

Wir zitieren ausschnittweise aus einem ausgezeichneten und ausgewogenen Artikel von *Dieter Ellrott*, Fachdirektor beim Landesinstitut für Schule, Didaktik der Mathematik, Neurodidaktik, Förderdiagnostik in den *VDS-Mitteilungen 4/2001*,

ADS und Schule

Mit dem Aufsatz „ADS und Schule“ wird versucht, die Thematik „ADS / Ritalin“ zu hinterfragen und Bezüge zur „Schule“ als Raum institutionalisierten Lernens herzustellen. Erörterungen zum Für und Wider von Medikamenten werden oft erbittert und emotionalisiert geführt, das ist verständlich, aber wenig hilfreich.

Hyperkinetische Störungen

Von hyperkinetischer Störung betroffen sind 3% bis 5% aller Kinder; davon etwa 75% Jungen. Es handelt sich bei dieser Differentialdiagnose (Abgrenzung und Unterscheidung durch Gegenüberstellung mehrerer Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen) nicht um eine Entwicklungsstörung, die im Laufe der frühen Jugendzeit verschwindet; vielmehr werden bei Nichtbehandlung später soziale und psychiatrische Komplikationen deutlich. Bis zum 18. Lebensjahr nehmen einige Erscheinungen der hyperkinetischen Störung deutlich ab, aber sie dauern fort in dissozialem Verhalten. Der Symptomwandel scheint mit der Reifung des Dopaminsystems erklärt werden zu können.

Zu den vier Grundsymptomen der hyperkinetischen Störung gehören:

Unaufmerksamkeit / Desorganisiertheit:

Aktivitäten nicht selbst in die Hand nehmen oder zu Ende führen; Zeit nicht einteilen; schlecht unterordnen; Flüchtigkeitsfehler; unkonzentriert; wirken geistesabwesend.

Hyperaktivität (nicht obligat):

Motorisch unruhig; innerlich unruhig; unfähig zur Entspannung; Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, werden selten beibehalten.

Impulsivität:

Unüberlegte Handlungen; keine Konsequenzen einrechnen; Handlungen werden nicht kontrolliert; auf Kritik wird mit Wut reagiert.

Emotionale Instabilität:

Rasche Stimmungswechsel ohne besonderen Anlass; Zappelkinder sind für Eltern, Lehrer und Mitschüler eine Last; ihr Problem besteht vor allem in ihrer Unfähigkeit, sich auf eine Sache zu konzentrieren. Viele Symptome der Erkrankung sind darauf zurückzuführen. Nach dem Urteil von Lehrern sind bis zu 18% der Kinder in deutschen Grundschulen hyperkinetisch / aufmerksamkeitsgestört.

Das Verhalten dieser Kinder wird umschrieben mit „Hyperaktivität“, auch „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ und zeigt sich „durch Bewegungsunruhe, durch Bewegungsarmut, durch Koordinationsschwäche beim Bewegen, durch ungesteuerte Reaktionen in Wut und Freude, durch Wahrnehmungsstörungen, durch Ablenkbarkeit und Konzentrationsschwäche, durch zu rasche Ermüdbarkeit, durch verminderte Belastbarkeit“.

Zur Unterdrückung dieser Verhaltensauffälligkeiten wird immer häufiger das Medikament „Ritalin“ verordnet; Produktion und Konsum stiegen von 1988 bis 1997 von zwei Tonnen jährlich auf 14 Tonnen jährlich; Überdosierung des Medikaments liegt im Trend. Weil Ritalin unter die Betäubungsmittel-Verordnung fällt, sind Erziehungsberechtigte und Lehrerinnen, aber auch Mediziner verunsichert.

Grundschulalter	Jugendalter	Erwachsenenalter
Schulleistungsstörungen	Verminderung motorischer Unruhe	Verminderung motorischer Unruhe
Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht	Aufmerksamkeitsstörungen	Organisationsdefizit
Teilleistungsschwächen	aggressiv-dissoziales Verhalten	Aufmerksamkeitsstörungen
Ablehnung durch Gleichaltrige	Alkohol-, Drogenmissbrauch	dissoziales Verhal. (20-45%)
Umschulungen und Klassenwiederholungen	emotionale Auffälligkeiten	antisoziale Persönlichkeit (25%)
emotionale Auffälligkeiten	geringeres Bildungsniveau	Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit
oppositionell-aggressives Verhalten (30-50%)		geringer Beschäftigungsstatus

Komplikationen (ungünstige Beeinflussungen) der hyperkinetischen Störung (nach Döpfner et al., 1997)

Welche Ursachen liegen dem Verhalten von angenommenen 18% der Kinder in deutschen Grundschulen zugrunde?

