, deren Ursachen primär in der genetischen Ausstattung (Anlage) zu suchen sind. Diese Position wird im Folgenden als „affirmativ“ bezeichnet.
- Des Weiteren gibt es Autoren, die zwar nicht von einer ausschließlich umweltbezogenen Genese der ADHS ausgehen, die der Perspektive einer primär biologischen Verursachung jedoch kritisch gegenüberstehen. Diese Position soll deshalb als „kritisch“ gekennzeichnet werden.
- Neben diesen beiden Positionen, die vor allem durch ihre unterschiedlichen Haltungen bezüglich der Genese der ADHS – und weniger durch ihre Ansichten über die Behandlung – gekennzeichnet sind, findet sich im pädagogischen Diskurs eine dritte Position, die eine Sonderstellung einnimmt. Diese Position könnte man am ehesten als „zurückweisend“ charakterisieren, da sie ADHS als ein Produkt sozialer Zuschreibungen beschreibt und ihnen den Status als Krankheit bzw. psychische Störung abspricht. Dementsprechend fragt sie auch nicht nach der Ursachen der ADHS, sondern nach den Ursachen für die Entstehung und Verwendung des „Etiketts ADHS“, die selbstredend nicht im Kind, sondern in der Gesellschaft zu suchen sind.

Im Folgenden wird zunächst der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster im Rahmen der affirmativen sowie der kritischen Position dargestellt. Anschließend werden die Argumente derjenigen Autoren skizziert, die den Krankheitsbegriff zurückweisen und ADHS als soziale Konstruktion verstehen.

3.1 Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster – Die affirmative Position

Die biologischen Ursachen von ADHS werden häufig mit Verweis auf genetische Grundlagen diskutiert. Döpfner, der als Psychologischer Psychotherapeut zahlreiche Forschungsbeiträge zum Thema ADHS vorgelegt hat, schreibt in der Zeitschrift „Pädagogik“: „Hauptursache sind genetische Belastungen, die Veränderungen des Neurotransmitterstoffwechsels (vor allem Dopamin-Stoffwechsel) im Gehirn auslösen. Diese Erkenntnis kann mittlerweile als weitgehend gesichert gelten“ (Döpfner 2001, S. 25). Und im Interview mit der Zeitschrift „Bildung Schweiz“ sagt der Arzt Dominique Kamber: „Man weiss heute, dass eine genetische Disposition entscheidend ist. Derzeit wird von einem genetischen Anteil von 70-90% ausgegangen.“ (Bildung Schweiz 2005, S. 14)

Ungeklärt bleibt dabei allerdings, was mit Bezeichnungen wie „genetischer Anteil“ oder „genetische Belastung“ genau gemeint ist. In der verhaltensgenetischen Fachliteratur bringt die Bezeichnung „genetische Belastung“ bzw. „Prädisposition“ zum Ausdruck, dass eine Person (aufgrund ihrer genetischen Ausstattung) eine höhere Anfälligkeit („Vulnerabilität“) für a) die Entwicklung einer Krankheit oder b) die Ausprägung eines bestimmten (Verhaltens-)Merkmals hat (Wegner 2003, S. 17ff.). Eine Disposition für etwas zu haben bedeutet jedoch nicht, dass eine Erkrankung oder ein Merkmal in jedem Fall ausgeprägt wird. Eine genetische Disposition ist daher nicht mit Chromosomenanomalien und (Ein)-Gen-Erkrankungen zu verwechseln, bei denen die Entwicklung bestimmter Merkmale mit Sicherheit vorausgesagt werden kann (Plomin/Walker 2003, S. 11).⁴

Wenn allerdings, wie bei Döpfner, die Veränderungen des Hirnstoffwechsels in einem Zuge mit den genetischen Belastungen genannt werden, so wird ein Ursache-Wirkungs-Gefüge beschrieben, in dem genetische Voraussetzungen die Hirnentwicklung steuern. Umweltbedingungen spielen als mögliche *Ursache* in diesem Modell keine Rolle; sie kommen erst später, als modulierende Faktoren, zum Tragen (vgl. auch Warnke 2002). Folgt man dieser Auffassung, so gewinnt pädagogisches Handeln im Kontext der ADHS erst dann an Einfluss, wenn es um die Kompensation sich abzeichnender Verhaltensauffälligkeiten geht.

4 Das menschliche Genom besteht aus 60.000 bis 100.000 Genen, die sich auf 22 Autosomenpaare und zwei Gonosomen (die sog. Geschlechtschromosomen) verteilen. Bei der Vererbung können Mutationen auftreten, die sich in Chromosomenanomalien und Genmutationen unterteilen lassen. Die Anomalien können sich auf die Anzahl („numerische Chromosomenaberrationen“, z.B. bei der Trisomie 21) oder auf die Struktur der Chromosomen beziehen („strukturelle Chromosomenmutationen“, z.B. beim sog. „Katzenschrei-Syndrom“ [Monosomie 5p]). Bei den Genmutationen ist hingegen *ein Gen* verändert, zu den bekanntesten „Ein-Gen-Erkrankungen“ gehören die Phenylketonurie (PKU) und das Fragile-X-Syndrom. Es gibt etwa 5.000 Ein-Gen-Erkrankungen, ihr Vorkommen ist allerdings relativ selten (1:5.000 bis 1:50.000). An den meisten kognitiven Schwächen und Verhaltensstörungen sind viele verschiedene Gene beteiligt. Verhaltensgenetiker betonen, dass Gene, die in Zusammenhang mit bestimmten Störungen identifiziert werden, lediglich einen probabilistischen Einfluss ausüben; anders als bei den o.g. Mutationen ist deren Ausprägung auf der Ebene des Phänotyps daher nicht sicher voraussagbar (Plomin 2001, S. 260f.).

