

Geißler, Mandy

Der Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsument im Kindesalter

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Geißler, Mandy

**Der Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem
Fernsehkonsument im Kindesalter**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wolf

Zweitprüfer: Prof. Dr. rer. nat. habil Stefan Busse

Bibliografische Beschreibung

Geißler, Mandy:

Der Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsum im Kindesalter. 47 Seiten, Roßwein, Hochschule Mittweida (FH), Fachbereich Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2013

Kurzreferat

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Aufmerksamkeitsdefizit(Hyperaktivitäts-)störung (kurz AD(H)S), dem Fernsehkonsum im Kindesalter und deren möglichen Zusammenhang. Um letzteres zu analysieren, werden die Ergebnisse zweier amerikanischer Studien und weitere Literatur erschlossen und deren Resultate gegenübergestellt. Im Ausblick werden innovative Veränderungen aus der Sichtweise der Sozialen Arbeit aufgezeigt.

Inhaltsverzeichnis

Bibliografische Beschreibung	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung	6
2 AD(H)S – Wieso, weshalb, warum?	8
2.1 Die Definition und die Symptome laut ICD-10	8
2.2 AD(H)S Symptome mit Blick auf die Erziehung.....	9
2.3 Der Umgang mit AD(H)S im Schulalltag	11
2.4 Die möglichen Ursachen von AD(H)S.....	12
2.5 AD(H)S in Zahlen und Fakten.....	13
2.6 Diagnoseverfahren zur AD(H)S.....	14
3 Die Verformbarkeit von Kindergehirnen	16
4 Der Fernsehkonsum im Kindesalter	18
4.1 Studie der AGF/GfK Fernsehforschung	18
4.2 KIM - Studie.....	21
4.3 Eine Analyse vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.	24
4.4 Studienergebnisse aus den USA	25
4.5 Auswirkungen des Fernsehens auf den Lernprozess beim Kind.....	25
5 Der Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsum	27
5.1 Aussagen der Studie “Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children”	29
5.2 Aussagen der Studie “There is no meaningful relationship between television exposure and symptoms of attention-deficit/ hyperactivity Disorder”	32
6 Das Fazit und die Zusammenfassung mit Ausblick auf die notwendigen Veränderungen in der Gesellschaft und Sozialen Arbeit	36
Literaturverzeichnis	43
Selbstständigkeitserklärung.....	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fernsehnutzung von Kindern und Erwachsenen im Tagesverlauf 2011	19
Abbildung 2: Entwicklung der Fernsehnutzung bei Kindern 1995 bis 2011	21
Abbildung 3: Freizeitaktivitäten 2010	22
Abbildung 4: Funktionen verschiedener Medien 2010	23

1 Einleitung

Für den erfolgreichen Abschluss des Studiums zum Bachelor of Arts ist im 6. Semester eine Bachelorarbeit erforderlich. Diese schriftliche Endprüfung umfasst mindestens 30 Seiten und beinhaltet das selbstgewählte Thema des Studenten bzw. der Studentin. Dieser Beleg soll unter Beachtung des wissenschaftlichen Arbeitens angefertigt werden.

Diese vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsum im Kindesalter. Ich habe mich mit diesem Thema genauer beschäftigt, da mir die wahrscheinlich rapide steigende Zahl von Kindern mit Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörungen immer häufiger begegnet. Mir stellen sich dabei immer wieder die gleichen Fragen, wie „Leiden wirklich immer mehr Kinder unter dem Krankheitsbild AD(H)S?“, „Haben Kinder, welche auf AD(H)S diagnostiziert sind, tatsächlich diese Störung?“ (laut nach der Devise: „Nicht überall wo AD(H)S drauf steht, ist auch AD(H)S drin“) und „Sind die zunehmenden Reizüberflutungen durch Medien etc. ein Grund für die angeblich steigende Zahl an erkrankten Kindern?“. Daraufhin achtete ich vermehrt auf Reize, die aus unserer Umwelt auf uns einwirken und musste erschreckend feststellen, dass auch mich, als ein erwachsener Mensch, diese Reize überfordern können. Ein Beispiel hierfür wäre die actionreiche TV- Serie „Cobra 11- Die Autobahnpolizei“ oder der Film „Transformers“, bei denen viele Autos durch die Luft geschleudert werden, Explosionen laut und effektiv vorherrschen und auf Menschen geschossen wird und diese auch zahlreich getötet werden. Bei diesen schnellen Bildabfolgen sind selbst Erwachsene überfordert. Wenn schon das Gehirn eines ausgewachsenen Menschen dies nicht schnell genug aufnehmen und verarbeiten kann, was geschieht dann im Gehirn eines Kindes, bei dem sich dieses noch in der Entwicklungsphase befindet und sehr verformbar ist? Kinder, welche solche Serien oder Filme schauen, sind keineswegs eine Seltenheit mehr. Im Verlauf der Bachelorarbeit werde ich auch einige Informationen über den Fernsehkonsum von Kindern in der heutigen Zeit aufführen. Wobei ich mich nur auf das Medium Fernsehen beschränken werde und die anderen Medien ausgrenze, da dies über den Umfang der Arbeit hinausgehen würde. Zuvor wird jedoch das Krankheitsbild AD(H)S ein Thema sein. Dabei gehe ich insbesondere auf die möglichen Ursachen und Symptome der Störung ein. Bei den Erläuterungen über die Ursachen, zeige ich ebenfalls die neurologischen Aspekte mit