1. Bei einem Teil der Kinder mit oben beschriebenem Verhalten wird eine angeborene Hirn-Stoffwechselstörung angenommen. Man vermutet einen **Dopamin**-Mangel (zu schneller Abbau oder zu geringe Produktion), d. h. die Weiterleitung und Verarbeitung von Informationen ist gestört.

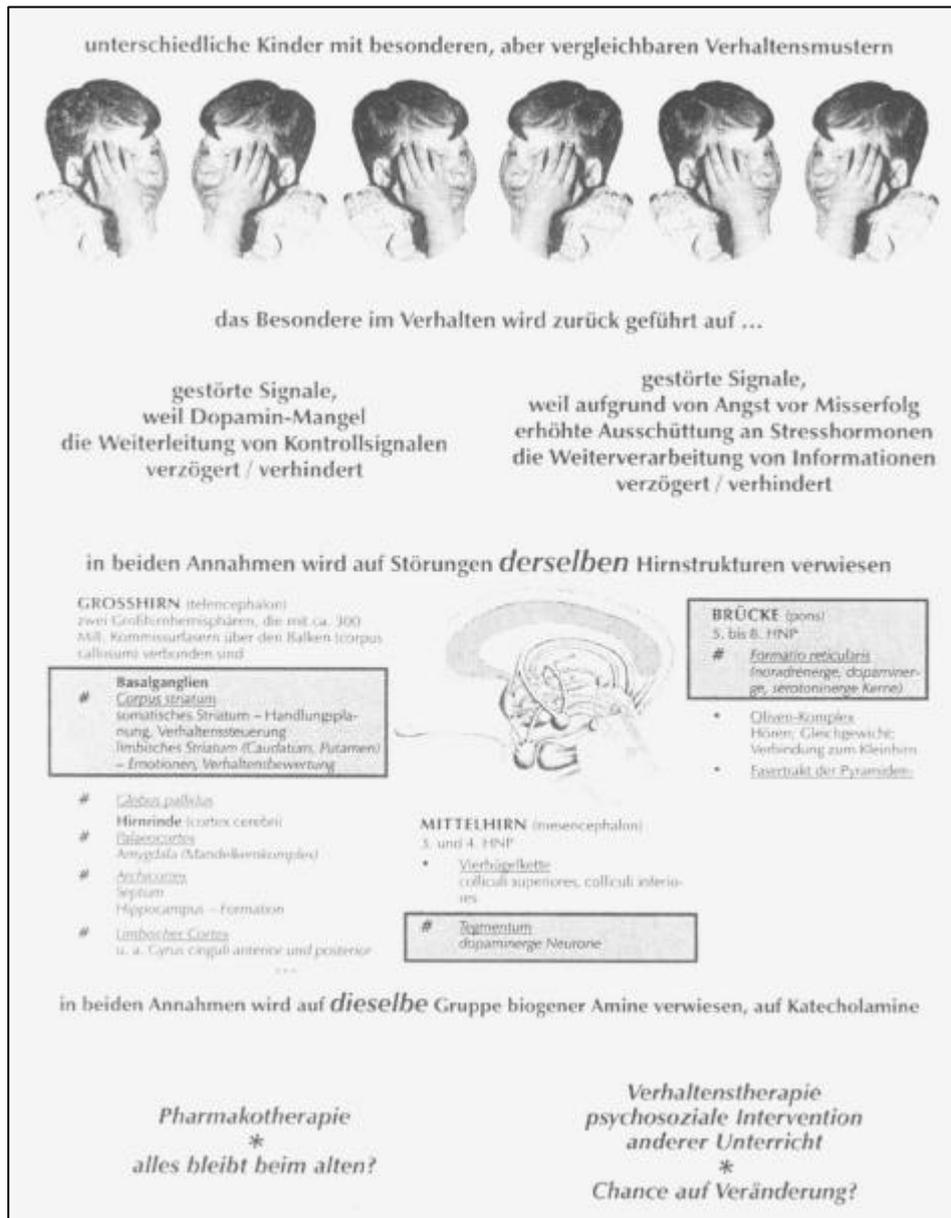
Andere drücken diese Hirn-Stoffwechsektörung auch als eine Fehlsteuerung längs der **Katecholamin-Serotonin-Achse** aus.

Dopamin ist ein **Neurotransmitter**. Mit Medikamenten wird versucht, das Dopamin-Defizit auszugleichen. Wirkstoff eines dieser Medikamente ist Methylphenidat-Hydrochlorid. Methylphenidat ist ein Psycho-Heilmittel (Psychopharmakon) und wirkt stimulierend auf das Zentral-Nerven-System; nachweisbar sind die Wirkungen vor allem im „corpus striatum“, in der „formatio reticularis“ und im „tegmentum“, also insgesamt in Teilen des **Limbischen Systems**. Psychopharmaka werden therapeutisch zur Beeinflussung gestörter psychischer Funktionen eingesetzt, d. h. zur Änderung von Verhalten, Erleben und Befinden.

