

WERNER H. HONAL | DORIS GRAF | DR. FRANZ KNOLL (HG.)

HANDBUCH DER SCHULBERATUNG

Standardwerk für Beratungslehrer(innen) und Schulpsycholog(innen)
aller Schularten

Thema: Lern- und Leistungsprobleme

Titel: AD(H)S: Definition, Diagnostik, Auftretenshäufigkeit,
Komorbiditäten, ... (87 S.)

Produktinweis

Der vorliegende Beitrag ist Teil des Standardwerkes »**Handbuch der Schulberatung**«
der Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG*.

* Ausgaben bis 2015 erschienen bei OLZOG Verlag GmbH, München

Dieses Praxishandbuch richtet sich an Beratungslehrer / Beratungslehrerinnen aller
Schularten. Es liefert Antworten auf alle Fragen der Beratungstätigkeit und beinhaltet
den aktuellen Stand einschlägiger **Erkenntnisse aus der Schulpsychologie und
Schulpädagogik**,

- aus dem **Bereich sozialer Hilfen**,
- der **Beratungsmethoden**
- und der **Beratungsmittel**.

Umfassende und verständliche Beiträge, fundierte **Analyseschemen, Entscheidungshilfen**
und anwendungsorientierte **Lösungsvorschläge** unterstützen Sie in Konflikt- und
Beratungssituationen. In der Praxis bewährte und **komplett ausgearbeitete**
Anleitungen und Konzepte helfen Ihnen bei der Umsetzung.In **eDidact** finden Sie alle Beiträge zu den Beratungsfeldern **Lernprobleme und
Leistungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten, Krankheit und Behinderung, Beratung
von Lehrern und Schule** sowie zur Organisation der Beratung. Nützliche Formulare und
Vorlagen (z.B. für Elternbriefe) erleichtern Ihnen den Beratungsalltag.

(Diesen) Beitrag als Download bestellen

- ▶ Klicken Sie auf die Schaltfläche **Dokument bestellen** am oberen Seitenrand.
- ▶ Alternativ finden Sie eine Volltextsuche unter www.eDidact.de/hds.

Nutzungsbedingungen

Die Materialien dürfen nur persönlich für Ihre eigenen Zwecke genutzt und nicht an
Dritte weitergegeben bzw. Dritten zugänglich gemacht werden. Sie sind berechtigt, für
Ihren eigenen Bedarf Fotokopien zu ziehen bzw. Ausdrücke zu erstellen. Jede
gewerbliche Weitergabe oder Veröffentlichung der Materialien – auch auszugsweise –
ist unzulässig. Die vollständigen Nutzungsbedingungen finden Sie [hier](#).**Haben Sie noch Fragen? Gerne hilft Ihnen unser Kundenservice weiter:**[Kontaktformular](#) | ✉ Mail: service@eDidact.de✉ Post: Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Straße 5 | 95326 Kulmbach

☎ Tel.: +49 (0)9221 / 949-204 | 📠 Fax: +49 (0)9221 / 949-377

www.eDidact.de | www.mgo-fachverlage.de

5.2.2 AD(H)S – Definition, Diagnostik, Auftretenshäufigkeit, Komorbiditäten, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten

Alexander Geist

Inhaltsverzeichnis

1. **Vorwort**
2. **Definition und Diagnostik von AD(H)S**
 - 2.1 Definition gemäß klinischen Klassifikationssystemen
 - 2.2 Konkrete Diagnostik
 - 2.3 Das »Erdinger Modell« der kooperativen Diagnostik bei Kindern mit AD(H)S-Verdacht
3. **Epidemiologische Daten zur Auftretenshäufigkeit**
4. **Komorbiditäten**
5. **Ursachen, Wechselwirkungen und Langzeitfolgen**
 - 5.1 Ursachen auf erster Ebene: neurobiologische Funktionsstörungen
 - 5.2 Ursachen auf zweiter Ebene: mögliche Gründe für die Funktionsstörungen
 - 5.3 Prozessual-systemischer Aspekt: Interaktionseffekte und Teufelskreisläufe als Basis einer fortlaufenden Verschärfung der Problematik
 - 5.4 AD(H)S ist ja kein Beinbruch? – AD(H)S als schweres Entwicklungsrisiko