auf. Dadurch ist später der mögliche Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsum besser verständlich. Zum Schluss führe ich die beiden Themen zusammen, indem ich dazugehörige Studien vor- und gegenüberstelle. Im Hinblick auf die Studien möchte ich erwähnen, dass diese in der englischen Sprache verfasst sind und es keine deutschen Übersetzungen dazu gibt. Bei der Suche nach deutschen Versionen kontaktierte ich auch einige spezialisierte Wissenschaftler, jedoch ohne Erfolg. Die Übersetzung der wissenschaftlichen Texte vom englischen ins deutsche erwies sich als sehr schwierig auf Grund der vielen Fremdwörter und der Wissenschaftssprache.

Das Alter der Kinder, worauf ich mich in der kompletten Arbeit beziehen werde, ist zwischen circa. ein und 8 Jahren, da sich die Studien mit Kindern in diesem Alter befassten.

Desweiteren möchte ich anmerken, dass ich während der Recherchen feststellte, dass die Quellen immer mit einem kritischen Auge betrachtet werden sollten. Sowohl bei den Studien betreffs der Auftraggeber, als auch bei anderer Literatur und deren Autoren. Es ist wichtig, sich über diese zu informieren und unter welchen Gesichtspunkt die Bücher verfasst wurden.

Zum Schluss möchte ich noch anmerken, dass meine Feststellungen, Schlussfolgerungen etc., die ich in der Arbeit anführe, keinesfalls allgemeingültig sind.

2 AD(H)S – Wieso, weshalb, warum?

Die Abkürzung AD(H)S steht für die Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)störung. Die Bezeichnung lässt schon im Voraus auf mögliche Symptome des Krankheitsbildes schließen. Allerdings treten meist weitere Anzeichen für die Störung auf, die auch von Kind zu Kind variieren. Besonders die Hyperaktivität ist nicht bei allen Kindern mit der Störung gegeben. Um diese jedoch zusammen zu fassen, wird die Schreibweise (H) häufig gewählt.

Viele Eltern beschreiben ihre Erfahrungen mit der Störung meist mit solchen Worten:

„Ich bin mit meinen Nerven am Ende, ich bin völlig erschöpft und weiß nicht weiter...unser Sohn ist ein wildes Kind. Er ist rastlos, stört, lärmt und hört einfach nicht mehr. Unser Familienfriede ist dahin“ (Schmela 2004, S. 14).

Lehrer berichten über die beobachtete Symptomatik, dass das Kind nicht ruhig sitzen bleiben kann, durch jede kleinste Veränderung ablenkbar ist, sehr impulsiv reagiert, nicht zuhört, nicht bei einer Tätigkeit bleiben kann, auch andere Mitschüler stört und über Tische und Stühle klettert (vgl. Schmela 2004, S. 14).