2. In der überwiegenden Zahl der Fälle liegt bei gleichem Verhalten aber kein Dopamin-Mangel zugrunde.

Alle biologischen Erklärungsansätze bleiben bisher unbefriedigend. Die Wichtigkeit der psychosozialen Bedingungen für das heranwachsende Kind wurde entsprechend betont. Die Frage, ob sich die sozialen Entwicklungsdefizite unter einer Ritalintherapie aufholen lassen, lässt sich dementsprechend nur in Abhängigkeit von den während der Medikation angebotenen erzieherischen Inhalten beantworten. Nur ein beschränkter Teil jener Kinder, die durch Konzentrationsmängel auffallen, sind der Diagnosegruppe ‚hyperkinetisches Syndrom‘ zuzuordnen!

„Corpus striatum“, „formatio reticularis“ und „tegmentum“ des Limbischen Systems, die auf die Einnahme von Methylphenidat reagieren, können aber auch durch andere Einflüsse erregt werden. Genau dieselben Bereiche signalisieren beispielsweise „Störungen“, wenn Kinder spüren, dass sie bestimmten Anforderungen nicht nachkommen können. Ihr Limbisches System will sie schützen und schränkt die Informationsweiterleitung und -verarbeitung im Gehirn durch Ausschüttung bestimmter Neurotransmitter ein; die Kinder „blockieren“, eigentlich: sie werden blockiert vom Limbischen System. Treten solche Ereignisse gehäuft auf, können sich nachhaltig Verhaltensweisen entwickeln, die im Spektrum von Aggressivität bis Suizid liegen.



An dem Verhalten eines Menschen sind verschiedene Faktoren beteiligt:

Die **Lernanlagen** eines Kindes, sein **Selbstbild**, das **psycho-soziale Umfeld** und die **Schule**. In jedem einzelnen der vier Bereiche können Ursachen für Lern- und Verhaltensschwierigkeiten liegen, aber auch im Zusammenwirken der einzelnen Bereiche als System.

Lernanlagen können Ursachen für Schwierigkeiten werden, wenn sie nicht erkannt, wenn sie ignoriert, wenn sie nicht respektiert werden.

Das **Selbstbild** kann Ursache für Schwierigkeiten werden, wenn Lernanlagen als unnormal bzw. hinderlich empfunden werden, wenn Anpassung über Selbstständigkeit dominiert, wenn Selbsteinschätzung nicht mit den eigenen Möglichkeiten übereinstimmt.

Die **Schule** kann Ursache für Schwierigkeiten werden, wenn ihr Ziel nicht darin besteht, jeden Einzelnen in seiner Entwicklung zu fördern und wenn starre Vorgaben individuelle Entwicklungsmöglichkeiten erschweren; wenn Lernrückstände als Lernschwächen ausgelegt werden, wenn Misserfolge nicht aufgearbeitet werden (gelernte Misserfolge wiegen schwer), wenn Ursachen dort vermutet werden, wo Defizite sichtbar sind.

Das **Umfeld**, die nähere und weitere Umgebung, in der Kinder aufwachsen und sich entwickeln, kann Ursache für Schwierigkeiten werden, wenn dem Kind nicht seine Grenzen aufgezeigt wurden, wenn Kinder nicht angeregt werden, sich mit ihrem Umfeld auseinander zu setzen bzw. das vorschulische Angebot anregungsarm und wenig kreativ war, wenn Instabilität im Umfeld den Kindern keinen außerschulischen Halt gibt, wenn mangelndes Vertrauen in das Kind dessen Verunsicherung erhöht, wenn schulische Leistungen wichtiger genommen werden als menschliche Werthaltungen. Es ist auch nicht selten, dass Eltern sich vor ihren Kindern ganz klein machen, während diese hilflos in ihrer Maßlosigkeit über das Ziel hinausschießen.

Trotz äußerlich gleichen Verhaltens können die Ursachen für eben dieses Verhalten ganz unterschiedlicher Natur sein und demgemäß müssen sich auch die erforderlichen Maßnahmen unterscheiden.

Die Bewertung eines Verhaltens, also inwiefern Reaktionen auf Reize angemessen sind oder nicht, geschieht in erster Linie von außen. Wer was wie störend empfindet ist unterschiedlich, wer was in welcher Form duldet ist unterschiedlich, wer einem bestimmten Verhalten wie konsequent oder inkonsequent begegnet ist unterschiedlich. Wie unterschiedlich muss dann erst die Palette der Maßnahmen sein?