Das affirmative Deutungsmuster ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass es dem Modell einer primär genetischen Ursache der Störung folgt. Die Umwelt gewinnt erst dann an Bedeutung, wenn es um die Stärke der Ausprägung der Störung geht. Auf diese Weise unterstützt diese Position einerseits die Deutungsansprüche der Psychiatrie bzw. Medizin, sichert der Pädagogik jedoch Einflussmöglichkeiten, indem sie dem starken Gen-Argument ein schwächeres, aber dennoch bedeutsames Umwelt-Argument zur Seite stellt:

- „Integrativen Erklärungsmodellen zufolge handelt es sich bei ADHS um eine Störung des Neurotransmitterhaushaltes, die in einer eingeschränkten Selbstregulationsfähigkeit und Problemen bei der Informationsverarbeitung zum Ausdruck kommt. Diese Modelle betonen, dass die Störung zwar genetisch bedingt ist, die Ausprägung der Symptomatik und etwaige Folgeprobleme jedoch stark durch das Umfeld beeinflusst werden kann.“ (Knollmann/Berglez/Wild 2004, S. 55)
- „So ist zum Beispiel nachgewiesen, dass ADHS zu 80 bis 90% anlagebedingt ist. ... Eine Verschreibung des Medikaments ohne eine Veränderung im Familienleben und in der Schule wird aber keinen Erfolg haben.“ (Kerekjarto 2001, S. 220f.)
- „Ursachen und Auslöser: Zusammenspiel neurobiologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Neurobiologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle, psychosoziale Faktoren können den Verlauf der Störung jedoch wesentlich beeinflussen.“ (Spitzcok von Brisinski 2005, S. 47)
- Schmidt-Nemeth (2002, S. 115) schreibt, die Ursachen „sind nach wie vor nicht abschließend geklärt“, folgt aber trotzdem der Auffassung, dass „die primären Ursachen des Syndroms ... in einer veränderten Funktionsweise des Gehirns, v.a. in Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels, zu suchen sind. Diese Auffassung wird durch die Behandlungserfolge mit Stimulanzen (z.B. Ritalin) gestützt.“

Im Unterschied zu den anderen Autoren führt Schmidt-Nemeth die Wirkung von Ritalin als Stützung der biologischen Sichtweise an. Damit spricht sie ein zentrales Thema der ADHS-Debatte insgesamt an, denn auch in der kinder- und jugendpsychiatrischen Literatur ist die Diskussion über die biologischen Grundlagen der ADHS eng mit der Frage nach Medikation verknüpft (Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther 2006).

Warnke, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, schreibt in der Zeitschrift „Erziehung und Unterricht“, dass die „biologische Begründung“ der Störung hinreichend nachgewiesen sei und „weit reichende praktische Bedeutung“ habe, weil sie „die wirksame medikamentöse Behandlung der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ ermögliche (Warnke 2002, S. 1017). Zur Behandlung von ADHS empfiehlt Warnke, eine Kombination von pädagogischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen und „insbesondere von medikamentöser Behandlung mit Stimulanzen“ (ebd., S. 1018). In seiner Argumentation spielt, genau wie in den vorangestellten Zitaten, die Annahme eines gestörten Neurotransmitterhaushalts eine zentrale Rolle.

Das Neurotransmitter- bzw. Dopamin-Modell ist eines der am häufigsten angeführten Modelle, wenn es um die biologischen Grundlagen von ADHS geht. Es wird in pädagogischen Fachzeitschriften vielfach aufgegriffen, jedoch in aller Regel, auch von Me-

dizinern, nur knapp beschrieben (ebd.; Werning 2002; Wittoch 2005; Demisch/Zillesen 2003; Jachmann 2003; Kraker von Schwarzenfeld 2005). Das ist insofern problematisch, als es eine wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung mit den neurobiologisch geprägten Argumentationsmustern unmöglich macht. Diese klingen zwar vergleichsweise kompliziert, doch man muss die neurobiologischen Modelle gar nicht bis ins Detail verstehen, um die Kerngedanken zu begreifen. Das eigentlich Interessante am Dopamin-Modell sind nämlich nicht die neurophysiologischen Vorgänge selbst, sondern die daraus abgeleiteten Kausalannahmen und Schlussfolgerungen, die in der pädagogischen Diskussion unhinterfragt rezipiert werden. Am wichtigsten ist hierbei sicherlich, dass die Wirksamkeit von Methylphenidat als Beleg für die Richtigkeit der Dopaminhypothese angeführt wird (siehe Exkurs).