2.1 Die Definition und die Symptome laut ICD-10

Im ICD10 Kapitel V (F) (International Classification of Diseases) findet man diese Störung unter F90 „hyperkinetische Störungen“. In diesem Abschnitt werden die prägnanten Symptome einer AD(H)S aufgeführt und durch mögliche Begleitsymptome ergänzt. Ein wichtiges Merkmal, welches den Defekt ausmacht, ist der frühe Beginn, der sich in den ersten fünf Lebensjahren abzeichnet. Für die Diagnose hyperkinetische Störung ist der Mangel an Aufmerksamkeit und die Überaktivität auf jeden Fall notwendig. Beide sollten jedoch in mehreren Situationskontexten (Schule, Kindergarten, zu Hause etc.) auftreten. Die Unaufmerksamkeit hebt sich durch das vorzeitige Abbrechen von Aufgaben und dem häufigen Wechsel von Tätigkeiten hervor. Außerdem fällt es den betroffenen Kindern schwer, eine Aufgabe bzw. Tätigkeit zum Ende zu bringen. Bei der Diagnose sollte jedoch dringend auf das Alter und Intelligenzniveau geachtet werden. Die

Überaktivität ist von einer zügellosen Ruhelosigkeit geprägt. Ständiges Herumlaufen, oder –springen, eine unaufhörliche Gesprächigkeit, Lärmen und Zappeln sind die Erkennungsmerkmale. Hinzu können noch folgende Begleitsymptome kommen:

- Ihr Handeln ist von Achtlosigkeit und Impulsivität geprägt.
- Sie neigen zu Unfällen auf Grund von Unachtsamkeit.
- Die Kinder können sich nur schwer an Regeln halten.
- „Ihre Beziehungen zu Erwachsenen sind oft von Distanzlosigkeit und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt [...]“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt 2011, S. 359)
- Sie sind vielmals bei anderen Kindern unbeliebt (Isolationsgefahr).
- Kognitive Beeinträchtigungen bei Kindern mit einer AD(H)S sind sehr gängig.
- Ein Entwicklungsrückstand in Motorik und Sprache treten öfters auf.
- Ihren Mitmenschen gegenüber verhalten sie sich häufig dissozial.
- Die aufmerksamkeitsgestörten Kinder besitzen meist ein geringes Selbstwertgefühl.
- Lern- und Verhaltensprobleme in der Schule sowie Leseschwierigkeiten sind sehr häufig (vgl. Dilling/ Mombour/ Schmidt 2011, S. 358 - 362).

2.2 AD(H)S Symptome mit Blick auf die Erziehung

Als nächstes möchte ich auf darauf eingehen, wie AD(H)S ähnliche Symptome auf Grund einer bestimmten Erziehung begünstigt werden können.

Die Überforderung mit der eigenen Elternrolle kann verschiedene Ursachen haben. Menschen, denen es in ihrer Kindheit und Adoleszenz nicht gelungen ist, genügend Autonomie auszubilden, um sich von den primären Bezugspersonen abzulösen, sind auch im Erwachsenenalter abhängig von ihnen oder gehen Beziehungen mit einer ähnlichen Abhängigkeit ein. Desweiteren sind manche Eltern nicht bereit ihre eigenen Interessen, sei es berufliche oder private, ein Stück in den Hintergrund zu stellen. Diesen beschriebenen Eltern fällt es schwer vorausschauend die tatsächlichen Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und zu befriedigen. Anstelle dieser achten sie eher auf eine ausgeglichene Ernährung, modische Kleidung, überdurchschnittliche Hygiene und Sauberkeit oder beschaffen ausgefallene Spielsachen und Geräte. „Sie beruhigen ihr (schlechtes) Gewissen, indem sie ihrem Kind vermeintliche