Medikamentöse Behandlung mit Ritalin

Selbstverständlich darf bei einer eindeutig festgestellten Krankheit das helfende Medikament nicht vorenthalten werden. Aber der Nachweis eines (angeborenen) Dopamin-Mangels ist aufwendig und nicht in jedem Einzelfall anwendbar.

Die Dopaminhypothese könnte erhärtet werden durch eine Untersuchung des D-4 Dopamin-Rezeptor-Gens und durch eine Untersuchung vom Allel (480-bp) des Dopamin-Transporter-Gens. (Allel-Ausprägungen eines Gens, die auf homologen Chromosomen am gleichen Genort lokalisiert sind)

Meistens wird von bestimmten Verhaltensmerkmalen mehr oder weniger sorgfältig auf eine Diagnose (nicht unbedingt auf die Ursache) geschlossen, ein Umkehrschluss, der mit einem großen Fehldeutungsrisiko behaftet ist.

Es ist erforderlich, hohe Anforderungen an die Diagnostik und die Verantwortung von Medizinern zu richten, die den Einsatz von Medikamenten empfehlen.

Die Indikation für eine medikamentöse Behandlung sollte streng auf das hyperkinetische Syndrom beschränkt sein. Aggressive Verhaltensweisen, die den Störungen des Sozialverhaltens zuzuordnen sind, stellen ebensowenig eine Indikation für den Einsatz von Methylphenidat (Ritalin) dar wie emotionale Störungen aufgrund von Überforderungen in der Familie oder der Schule, bei denen fast regel-

haft , Konzentrationsprobleme der Kinder auftreten.

Wird eine Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) in Betracht gezogen, so sollte der behandelnde Arzt abwägen, in welchem Ausmaß dem Kind durch die Medikation Ressourcen zugänglich gemacht werden, oder ob einer schon vorliegenden Überforderungssituation des Kindes noch weiter Vorschub geleistet wird. Im zweiten Fall ist eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) abzulehnen.

Die Anwendung des in Österreich neu zugelassenen Medikaments RITALIN im Indikationsbereich ‚hyperkinetisches Syndrom‘ erfordert ein besonders hohes Maß an fachlicher Kompetenz und Augenmerk insbesondere in der Differentialdiagnostik. Nur ein beschränkter Teil jener Kinder, die durch Konzentrationsmängel auffallen, sind der Diagnosegruppe ‚hyperkinetisches Syndrom‘ zuzuordnen! In diesem Sinne ist - auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Ländern - einem unkritischen Einsatz des Präparates vorzubeugen.

Empfohlene Vorgehensweise:

1) Diagnose / Indikation:

Die Indikationsstellung soll an einer Abteilung / Station für KJNP - nach Möglichkeit im Rahmen einer stationären Aufnahme - erfolgen.

Grundlage von Diagnose/Indikation sind die fachspezifischen (ärztlichen, psychologischen etc.) Standardverfahren der KJNP unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Aufmerksamkeit. Psychosozialen Aspekten, die zu einer Störung der Aufmerksamkeitsentwicklung führen können, ist besondere Beachtung zu schenken.

Themenspezifische diagnostische Verfahren sollen die Standarddiagnostik ergänzen.

2) Therapeutische Strategie:

Bei entsprechender Diagnose einer ADHD und Indikationsstellung zur medikamentösen Therapie mit RITALIN ist - parallel zur pharmakologischen Behandlung - ein adäquates Setting der psychosozialen Betreuung vorzusehen.

Zur Zeit kann man davon ausgehen, dass nur ein Bruchteil von Ritalin-Kindern, weniger als 1%, sorgfältig betreut und überwacht werden.

3) Verlaufsbeobachtung:

Bei ambulanten Kontrolluntersuchungen im 4 - Wochen - Intervall sollen überprüft werden:

Durchführung der medikamentösen Behandlung und der psychosozialen Betreuung (Compliance); klinische Beurteilung der Wirkung und etwaigen Nebenwirkungen der Behandlung.

Nach 4-6 Monaten soll eine Überprüfung der Indikation im Rahmen einer Wiederholung der Eingangsdagnostik erfolgen.