Exkurs: Das Dopamin-Modell

Dopamin gehört zu den sogenannten Botenstoffen (Neurotransmittern) und ist an diversen neurophysiologischen Prozessen beteiligt. Man geht davon aus, dass Dopamin insbesondere bei der Modulation von motorischer Aktivität, von Neugierverhalten, beim Aufrechterhalten von Aufmerksamkeit sowie auf der Ebene der Belohnungs- und Motivationszentren (im limbischen System) eine wichtige Rolle spielt (Banaschewski u.a. 2004, S. 142). Es scheint also bei allen Verhaltensweisen, die bei ADHS beeinträchtigt sind, eine wichtige Funktion zu erfüllen. In Studien mit Erwachsenen und Kindern hat sich gezeigt, dass Menschen mit ADHS „im Vergleich zu Gesunden um 70% erhöhte Bindungskapazitäten der präsynaptischen Dopamintransporter“ aufwiesen, die „vermutlich auf eine genetisch bedingte Expression zurückzuführen“ seien (ebd.). „Neurochemisch ist davon auszugehen, dass bei einer Erhöhung der Dopamintransporter, die Dopamin aus dem synaptischen Spalt zurücktransportieren, durch eine beschleunigte Dopaminrückaufnahme aus dem synaptischen Spalt in die präsynaptischen Nervenendigungen weniger Dopamin für die nachgeschalteten Neurone zur Verfügung steht.“ (ebd. S. 142f.) Demnach stünde Menschen mit ADHS in bestimmten, mit Aufmerksamkeitsregulation, Impulskontrolle und motorischer Kontrolle befassten Hirnregionen „zu wenig“ Dopamin zur Verfügung. An genau dieser Stelle setzt der Wirkstoff Methylphenidat an, „indem er durch Blockade der Transporter die Wiederaufnahme hemmt und so das Dopamin länger wirken kann.“ (ebd., S. 143)

Die Wirkung von Methylphenidat bei Menschen mit ADHS ist gut nachgewiesen und wird – im Umkehrschluss – von einigen Autoren als Beleg für die Richtigkeit der Dopamin-These angeführt. Die zugrunde liegende Argumentation lautet: Da Methylphenidat die Kernsymptome der ADHS (motorische Unruhe, geringe Aufmerksamkeit, geringe Impulskontrolle) positiv beeinflusst und sich Methylphenidat auf die Wiederaufnahme von Dopamin auswirkt, liegt die Ursache von ADHS in einer verringerten Dopaminkonzentration bzw. in der erhöhten Bindungskapazität der Dopamintransporter. Und da diese wiederum „genetisch bedingt“ ist, kann man daran primär mithilfe von Stoffen, die unmittelbar in den Transmitterhaushalt eingreifen, etwas ändern.

3.2 *Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster – Die kritische Position*

Die kritische Position begegnet solchen biologisch ausgerichteten Deutungsmustern mit Skepsis. Der Psychotherapeut Hans von Lüpke skizziert in der Zeitschrift „Pädagogik“ zunächst die Diskussion über die neurobiologischen Grundlagen der ADHS und erläutert anschließend den medizinischen Zugang: „Aus der medizinischen Tradition stammt die Annahme, dass beim Zusammentreffen einer psychischen Auffälligkeit und einer organischen Abweichung dem Organbefund in der Regel eine ursächliche Bedeutung zugeschrieben wird.“ (ebd., S. 44) Das sei aber im Fall von ADHS bislang nicht möglich, denn „die Bewertung der bisher beobachtbaren Befunde [erlaubt] weder kausale noch diagnostische Rückschlüsse“ (ebd.). Aus den aktuellen biochemischen Befunden könne man u.a. deshalb keine Rückschlüsse auf eine rein genetische Bedingtheit derselben ziehen, weil sich Hirnentwicklung von Anfang an in Interaktion mit der Umwelt vollziehe. Die Andersartigkeit des Transmittergeschehens bei Menschen mit ADHS könne daher auch entwicklungsbedingt sein und „als Ausdruck einer veränderten Gesamtregulation“ gedeutet werden (ebd.). Von Lüpke erläutert die Mechanismen der „Genexpression“ und unterstreicht auch hierbei immer wieder die Bedeutung der Umwelt: „Selbst bei abweichenden (,pathologischen‘) genetischen Informationen entscheiden Umwelteinflüsse, ob und in welchem Ausmaß diese wirksam werden.“ (ebd.) Aus diesem Grund betrachtet er auch die familiäre Häufung von ADHS nicht als Beleg für eine primär genetische Bedingtheit (ebd., S. 45).

Von Lüpke wendet sich demnach *nicht* gegen die Auffassung, dass es für die auf der Verhaltensebene beobachtbaren Phänomene der ADHS biologische Grundlagen – im Sinne neuronaler Korrelate – gibt, aber er lehnt deren Interpretation als „genetisch bedingt“ ab. Damit markiert von Lüpke eine Position, die für das kritische Deutungsmuster typisch ist: Die Interpretation von ADHS als einer primär genetisch bedingten Störung wird zurückgewiesen, und der Umwelt werden, anders als in der affirmativen Perspektive, nicht nur kompensatorische, sondern auslösende Funktionen zugeschrieben (Werning 2002; Liebrand 2002a; Krowatschek 2002; Willenbring 2002).