5.2.2 AD(H)S

6. Intervention

- 6.1 Zentrale Rolle der schulischen Beratungsfachkräfte bei einer gelingenden Intervention
- 6.2 Überblick über die Interventionsansätze
- 6.3 Medikamentöse Behandlung
- 6.4 Interventionsmöglichkeiten in der Schule

7. Warum nur dieser Streit? Anmerkungen zur öffentlichen Diskussion um AD(H)S**8. Literatur**

Der Artikel informiert über die Definition von AD(H)S als Entwicklungsstörung nach ICD-10 bzw. DSM-IV, beschreibt die Ansprüche an eine professionelle Diagnostik, aber auch dabei auftretende Probleme und wendet sich dann den Befunden zur Auftretenshäufigkeit und komorbiden Störungen zu. Erörtert werden weiterhin die nach jetzigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand geltenden bzw. diskutierten Hypothesen über Ursachen. Den größten Teil des Artikels nehmen Ausführungen über Interventionsmöglichkeiten ein, sowohl im psychotherapeutischen und medizinischen Kontext als auch und vor allem in Bezug auf Schule und die (wichtige) Rolle der schulischen Beratungsfachkräfte.

1. Vorwort

Kaum ein Störungsbild ist gesellschaftlich so umstritten wie das AD(H)S, und in der öffentlichen Diskussion mischen sich Wahrheiten, Halbwahrheiten und Polemik in einer schier unglaublichen Weise. Zugleich leiden Lehrkräfte enorm unter Kindern mit Problemen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität – genauso wie die Kinder selber oder ihre Eltern. Ob die Kinder bereits das klinische Bild des AD(H)S erfüllen oder nicht, ist dabei sekundär – es gibt hier kein Entweder-oder, sondern eine große Übergangszone zwischen konzentriertem und extrem unkonzentriertem Verhalten.

Der Autor beschäftigt sich mit dem Thema seit ca. 2000, als ihm die ersten bereits diagnostizierten Fälle von AD(H)S begegneten. Daraus entstand im Laufe der Jahre ein Schwerpunkt der Arbeit an seiner Schule, einem Gymnasium im Umfeld von München. Die Unterstützung der Kinder umfasst dabei sowohl umfassende Beiträge zur psychologischen Diagnostik und eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten als auch die Organisation und teilweise auch Durchführung von Konzentrationstrainingskursen sowie eine umfassende individuelle Beratung der Kinder, ihrer Eltern und Lehrer. Dass die Begegnung mit diesen Kindern (die Erfahrung bezieht sich inzwischen auf einige hundert, und aktuell dürften ca. 40 diagnostizierte AD(H)S-Kinder die Schule besuchen) dem Autor auch zu der Erkenntnis verhalf, dass er selbst Betroffener ist, sei nebenbei erwähnt – auch deshalb, weil erst diese Erkenntnis (und die fachärztliche Bestätigung) für ihn eine runde Erklärung für Probleme lieferte, die ihn lebenslang begleiteten. Das offene Outing als AD(H)Sler (der Autor sagt es ebenso betroffenen Schülern auch in der Beratung) sei ein Beitrag zur Entstigmatisierung und Entmythisierung dieses umstrittenen Themas. Notabene: In Fachzeitschriften ist es heutzutage oft üblich, dass Autoren mögliche Interessenskonflikte angeben müssen. Der Autor kann nur hoffen, dass der geneigte Leser, wenn er recht AD(H)S-kritisch ist, nach diesen Zeilen nicht den Artikel auf die Seite legt – aufgrund der Überlegung, dass ein ausgewiesener AD(H)Sler ja kaum neutral über die Thematik informieren könne (wobei neutral dann bei einem solchen Leser wohl bedeuten würde: kritisch-ablehnend ...). Dieses Risiko geht der Autor ein. Andererseits könnte man ja auch denken: Der Autor weiß wenigstens, wovon er spricht ...