„Die Sicherung der Diagnose ‚Hyperkinetisches Syndrom‘ sollte ausschließlich auf internationale Klassifikationen wie dem DSM-IV (APA, 1994) oder dem ICD-10 (WHO, 1992) basieren. Symptomorientiert unterscheidet das DSM-IV zwischen Störungen der Aufmerksamkeit und Störungen der Impulsivität-Hyperaktivität. Nach den ICD-10 Forschungskriterien müssen beispielsweise die drei Kernsymptome - Störung der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle sowie motorisch unruhiges Verhalten - in mindestens zwei der drei Settings (Schule, zu Hause, in der Untersuchung) in deutlicher Ausprägung über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorhanden sein. Der Beginn der Stö-

ung muss definitionsgemäß vor dem 7. Lebensjahr liegen. Neuere Studien empfehlen, das auf das 7. Lebensjahr festgelegte Alterskriterium nicht mehr streng anzuwenden.

Die Diagnose nach den genannten Klassifikationsschemata sollte durch einen Kinder- und Jugendpsychiater gestellt und nach Möglichkeit durch standardisierte und normierte Fragebogenverfahren ergänzt werden. Die systematische Analyse des Eltern- wie auch des Lehrerurteils (Conners' Teacher Rating Scale, Conners Parent Rating Scale, Conners, 1989), eventuell ergänzt durch die Beobachtungen anderer Bezugspersonen, ist bei der Diagnosestellung unabdingbar.

Zur Einschätzung eines breiteren Symptombereichs bietet sich ergänzend eine Kombination der Fragebögen Child Behavior Checklist und Teacher Report Form (TRF) an. „Diagnosen“, die aufgrund einzelner psychologischer Tests oder des EEG auch unter Einbeziehung von evozierten Potentialen gestellt werden, sind nicht gerechtfertigt. Für sie liegen keine hinreichend spezifischen und sensitiven Forschungsergebnisse vor.

Hochdosierungen sind abzulehnen. Leider mußten wir in Berlin bei einigen Ärzten eine Tendenz zur sogenannten „Hochdosierung“ von bis zu 3 mg/kg-Körpergewicht feststellen. Eine solche Behandlung lässt sich nach dem gegenwärtigen Forschungsstand nicht rechtfertigen.

Kurze Medikationspausen, zum Beispiel für die Wochenenden, erscheinen wegen möglicher Rebound-Effekte und der damit in Zusammenhang stehenden lerntheoretischen Verknüpfung der „Pille als Problemlösung“ nicht sinnvoll. Längere Pausen, wie etwas anlässlich eines Urlaubs, können in das Behandlungsprogramm einbezogen werden.

Von zentraler Bedeutung ist die zuverlässige Mitarbeit der Bezugspersonen. Unregelmäßigkeiten im schriftlich festgelegten Behandlungsschema müssen in der begleitenden Elternarbeit zur Sprache gebracht werden. Gegebenenfalls ist eine Beendigung der Behandlung in Betracht zu ziehen. Strikt abzulehnen ist der „freie“, dem aktuellen Verhalten des Kindes durch die Eltern angepasste Gebrauch von Methylphenidat (Ritalin).

Vor Einleitung einer Methylphenidat-Medikation sollte eine Kontrolle des Differential-Blutbildes, der Elektrolyte, der Nieren sowie der Schilddrüsenwerte (T3, T4, TbH) erfolgen. Neuere Arbeiten haben einen möglichen Zusammenhang zwischen einer teilweisen Rezeptor-Unempfindlichkeit für Schilddrüsenhormone und dem Hyperkinetischen Syndrom gefunden.

Hinsichtlich der von den Eltern häufig befürchteten Suchtgefahr nach Methylphenidat-Medikation erlaubt der gegenwärtige Forschungsstand keine sichere Aussage. Für eine Erhöhung des Suchtrisikos durch Methylphenidat finden sich jedoch derzeit keine Hinweise.

Fragebogen für hyperkinetisches Verhalten bei Kindern (nach Conners, 1975)

Aktivitätsgrad (0 = gar nicht, 1 = manchmal, 2 = oft, 3 = meistens)

- | | |
|--|-----|
| 1. ruhelos und überaktiv | () |
| 2. erregbar und impulsiv | () |
| 3. stört andere Kinder | () |
| 4. bringt angefangene Aktivitäten nicht zu Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne | () |
| 5. immer in Bewegung | () |
| 6. unaufmerksam und unruhig | () |
| 7. geringe Frustrationstoleranz | () |

- | | |
|--|----|
| 8. weint oft und leicht | () |
| 9. Stimmung wechselt schnell und heftig | () |
| 10. Wutausbrüche, unvorhersagbares Verhalten | () |

..... und was könnte passieren, wenn

die Vorgaben nicht in vollem Umfang erbracht wurden? Was passiert, wenn die Medikation verordnet wurde und angewendet wird, obwohl keine krankhafte Ursache vorliegt?