Das kritische Deutungsmuster nimmt insbesondere die diagnostischen Kriterien und die medikamentöse Behandlung in den Blick. Die diagnostischen Kriterien der ADHS berücksichtigten die „Entwicklung und den soziokulturellen Kontext des Kindes“ nicht in ausreichendem Maße und aus diesem Grund werde bislang auch zu wenig beachtet, dass „sich neurobiologische und psychosoziale Aspekte gegenseitig bedingen“ (Willenbring 2002, S. 31f.). Zudem sei die Abgrenzung gegenüber anderen Störungen unklar: die Symptome der ADHS wiesen nicht nur starke Überschneidungen mit anderen psychischen Störungsbildern auf, sondern es sei darüber hinaus häufig schwierig, das hyperaktive, unaufmerksame Verhalten von alterstypischen, temporären Problemen abzugrenzen (Liebrand 2002b, S. 228).

Die Verschreibung von Stimulanzien wird dementsprechend kritisch gesehen. Ritalin verbessere zwar die Kernsymptome, doch allzu häufig werde dabei übersehen, dass es nicht zu einer Heilung führe (Liebrand 2002a, S. 2; Werning 2002, S. 5; Krowatschek 2002, S. 17; Willenbring 2002, S. 33). Die Krankheit ADHS entlaste Eltern und Kinder,

indem sie das Problem biologisiere, und die leichtfertige Behandlung mit Stimulanzien verstelle zugleich den Blick auf die wirklichen Ursachen. Von Lüpke (2002, S. 45) spricht sogar von einer „Tabuisierung von psychodynamischen Zusammenhängen“ und fordert von Therapeuten und Pädagogen Hilfestellungen, um „Familien aus dem Dilemma der Schuldgefühle herauszuhelfen, anstatt sie durch ständige ‚Absolution‘ immer mehr in Abhängigkeit und Unmündigkeit zu fixieren“.

Die Auslöser von ADHS werden in konflikthaften Beziehungen und problematischen Lebenssituationen gesucht. Willenbring (2002, S. 34) merkt an, dass hinter „jedem negativen Verhalten ... ein Lösungsversuch des Kindes [steht, d. Verf.], mit einer problematischen Situation umzugehen“. Dementsprechend suchen die Kritiker des medizinischen Modells die Ursachen für ADHS im schulischen und persönlichen Umfeld der Kinder. Psychosoziale Belastungsfaktoren hätten sich in den letzten Jahrzehnten verstärkt und es seien mehr familiäre „Risikokonstellationen“ bei gleichzeitig „abnehmender Erziehungskompetenz“ zu beobachten (Demisch/Zillessen 2003, S. 142). In der Schule müssten Kinder stillsitzen und über lange Zeiträume aufmerksam zuhören, und einige Kinder seien darauf nicht gut vorbereitet oder es falle ihnen einfach schwerer als anderen. Werning vertritt deshalb die Ansicht, dass sich die Schule, etwa durch mehr Projekte und offenen Unterricht, besser auf die Kompetenzen dieser Kinder einstellen müsse (Werning 2002, S. 8ff.).

3.3 ADHS als soziale Konstruktion – die zurückweisende Position

Die schärfsten Kritiker der ADHS-Debatte vertreten die Ansicht, dass es zwar Kinder und Jugendliche geben mag, die motorisch aktiver, impulsiver und weniger aufmerksam als andere Kinder sind, doch die Etikettierung solcher im Prinzip bei jedem Kind vorkommenden Verhaltensweisen als Krankheit mit dem Namen ADHS lehnen sie ab. Sämtliche Autoren, die die Diagnose ADHS zurückweisen, tun dies unter anderem, indem sie die zugrunde liegenden Vorstellungen von Normalität hinterfragen. Die starke Präsenz biologischer Erklärungsmuster in öffentlichen und fachwissenschaftlichen Diskursen wird von den Autoren als ein Beleg dafür gedeutet, dass ein soziales Problem in ein biologisches umgedeutet wird, um dieses kurzfristig und kostengünstig zu lösen.

Der Sonderpädagoge Wolfgang Jantzen zeigt die Zunahme der Verordnung von Ritalin auf und bringt diese am Beispiel der USA in Zusammenhang mit sozialpolitischen Entwicklungen. Dort zeige sich, dass Ritalin den „billigsten Weg“ darstelle, um Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern in den Griff zu bekommen (Jantzen 2001, S. 224). Jantzen deutet die Biologisierung von Verhalten im Sinne Foucaults als Ausdruck einer Biopolitik, bei der ökonomische Interessen im Vordergrund stünden und „gesellschaftliche Ungleichheit in Biologie umgewandelt“ werde (ebd.). Biologische Erklärungen für Verhaltensauffälligkeiten würden immer dann an Einfluss gewinnen, „wenn das soziale Interesse daran besteht“, und dieses wiederum werde durch den Verweis auf Kostenfaktoren und den drohenden Ausfall von (menschlichen) Ressourcen genährt (ebd.). Die neurobiologischen Befunde haben für Jantzen keine Überzeugungskraft, er hebt hervor,

dass „unterschiedliche Ursachen ... zum gleichen Effekt führen“ können (S. 225) und die neurophysiologischen Befunde „keineswegs als Defekt begriffen werden“ müssten. Letztlich stecke hinter der ADHS-Debatte eine Auffassung von normalem Verhalten, die jedwede Abweichung als Ausdruck einer Krankheit interpretiere und auf diese Weise dem Kompetenzbereich der Medizin bzw. Psychiatrie zuführe und gleichzeitig der Pädagogik entziehe.