Bedürfnisse erfüllen, die bei ihm gar nicht bestehen“ (Hüther/ Bonney 2007, S.42). Für die eigentlichen Verlangen des Kindes, wie liebevolle Zuneigung, Geben von Sicherheit und Aufmerksamkeit, sind einige Eltern noch nicht aufnahmefähig, da sie noch zu sehr mit sich selbst beschäftigt sind, sei es aus beruflichen oder persönlichen Gründen. Dies hat zur Folge, dass diese Kinder schon früh lernen müssen, auf sich selbst gestellt zu sein und die fehlende Sicherheit seitens ihrer Eltern vermehrt mit Hilfe von Selbstbezogenheit auszugleichen. Sie schaffen sich also ihre eigene Welt und schirmen sich von allen Einflüssen ab, die nicht in das Konzept ihrer eigenen Vorstellungen passt. Diese von dem Kind erschaffene Welt beinhaltet keine wirklichen Herausforderungen mehr. Das bedeutet einen enormen Rückgang an Entwicklungsprozessen im kindlichen Gehirn, da das Kind keine Erfahrungen mehr macht, welche das Gehirn zur Verknüpfung anregt. Dies hat wiederum zur Folge, dass die Motivation zum Lernen schwindet, sowie das Verstehen, Erinnern und Behalten eingeschränkt wird und die Möglichkeit für das Verständnis von Zusammenhängen enorm sinkt. Außerdem fällt es dem Kind schwer, Konflikte zu erkennen und für diese Lösungsstrategien zu entwerfen. Das Sozialverhalten des Kindes ist durch die Ablehnung anderer Ansichten (besonders der von Erwachsenen) und aggressiver Rechtfertigung der eigenen geprägt. Ihnen fehlt Einfühlungsvermögen und die weitere Ausbildung von sozialen Kompetenzen wird somit verhindert. Dadurch sind diese nicht in der Lage mit anderen Menschen gemeinsam Lösungen zu finden und Verantwortung zu übernehmen, sowohl für sich selbst als auch für andere.

Neben den Eltern, die sich ihren Kinder zu wenig widmen, gibt es Eltern, welche ihre Kinder in „Watte packen“. Das heißt, sie verwöhnen ihre Kinder ohne Maß und schaffen jegliche Probleme für die Kinder aus dem Weg. Doch Kinder müssen Probleme überwinden, um an ihnen zu wachsen und um zu lernen, dass sie diese mit Hilfe von anderen Menschen lösen können. Wenn die Kinder dazu nicht die Möglichkeit erlangen, richten sie sich bald nur noch nach ihren eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Ansichten. Sie können selbstbezogen, trotzig und tyrannisch werden. Desweiteren fällt es ihnen schwer, Aufgaben zu lösen, da ihnen wichtigen Funktionen, wie Interesse und Aufmerksamkeit fehlen. Das führt bei der Einhaltung von Regeln und bei der Rücksicht auf andere zur Überforderung (vgl. Hüther/ Bonney 2007, S. 43 - 49)

2.3 Der Umgang mit AD(H)S im Schulalltag

In der Schule fällt es Kindern mit einer AD(H)S schwer, sich bis zum Ende auf eine Aufgabe zu konzentrieren, sie rutschen unruhig auf ihrem Stuhl hin und her und wenn sie es gar nicht mehr aushalten, beginnen sie die Regeln zu brechen und stören lautstark ihre Mitschüler. Diese negativen Merkmale fallen den Lehrern vordergründig auf und sie strafen die Kinder mit ständigen Ermahnungen vor der gesamten Klasse. Zu Hause herrscht meistens Strukturlosigkeit und Stress vor. Die Eltern sind oft überfordert. Die ständigen negativen Erfahrungen, wie Misserfolg, Ausgrenzung, Ermahnungen trüben das Selbstbild erheblich. In dem Verlauf geht die Motivation und das eigene Zutrauen in die Fähigkeiten verloren und das Kind reagiert mit Verweigerungsverhalten oder Rückzug. Dies könnte die schlechten Schulleistungen von Kindern mit AD(H)S weitgehend erklären, denn die Störung bringt nicht gleichzeitig einen niedrigen Intelligenzquotienten mit sich, eher im Gegenteil. Trotzdem wiederholen 80% der betroffenen Schüler mindestens eine Klasse, 30% gehen in eine Sonderschule, 40% erlangen sogar keinen Schulabschluss und 30% haben schon in den Elementarklassen äußerste Schwierigkeiten. Prof. Dr. h.c. Hans Biegert hat richtig erkannt, dass *„Nicht das ADHS ist das Problem, sondern wie wir damit umgehen!“* (Biegert 2012) und gründete 1978 die HEBO- Privatschule in Bonn. Diese ist eine „staatl. anerkannte höhere Ergänzungsschule besonderer pädagogischer Prägung zur Förderung von Kindern mit AD(H)S oder Teilleistungsstörungen, Underachievement“ (Biegert 2012). Er hat Module entworfen, die im Umgang mit Kindern mit einer AD(H)S im Unterricht hilfreich sein können. Kinder mit dieser Störung brauchen feste Strukturen, Regeln und Grenzen. Daher schlägt Herr Biegert vor:

Die Selbstregulationsfähigkeit der Kinder zu fördern. Das heißt, es werden Regeln eingeführt nach der Devise: weniger ist mehr. Diese müssen dann ständig wiederholt werden. Bei Regelverletzungen soll die Lehrkraft konsequent handeln, jedoch nicht herrisch oder Drohungen aussprechen. Außerdem ist wichtig, dass die Anweisungen des Lehrers/ der Lehrerin eindeutig und klar formuliert sind.