- ? Um eine hyperkinetische Störung zu diagnostizieren, müssen Informationen aus mindestens zwei Lebensbereichen eingeholt werden (aus der Schule, vom Kindergarten oder von den Eltern).
- ? Liegen einem bestimmten Verhalten keine krankhaft bedingten hyperkinetischen Störungen zugrunde, könnte eine medikamentöse Behandlung zu einer unangemessenen Therapie führen oder es könnte der Lerneffekt eintreten, dass Medikamente bevorstehende Belastungen verkleinern. Es würde die Chance vergeben, bisher negativ bewertetes Verhalten zu verändern.

Aus welchen Lebensbereichen wurden Informationen eingeholt?

- ? Aggressive Verhaltensweisen, die den Störungen des Sozialverhaltens zuzuordnen sind, stellen ebensowenig eine Indikation für den Einsatz von Ritalin dar wie emotionale Störungen aufgrund von Überforderungen in der Familie oder der Schule, bei denen fast regelhaft „Konzentrationsprobleme“ der Kinder auftreten. ... Wenn das Kind sich bereits in einer Überforderungssituation befindet, kann durch eine Behandlung mit Ritalin der Überforderung weiter Vorschub geleistet werden. In diesem Fall ist eine medikamentöse Behandlung mit Ritalin abzulehnen.

Wurde die Situation des Kindes ausreichend gründlich kinderpsychiatrisch und körperlich untersucht?

- ? Störungen des dopaminergen Systems: Bei einem Dopamin-Mangel kann es ... zu hyperkinetischen Symptomen kommen, bei einem Dopamin-Überschuss hingegen zu psychotischen Symptomen.

Der Einsatz von Ritalin ist nur dann gerechtfertigt, wenn das Hirn unterstimuliert ist, sonst sind Überreizungen möglich, die bis zum Zusammenbruch führen können.

Wurde ein Dopamin-Mangel festgestellt?

- ? Wird bei einer latenten Schilddrüsenüberfunktion mit Methylphenidat behandelt, läuft der Arzt Gefahr, das hyperkinetische Verhalten zu verstärken und dem Kind zu schaden.

Wurden die Schilddrüsenparameter bestimmt?

- ? Da Methylphenidat die Krampfschwelle herabsetzen kann, sollte vor Beginn der Medikation ein Elektroencephalogramm (EEG) durchgeführt werden.

Wurde die Ableitung eines EEG durchgeführt?

Padagogische und psychosoziale Maßnahmen - Was können Lehrerinnen tun?

Die Behandlung von sogenannten Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen erfolgt auf verschiedenen Ebenen: Verhaltenstherapie, psychosoziale Intervention und Pharmakotherapie.

Einen Weg ohne Medikamente gehen Marburger Schulpsychologen. Sie entwickelten ein Konzentrationstraining, das vor allem Kindern Spaß machen soll und sich besonders für die schnell und flüchtig (impulsiv) arbeitenden Kinder eignet. Die regionale Schulberatungsstelle der Stadt Mülheim an der Ruhr gibt Vorschläge im Umgang mit auditiv wahrnehmungsschwachen Kindern heraus. Es geht also nicht direkt um ADS-Kinder; aber was LehrerInnen hier vorgeschlagen wird, ist durchaus beachtenswert, falls es nicht schon zu ihrem Standardrepertoire gehört.

„Wer nicht erzieht macht auch nichts falsch. Oder?“ Dieser Aufsatz beschreibt kritisch und ohne Schonung Erziehung von Kindern in der derzeitigen gesellschaftlichen Situation. Er könnte missverstanden werden als Schuldzuweisung an die Eltern und damit z. T. als Freibrief für Lehrerinnen.

Ein nicht unerheblicher Teil der sogenannten ADS-Kinder wird erst nach Eintritt in das Schulleben verhaltensauffällig. Ist dafür die „Schule“ verantwortlich, d. h. Schulprofile, pädagogische Leitlinien, curriculare Vorgaben und Akzentuierungen, Einstellung von LehrerInnen zu Erziehung und Unterricht, Organisations- und Aneignungsformen, ... ?

Die Schule kann Ursache für Schwierigkeiten werden, wenn ihr Ziel nicht darin besteht, jeden Einzelnen in seiner Entwicklung zu fördern und wenn starre Vorgaben individuelle Entwicklungsmöglichkeiten erschweren; wenn Lernrückstände als Lernschwächen ausgelegt werden, wenn Misserfolge nicht aufgearbeitet werden (gelernte Misserfolge wiegen schwer), wenn Ursachen dort vermutet werden, wo Defizite sichtbar sind.