Auch Pagel weist die Diagnose ADHS im Sinne einer Krankheit zurück: „Es spricht vieles dafür, dass ADHS nichts weiter als ein ‚Phantasieprodukt‘ der biologischen Psychiatrie ist.“ (Pagel 2005, S. 40) Die Psychiatrie stelle die Diagnose ADHS auf eine Stufe mit anderen Krankheiten und verschweige absichtlich die vielfältigen Probleme eines solchen Vorgehens, um die Behandlung mit Psychopharmaka zu legitimieren. Der genauere Blick auf die diagnostischen Kriterien zeige, dass es sich eher um „eine Liste nicht gewünschter Eigenschaften bei Kindern“, als um eine solide Beurteilungsgrundlage handle (Pagel 2003, S. 39). Zudem würden die diagnostischen Kriterien nichts über die Ursache aussagen und könnten folglich auch nicht als Argument für eine Medikation herangezogen werden (ebd.).

Auch andere Autoren lehnen den Einsatz von Medikamenten rigoros ab, weil sie das Gesamtkonstrukt ADHS als einen typischen Fall von Etikettierung unerwünschter Verhaltensweisen betrachten. In der ADHS-Diskussion würden „neurologische Defizite“ in den Vordergrund gestellt, „die durch medikamentöse Therapien kompensiert werden sollen“ (Baulig 2000a, S. 5). Das sei eine einseitige neurologische Perspektive, die u.a. ignoriere, dass hyperaktive Kinder „kein Krankheitsgefühl“ hätten und man ihnen somit Medikamente gegen ihren Willen aufzwänge.

Becker betrachtet ADHS als ein Etikett, das für Eltern und Pädagogen primär eine Entlastungsfunktion erfüllt und unter dem Deckmantel der Krankheit die wirklichen Probleme verbirgt. Hyperaktivität erweise sich „als Konglomerat der Sozialisationsbedingungen von Kindern und Jugendlichen unserer Zeit“; allein aufgrund der „isolierten Beobachtung von Symptomen jenseits von Raum und Zeit“ werde sie als psychische Störung wahrgenommen (Becker 2004, S. 396). Sie vertritt die Ansicht, dass das Verhalten von „ADHS-Kindern“ in der jeweiligen Lebenswelt Sinn mache und man daher die Aufmerksamkeit viel stärker auf die Lebensbedingungen als auf die Symptome richten müsse. Kinder und Jugendliche seien überfordert von der Vielzahl an Möglichkeiten und Erwartungen, die ihnen offen stünden bzw. denen sie nachkommen sollten. Becker deutet die Diagnose ADHS als „einen Abwehrvorgang“ der sowohl bei Eltern als bei auch deren betroffenen Kindern statfinde, um sich das eigene Versagen nicht eingestehen zu müssen (ebd., S. 399).

Ähnlich wie Becker vertritt auch Reinhard die Position, dass ADHS ein Produkt äußerer Zwänge und Zuschreibungen ist. Sie berichtet aus ihrer familientherapeutischen Praxis und kommt, ähnlich wie die anderen Autoren, zu dem Ergebnis, dass es primär die Umwelt sei, die ein Problem mit Kindern habe, die bestimmten Anforderungen und Regeln nicht Folge leisten. Sie beschreibt Kinder und Jugendliche „mit ADHS“ durchweg als kreative, intelligente Kinder, die die Welt der Normalen langweilig fänden und sich dagegen zur Wehr setzten. Könnte es sein, so fragt sie, dass diese Kinder „die Dua-

lismen bzw. interaktionellen und intrapsychischen Zwickmühlen in unserer abendländlichen Kultur besonders sensibel wahrnehmen und uns förmlich mit geballter Kraft zurückspiegeln?“ (Reinhard 2002, S. 38) Was andere Menschen als hyperaktiv und aufmerksamkeitsgestört etikettierten, können man auch als „basisdemokratisches Rebellentum“ interpretieren; die so genannten Symptome erschienen ihr „immer weniger als ein Defizit sondern geradezu wie das Resultat eines Entscheidungsprozesses“ (ebd., S. 40). Ihrer Auffassung nach könnten Erwachsene von diesen Kindern viel lernen (z.B. ihre eigenen Bedürfnisse klarer wahrzunehmen), stelle man sie jedoch mit Ritalin ruhig, so nehme man ihnen diese Möglichkeit.

4. Gibt es eine pädagogische Perspektive im ADHS-Diskurs?

In pädagogischen Zeitschriften findet sich eine Vielzahl an Vorschlägen zum Umgang mit hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Immer wieder wird dabei auf die Bedeutung eines geordneten Zeitablaufs, wiederkehrender Strukturen und Rituale, unmittelbare Belohnungen und Konsequenzen für unerwünschtes Verhalten hingewiesen. Die Autoren orientieren sich hierbei an Elementen verhaltenstherapeutischer Programme, die sie für den Einsatz im Schulunterricht handhabbar machen (Liebrand 2002 c; Krowatschek 2002; Winter 2005). Des Weiteren wird Bewegung als ein Faktor hervorgehoben, der insbesondere die Hyperaktivität der Schüler positiv beeinflussen könne (Jachmann 2005; Balster 2002; Bertolaso 2004; Schubert 2005).