Aufklärungsarbeit tut not, leider auch unter Beratungsfachkräften. Denn hinter der hitzigen Debatte um Existenz oder Nichtexistenz des AD(H)S, um Ursachen und Behandlungsmethoden stehen ganz fundamentale Streitthemen des gesellschaftlichen Diskurses (vgl. Kap. 6). Es wäre ein Wunder, wenn nicht auch Beratungsfachkräfte – trotz aller Professionalität – in diesen Diskurs bewusst oder unbewusst involviert wären. Der folgende Artikel versteht sich auch als aufklärerischer Beitrag – und auch als bewusster Beitrag eines Betroffenen. Denn interessanterweise kommen die Betroffenen bei den Fundamentalkritikern des Konzepts und der Behandlung von AD(H)S am wenigsten zu Wort.

5.2.2 AD(H)S

2. Definition und Diagnostik von AD(H)S**2.1 Definition gemäß klinischen Klassifikationssystemen**

Die Definition des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms mit und ohne Hyperaktivität richtet sich in Deutschland nach der **ICD-10-GM** (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Deutsche Modifikation, 10. Revision, Fassung von 2014); allerdings arbeiten viele psychiatrische und psychologische Fachkräfte auch mit dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, dem **DSM-IV**, weil es feinere Differenzierungen zulässt (zu den Unterschieden siehe unten).¹⁾

Im Kapitel V (»Psychische und Verhaltensstörungen«, Unterkapitel »Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend«) der ICD-10-GM werden die dort sog. »**hyperaktiven Störungen**« mit der Codenummer **F90** folgendermaßen allgemein beschrieben:

»Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert 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; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.« (ICD-10-GM 2014, F90)

Für die Diagnose relevant ist das Erfüllen einer Reihe von umschriebenen Symptomkriterien zu den Bereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität (vgl. Tabelle 1). DSM und ICD »unterscheiden sich zwar nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien, wohl aber in der Bestimmung der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose [...] vorliegen müssen.« (Döpfner u.a. 2000, S. 1) Zur Verdeutlichung: Ein einzelnes Symptom oder einige wenige Symptome begründen noch²⁾ keine AD(H)S-Diagnose; jedes Einzelsymptom könnte ja auch eine andere Ursache haben. Erst die markante Bündelung von Symptomen spricht für ein AD(H)S. Ob allerdings z.B. für die

¹⁾ Inzwischen wird eine neue Form des DSM (DSM-V) eingeführt, in der auch bezüglich der AD(H)S-Diagnose verschiedene Änderungen vorgenommen werden. Die Änderungen betreffen freilich vor allem den Altersbereich 17 Jahre aufwärts. Für die schulische Beratungspraxis ist primär die Tatsache bedeutsam, dass das erste Auftreten von Symptomen künftig nicht mehr im Vorschulalter liegen muss, sondern auf 12 Jahre heraufgesetzt wird. Wie sich das auswirkt, ist noch ungewiss. Nähere Informationen enthält die kritische Auseinandersetzung mit dem neuen Reglement bei Banaschewski/Döpfner 2014.

²⁾ Wer Genaueres über die Zahl der zu erfüllenden Kriterien erfahren will, möge die auch im Internet verfügbaren Leitlinien der Bundesärztekammer (2005a, S. 8 ff.) einsehen.

A) Unaufmerksamkeit
<ol style="list-style-type: none"> 1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten. 2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten. 3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen. 4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten). 5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. 6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde, geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben). 7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). 8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken. 9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.
B) Hyperaktivität
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. 2. Steht (häufig) in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. 3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen es unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben). 4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. 5. {Ist häufig »auf Achse« oder handelt oftmals, als wäre er »getrieben«. (Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)
C) Impulsivität
<ol style="list-style-type: none"> 1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. 2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Grupsituationen). 3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein). 4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). {Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsummiert.}
{ } = nur DSM-IV; () = nur ICD-10

Tabelle 1: Symptomkriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM IV (Döpfner u.a. 2000, S. 2)