Es ist nicht leicht Kinder zu unterrichten, die bis zum Schuleintritt bestimmte gesellschaftliche Spielregeln noch nicht (kennen) gelernt haben, aber Unterricht hat sich (auch) an den Möglichkeiten der Kinder zu orientieren und nicht (nur) umgekehrt!

Der Forderung nach immer mehr Förderung wird man nicht nur durch Bereitstellung von mehr Förderstunden gerecht. Nachsorgende Förderung muss sich an den Ursachen orientieren, die zum Förderbedarf führten; nachsorgende Förderung ist aufwendig und nicht immer effektiv. Präventive Fördermaßnahmen sind vor allem unter emotionalen Gesichtspunkten wirkungsvoller. Anders akzentuierter Unterricht ist Unterricht auf der Grundlage von vorbeugender Misserfolgsreduzierung. Fördermaßnahmen für einige sind Differenzierungsangebote für alle. Differenzieren bedeutet, die Individualität zu respektieren und nicht, angenommene Schwierigkeiten zu sezieren.

Kinder lernen unterschiedlich, das ist neurologisch bedingt und nachgewiesen. Neurologische Anlagen können auch nicht von amtlichen Vorgaben oder individuellen Überzeugungen Außenstehender gebeugt werden. Geschieht dies dennoch „signalisieren Bereiche des Limbischen Systems beispielsweise ‚Störungen‘, wenn Kinder spüren, dass sie bestimmten Anforderungen nicht nachkommen können. Ihr Limbisches System will sie schützen und schränkt die Informationsweiterleitung und -verarbeitung im Gehirn ein durch Ausschüttung bestimmter Neurotransmitter; die Kinder ‚blockieren‘, eigentlich: sie werden blockiert vom Limbischen System.

Schule und Umfeld müssen informiert sein über unterschiedliche Lernanlagen. Die Schule muss unterschiedliche Lernanlagen respektieren: Individuelle Leistungen sollen anerkannt und nicht als unerwünscht (weil so nicht vorgesehen) entwertet werden. Lernangebote und ihre Bearbeitung müssen auf unterschiedliche Lernanlagen ausgerichtet sein.

Vorzeitige Normierung und Nacharbeiten einer Buchvorgabe scheint Sicherheit zu geben. Aber diese Sicherheit ist trügerisch, weil es keine Alternativen gibt. Verunsicherung kommt in erster Linie nicht daher, dass Möglichkeiten unterschieden werden müssen, sondern daher dass man sich nicht sicher ist, ob man die Erwartungen anderer erfüllt - Misserfolge verunsichern.

Schule und Gesellschaft müssen die individuelle Entwicklung des Einzelnen fördern und nicht Anpassung als Hauptziel wählen. Anpassung ist nicht konstruktiv, weil sie nicht auf die Erweiterung des

Bestehenden ausgerichtet ist. Gleichschrittigkeit und Zeitdruck tragen nicht zur Entfaltung individueller Kräfte bei.

Fördernder Unterricht berücksichtigt neben der Leistungs-Differenzierung auch die Aneignungs-Differenzierung. Fördernder Unterricht vermeidet verfrühte Formalisierung und setzt an die Stelle von programmiertem Wissenstransport Erfahrungslernen, das an Personen gebunden ist. Fördernder Unterricht greift die Vielfalt der Realität auf und erweitert so den Schonraum Schule. Fördernder Unterricht muss auch ohne Ritalin anregend und aufregend sein, oder anders ausgedrückt muss fördernder Unterricht Situationen schaffen, dass sich auch ADS-Kinder gerne in Konzentration vertiefen.

LehrerInnen brauchen auch Hilfe, z. B. Aufmerksamkeitstraining für ADS-Kinder im Rahmen des Unterrichts oder andere Anregungen und Unterstützungen zur Durchführung erfolgreichen Unterrichts trotz ungünstiger Voraussetzungen. LehrerInnen brauchen die Unterstützung von Eltern und Schulbehörden.

Dürfen LehrerInnen zur Überwachung oder Durchführung einer Medikament-Verabreichung herangezogen werden, die sie glauben nicht verantworten zu können? Müssen LehrerInnen die Verordnung und Einnahme des Medikamentes respektieren? In welcher Form?