Bei der Diskussion über die Behandlung von ADHS unterscheiden sich die affirmativ-rezeptive und die kritisch-rezeptive Position nur in einem Punkt: Während die Medikation für letztere nur in Ausnahmefällen in Betracht gezogen wird (von Lüpke 2002, S. 45), folgen erstere einem „multimodalen Ansatz“, bei dem Medikation ein wesentliches Element der Behandlung darstellt.

Ganz anders gestaltet sich diese Diskussion bei der zurückweisenden Position: Der Logik der Argumentation folgend, ist es aus Sicht der Autoren eher die Gesellschaft, die eine Behandlung benötigt, als das „ADHS-Kind“. Reinhard vertritt beispielsweise die Auffassung, dass genau diese Kinder die geeigneten Therapeuten (für Erwachsene) wären, weil sie die besseren Beobachter und Beurteiler seien. Die anderen Autoren beschränken sich zumeist darauf, dass sie mehr Sensibilität, aber auch mehr Toleranz von Seiten der Umwelt einfordern. Sie gehen davon aus, dass das Phänomen ADHS dann verschwindet, wenn man die Perspektive wechselt. Dementsprechend lehnen sie den Einsatz von Medikamenten ab und betrachten die aktuelle Praxis als einen Verstoß gegen die Rechte von Kindern (Pagel 2003, 2005).

Die Diskussion über ADHS in pädagogischen Zeitschriften ist über weite Strecken durch eine – mehr oder weniger ausführliche – Auseinandersetzung mit biologischen Erklärungsmodellen und eine pragmatisch ausgerichtete Rezeption verhaltenstherapeutischer Maßnahmen geprägt. Sie folgt damit dem „Mainstream“ der ADHS-Debatte, bei dem diese Aspekte ebenfalls im Vordergrund stehen (vgl. den ersten Abschnitt). Auch in Bezug auf die Medikation finden sich in der pädagogischen Diskussion ähnlich kontro-

verse Positionen wie etwa in der Fachdiskussion innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Riedesser 2006, S. 111ff.).

Ob biologische Erklärungsmuster in der pädagogischen Literatur in den vergangenen Jahren zugenommen haben, ließe sich nur mit Blick auf frühere Publikationen beurteilen; mit Sicherheit lässt sich jedoch sagen, dass kaum ein Autor ohne Verweis auf neurobiologische (Erklärungs-)Modelle auskommt. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich kein Autor für eine ausschließlich umweltbedingte Genese der ADHS ausspricht – auch biologie-kritische Autoren negieren den möglichen Einfluss genetischer Prädispositionen (auf die Hirnentwicklung) nicht. Im Gegensatz zur affirmativen Rezeption stehen sie den „Prozentangaben“ zur Erbllichkeit der ADHS jedoch skeptisch gegenüber, obgleich sich niemand die Mühe macht, derartige Aussagen und die dahinter stehenden mathematischen Modelle auf deren Richtigkeit zu befragen. An dieser Stelle zeigt sich, wie schwierig es ist, eine eigenständige Position innerhalb eines Diskurses zu vertreten, dessen Grundlagen man kaum nachvollzogen hat.

Die biologisch-medizinischen Kausalmodelle vermitteln häufig den Eindruck einer empirischen Abgeklärtheit, der über offene Fragen und methodischen Probleme hinwegtäuscht (vgl. zum Problem der molekulargenetischen Untersuchung von ADHS Waldman/Rhee 2002; zum Stand der neurowissenschaftlichen Diskussion vgl. Banaschewski u.a. 2004; Hüther 2006). Ein Teil der Pädagogen scheint den biologischen Modellen zwar zu misstrauen, doch eine radikale Zurückweisung findet sich nur bei solchen, die ADHS als soziale Konstruktion begreifen und bei denen Anlage-Umwelt-Debatten folglich erst gar nicht in den Blick geraten.

Eine genuin pädagogische Perspektive lässt sich im gesamten Diskurs nicht ausmachen: Die *Zurückweisung* von ADHS erfolgt mit theoretischen Anleihen aus der Soziologie und Sozialpsychologie, die allerdings kaum expliziert werden.⁵ Die *affirmative Position* stützt sich auf den Grundlagendiskurs der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -Medizin, der als homogener wahrgenommen wird und dessen innere Kontroversen ausgeblendet werden. Die *kritische Position* steht diesem Grundlagendiskurs zwar skeptisch gegenüber, doch auch sie nutzt ihn als Vorlage zur Diskussion und orientiert sich an den gängigen Begrifflichkeiten.

Im Hinblick auf die Behandlung stützen sich die beiden letzteren Positionen auf die „multimodalen Behandlungsansätze“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie, und geben damit die ebenfalls von ihnen eingeforderte „genuin pädagogische“ Perspektive, die nach Aussagen der Autoren der individuellen Situation eines betroffenen Kindes stärker Rechnung tragen will, preis. Dammasch merkt hierzu an:

„Es ist kein Zufall, dass bei ‚ADS-Kindern‘ vor allem unter Kinderpsychiatern die pharmakologische und die verhaltenstherapeutische Behandlung zumeist in einem so genannten multimodalen Ansatz als Methode der Wahl gelten. Denn beide Methoden

5 Lediglich Jantzen (2001) verweist auf Michel Foucault; Bezüge zu Erving Goffmans Labeling- bzw. Etikettierungsansatz lassen sich in den anderen Beiträgen zwar erahnen, sie werden jedoch nicht expliziert.

sind prinzipiell antiindividuell ausgelegt und entsubjektivieren den Patienten durch standardisierte Zuschreibungen und Wirkmechanismen.“ (Damasch 2006, S. 190)

Möglicherweise lässt sich innerhalb der ADHS-Diskussion deshalb keine genuin pädagogische Position erkennen, weil Pädagogen an den integrativen und interdisziplinären Charakter „multimodaler Ansätze“ und „biopsychosozialer Modelle“ glauben. In solchen Modellen haben sie allerdings – wenn überhaupt – eine schwache Position. Im Modell von Lehmkuhl und Döpfner (Lehmkuhl/Döpfner 2006, S. 121) steht beispielsweise die „genetische Disposition“ bei den Ursachen buchstäblich ganz oben, „ungünstige Bedingungen in Familie/Schule“ kommen erst auf einer unteren Ebene zum Tragen, und zwar dort, wo eine „Zunahme an negativen Interaktionen mit Bezugspersonen“ stattfindet, die dann wiederum modulierend auf neuropsychologische Prozesse einwirkt. Letztlich kommen solche Modelle, auch auf der terminologischen Ebene, nicht über Medizin und Psychologie hinaus.

Einen Vorwurf kann man den Verfassern daraus freilich nicht machen, denn die Pädagogik hat bislang kaum empirische Ergebnisse zur ADHS-Debatte beigesteuert. Und die pädagogische Anthropologie, die für sich eine interdisziplinäre Ausrichtung und die Aufgabe der Integration humanwissenschaftlicher Erkenntnisse in Anspruch nimmt (Wulf 2002), scheint die ADHS-Debatte nicht einmal zur Kenntnis zu nehmen. Das ist umso erstaunlicher, als man es hier mit einer Diskussion zu tun hat, bei der der Gedanke der Perfektionierung (und sei es mit Hilfe von Medikamenten) grundlegend ist und sich die Frage nach dem Wandel von Menschenbildern geradezu aufdrängt.

Literatur

- Amft, H. (2002): Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In: Amft, H./Gerspach, M./ Mattner, D. (Hrsg.): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit: ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer, S. 37-121.
- Balster, K. (2002): Körperquiz und Schnüffelbar. Mit Bewegung gegen Unruhe und Unaufmerksamkeit. In: Lernchancen 30, H. 5, S. 25-29.
- Banaschewski, T. u.a. (2004): Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Kindheit und Entwicklung 13, H. 3, S. 137-147.
- Baulig, V. (2000): Angepasste Pillenkinder? Pädagogisch-therapeutische Betreuung steuerungsschwacher Kinder? In: Förderschulmagazin 22, H. 3, S. 5-10.
- Baulig, V. (2002): Hyperaktive Kinder. Von der Diagnose über das Verständnis zum richtigen Umgang. In: Förderschulmagazin 24, H. 11, S. 5-9.
- Becker, U. (2004): Über Schüler, die am Zugang zur Schule scheitern. Hyperaktivität als Konglomerat der Probleme kindlicher und jugendlicher Sozialisation. In: Sonderpädagogische Förderung 49, H. 4, S. 385-401.
- Bertolaso, Y. (2004): Die italienische Tarantella und ihre tanztherapeutischen Interventionsmöglichkeiten. In: PÄD-Forum: unterrichten, erziehen. H. 3, S. 159-166.
- Bildung Schweiz (2005): Zappelige Kinder: „Den Verdacht auf ADHS äussern in vielen Fällen die Lehrpersonen“. Interview mit dem Arzt Dominique Kamber. H. 10a, S. 6-21.
- Damasch, F. (2006): ADHS – endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin. In: Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther, S. 189-221.