Der Wunsch „Mein Kind soll aber doch auch in der Schule mitkommen!“ ist berechtigt, aber man kann diesen Wunsch nicht ohne weiteres über eine medikamentöse Regelung erfüllen. Einerseits soll ein Medikament die Kinder befähigen, aufmerksamer am Unterricht teilzunehmen, aber andererseits bleibt die Frage unbeantwortet: „Wie bzw. was lernen Kinder, die medikamentös eingestellt werden?“

Allein aus neurologischer Sicht gibt es zwei Erklärungsmuster für Verhaltensformen mit hyperkinetischen Merkmalen: Einmal werden die Störungen auf einen angenommenen Dopamin-Mangel zurückgeführt bzw. als Fehlsteuerung längs der Katecholamin-Serotonin-Achse ausgewiesen, ein anderes Mal werden die Störungen durch Überschuss an Adrenalin und Noradrenalin begründet. Beide Hypothesen liegen dicht beieinander, denn Dopamin, Adrenalin und Noradrenalin gehören derselben Gruppe **biogener Amine** an, nämlich den **Katecholaminen**. Beide Hypothesen sind plausibel und im Grunde möglich, aber jede von ihnen führt zu einer anderen Ursache und damit zu anderen Stützmaßnahmen. Wenn also beide Hypothesen möglich sind, muss ausgelotet werden, welche Stützmaßnahmen für welchen Betroffenen angemessen sind.

Eine weitere Hypothese scheint auf den ersten Blick von weit hergeholt zu sein, erweitert aber das Spektrum von Überlegungen (Thom Hartmann, New England Salem Children's Village). Die ehemals notwendigen Anlagen des „Jägers und Sammlers“, der ständig auf der Hut sein musste, waren: rastlos wandernde Wahrnehmung, rasche Reaktionen ohne lange Überlegungen und keine Scheu vor Risiken. Bei einigen Menschen, so Thom Hartmann, scheinen diese Anlagen dominant geblieben zu sein und haben sich nicht angepasst. Den „Farmer“ von heute zeichnen Eigenschaften aus wie Anpassung, Geduld und Beständigkeit. Diese Hypothese zeichnet ein positives Bild des hyperkinetischen Syndroms. Was heute stört, war einmal überlebensnotwendig. Wie kann man mit diesen Anlagen umgehen, wie sie sinnvoll in das heutige Leben einbinden?

Man muss kein Ritalin-Gegner sein, um nicht als Ritalin-Befürworter zu gelten. Alternative Sichtweisen helfen nicht weiter bei der Suche nach Lösungen. Gefahr droht nicht allein von Ritalin oder einem anderen Medikament; Gefahren drohen auch von unsorgfältigen Diagnosen und von unzureichenden Begleitmaßnahmen. Je mehr der Streit um das Medikament in den Vordergrund rückt, desto weiter rücken Überlegungen in den Hintergrund zu Veränderungen in Erziehung, Gesellschaft und Schule. Gefahren drohen von eingengter Ursachen-Suche und mangelnder Bereitschaft zu ursachenorientierter Veränderung. Die Suche nach Veränderungen und die Erprobung von Veränderungen brauchen Unterstützung; hierfür sind die Kräfte zu bündeln und hierfür sollte zumindest für einen begrenzten Zeitraum der fruchtlose Wertestreit für oder gegen ein Medikament zurücktreten.

Die Diagnose „ADS“ (mit oder ohne nachfolgende medikamentöse Behandlung) beruht häufiger auf einer Einschätzung bzw. Bewertung von geschildertem Verhalten als auf einer umfassenden medizinischen Untersuchung. Die Einstufung eines Verhaltens als hyperaktiv geschieht häufig von eben denen, die mit diesem Verhalten konfrontiert werden bzw. die diesem Verhalten nicht gewachsen sind. Der einfache Rückgriff auf eine Medikamentierung ohne nachgewiesenen Krankheitsbefund führt zu einer ständig anwachsenden Zahl medikamentenabhängiger Kinder, weil die eigentlichen Ursachen nicht gesucht werden oder unbeachtet bleiben. Ein ADS-Kind ist vorrangig kein medizinisches Problem, sondern ein gesellschaftliches.

Jedem Kind seine Chance, seine persönliche gut abgewogene Fürsorge.

Kriterien für die medikamentöse Behandlung von sogenannten „ADS-Kindern“

In der Grafik sind sechs Kriterien aufgeführt, die bei alternativer Bewertung zu 64 Fallunterscheidungen führen. Nach strengen Maßstäben dürfte nur in einem Fall, nämlich dem äußersten rechten Baumverlauf entsprechend, ein Medikament wie Ritalin verordnet werden. Also müsste gewährleistet sein,

- dass der Dopamin-Haushalt nachweislich gestört ist,**
- dass eine unterstützende Therapie durchgeführt wird,**
- dass die Verträglichkeit des Medikaments positiv abgeklärt ist,**
- dass die Diagnose nach Abklärung mehrerer Krankheitsbilder erhoben wurde,**
- dass die Auffälligkeiten in mehreren Umgebungen auftreten,**
- dass die Auffälligkeiten schon vor Schuleintritt signifikant waren.**