- Demisch, A./Zillessen, K.E. (2003): ADS in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Erziehungskunst* 67, H. 2, S. 141-146.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (2001). Übersetzt nach der 4. Aufl. des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Dt. Bearb. und Einf. von Henning Saß. 3., unveränd. Aufl., Göttingen/Bern: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Döpfner, M. (2001): Pillen für den Störenfried? In: *Pädagogik* 53, H. 1, S. 24-26.
- Döpfner, M./Lehmkuhl, G. (2002): ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: *Kindheit und Entwicklung* 11, H. 2, S. 67-72.
- Hüther, G. (2006): Die nutzungsbedingte Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In: *Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther*, S. 222-237.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien (2005). Weltgesundheitsorganisation. Übers. und hrsg. von H. Dilling. 5., durchges. und erg. Aufl., Bern/Göttingen u.a.: Huber.
- Jachmann, T. (2005): Hat „Hans Dampf“ eine Willensschwäche? In: *Erziehungskunst* 69, H. 9, S. 962-966.
- Jantzen, W. (2001): Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen. Das Beispiel „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ (ADS). In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 52, H. 6, S. 222-231.
- Kerekjarto, A. (2001): Kinderrechte – auch für ADHS-Kinder. In: *Soziale Arbeit* 53, H. 6, S. 217-223.
- Knollmann, M./Berglez, A./Wild, E. (2004): ADHS in der Schule. Diagnostik, Therapie und Förderung. In: *Schulmagazin* 5 bis 10, 72, H. 11, S. 53-56.
- Kraker von Schwarzenfeld, B. (2005): Riech doch mal! Riechtherapie bei Kindern mit ADHS-Konstellation. In: *Erziehungskunst* 69, H. 11, S. 1195-1201.
- Krowatschek, D. (2002): Still sitzen? Klappe halten? Vom Umgang mit ADS-Kindern im Unterricht. In: *Lernchancen* 30, H. 5, S. 16-24.
- Lehmkuhl, G./Döpfner, M. (2006): Die Bedeutung multimodaler Therapieansätze bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: *Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther*, S. 118-133.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2006): Einführung. In: *Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther*, S. 9-49.
- Leuzinger-Bohleber, M./Brandl, Y./Hüther, G. (Hrsg.) (2006): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Liebrand, M. (2002a): ADS – nur ein medizinisches Problem? Unaufmerksame und unruhige Kinder fordern die Pädagogik heraus. In: *Lernchancen* 30, H. 5, S. 2-3.
- Liebrand, M. (2002b): Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität. Eine Analyse neurophysiologischer, neuropsychologischer und kulturhistorischer Forschungen aus pädagogisch-psychologischer Sicht. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 53, H. 6, S. 228-235.
- Liebrand, M. (2002c): Gemeinsam Motive entwickeln. Aufmerksamkeit aufbauen. In: *Lernchancen* 30, H. 5, S. 12-15.
- Pagel, R. (2003): Droht eine Psychiatrisierung der Pädagogik? Ein Beitrag zur Diskussion um die ADHS-Diagnose und die Verabreichung von Ritalin. In: *Pädagogik* 55, H. 2, S. 38-41.
- Pagel, R. (2005): Pillen statt Pädagogik? Diagnose ADHS verweist pädagogische Probleme in die Psychiatrie. In: *Theorie und Praxis der Sozialpädagogik*, H. 6, S. 36-41.
- Plomin, R. (2001): Genetic factors contributing to learning and language delays and disabilities. In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 10, H. 2, S. 259-277.
- Plomin, R./Walker, S. (2003): Genetics and educational psychology. In: *British Journal of Educational Psychology* 73, S. 3-14.
- Reinhard, M. (2002): 2 x 2 ist GRÜN. Wie Kinder und Jugendliche mit dem Symptombild AD(H)S in unserer Welt ihre Lösungen finden. In: *Lernchancen* 30, H. 5, S. 36-41.

- Riedesser, P. (2006): Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther, S. 111-117.
- Rothenberger, A./Resch, F. (2002): Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Stimulantien. Editorial. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30, H. 3, S. 159-161.
- Schmidt-Nemeth, M. (2002): Förderausschüsse für ADS-Kinder – Zum Stellenwert der Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ in der sonderpädagogischen Diagnostik. In: Die neue Sonderschule 47, H. 2, S. 113-123.
- Schubert, M. (2005): Ist dem Zappel-Philipp noch zu helfen? Zum pädagogischen Umgang mit hyperkinetischen Schülern. In: Erziehungskunst 69, H. 3, S. 275-280.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2005): Träumer – Zappelphilipp – Störenfried. ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen) in der Schule. In: Pädagogik 57, H. 1, S. 45-51.
- von Lüpke, H. (2002): AD(H)S: ist alles wirklich so klar? Zur Diskussion um die Medikamentenverschreibung. In: Pädagogik 54, H. 1, S. 43-46.
- Waldman, I.D./Rhee, S.H. (2002): Behavioural and molecular genetic studies. In: Sandberg, S. (Hrsg.): Hyperactivity and attention disorders of childhood. New York: Cambridge University Press, S. 290-335.
- Warnke, A. (2002): Aktueller Stand der Forschung – neurobiologische und psychosoziale Daten. In: Erziehung und Unterricht 152, H. 7-8, S. 1016-1018.
- Wegner, M. (2003): Entwicklungsgenetik. In: Herpertz-Dahlmann u.a.: Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart/New York: Schattauer, S. 14-20.
- Werning, R. (2002): Der Zappelphilipp in der Schule. Unaufmerksame und hyperaktive Schüler. In: Lernchancen 30, H.5, S. 4-11.
- Willenbring, M. (2002): Vater, Mutter, Zappelkind. Die Zusammenarbeit mit Eltern von hyperaktiven Kindern. In: Lernchancen 30, H. 5, S. 30-35.
- Winter, A. (2005): Hilfe durch ein Stück Tapete. Vom Umgang mit einem hyperaktiven Schüler. In: Fördermagazin, H.3, S. 25.
- Wittoch, M. (2005): ADHS: Was bedeutet das? In: Grundschule 37, H. 5, S. 14-18.
- Wulf, Ch. (2002): Die Wendung zur historisch-pädagogischen Anthropologie. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Beiheft 1/2002: Forschungsfelder der Allgemeinen Erziehungswissenschaft, S. 13-32.

Anschrift der Autorin:

Dr. Nicole Becker, Eberhard Karls Universität Tübingen, Institut für Erziehungswissenschaft, Abteilung Allgemeine Pädagogik, Münzgasse 22-30, 72070 Tübingen.
E-Mail: nicole.becker@uni-tuebingen.de