Die Anpassungsfähigkeit der Kinder fördern. Die pädagogische Fachkraft muss die Ruhe in der Klasse sicherstellen, in kleinen Arbeitsschritten vorgehen und den Unterricht interessant gestalten.

Das Selbstbild und Selbstwirksamkeit des Kindes fördern. Die Lehrerin oder der Lehrer sollte dem Kind immer wieder Lob aussprechen, auch für kleine Lernerfolge. Desweiteren ist es von großer Bedeutung, dass die pädagogische Fachkraft in erste Linie auf eine gute Beziehung zum Kind achtet und die Erziehung an zweiter Stelle stellt. Außerdem sollte sie Schwächen aufzeigen, aber auch gleichzeitig die Hilfen dafür. Die Kinder brauchen immer wieder Ermutigung und geduldige Mitmenschen. Die Kritik gegenüber dem Kind sollte unter vier Augen angebracht werden.

u.v.m. (vgl. Biegert 2012)

2.4 Die möglichen Ursachen von AD(H)S

Das Thema AD(H)S begegnet uns in den letzten Jahren immer häufiger im Alltag. Aus Erzählungen von ErzieherInnen und LehrerInnen über unkonzentrierte und zappelige Kinder, bei ratlosen Eltern aus dem Bekannten- bzw. Verwandtenkreis bis hin zu Berichterstattungen durch die Medien. So ist es auch nicht verwunderlich, dass immer mehr Ratgeber zu dem Thema AD(H)S erscheinen und zahlreiche Forschungen betrieben werden, um der Ursache der Störung auf den Grund zu gehen. Doch Meinungen darüber von Wissenschaftlern und Experten gibt es eine Vielzahl und diese gehen weit auseinander. Die drei häufigsten Annahmen über die Ursache der Störung sind:

1. Es liegt eine Störung im Gehirn vor. Der Mangel des Botenstoffes Dopamin behindert die Informationsweiterleitung zwischen den Neuronen. Die Impulse werden nur ungenügend gefiltert und neue werden nicht gehemmt. Es besteht eine anhaltende Reizüberflutung. Das daraus folgende AD(H)S ist nur mit Hilfe von Medikamenten wie Ritalin® zu behandeln (vgl. <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=1&id=110&nodeid=21>)
2. In Folge falscher Ernährung (Aufnahme von giftigen Zusatzstoffen, wie Farb- und Konservierungsstoffe) treten diese Symptome auf. Eine konsequente Nahrungsumstellung mildern die Erscheinungen.
3. Bei den Kindern wurde eine „falsche“ Erziehung angewandt.

Doch in einem Punkt sind sich dann doch alle Fachleute einig: Eine unzählbare Zappeligkeit, die auffallende Unaufmerksamkeit und die fehlende Impulskontrolle in einem erhöhten Maß ist bei Kindern nicht gewöhnlich und muss einen Grund haben.

Doch die unterschiedlichen Meinungen und die Argumente über die Ursache des Problems gehen soweit auseinander, dass die jeweiligen Parteien kein Verständnis für die jeweils andere aufbringen kann und somit Überzeugungen oder sogar eine Einigung ausbleiben wird. Dies hat allerdings zur Folge, dass es in diesem Fall nur Verlierer geben wird und keine Sieger. Die Verlierer sind hierbei die betroffenen Kinder, deren sich sorgenden Eltern und alle die, die zwischen den Gruppen von Expertenmeinungen stehen.

Laut ICD10 „[...] spielen konstitutionelle Faktoren eine entscheidende Rolle in der Genese dieser Störung, jedoch fehlt zum jetzigen Zeitpunkt Kenntnis über die spezifische Ätiologie“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt 2011, S. 358).

2.5 AD(H)S in Zahlen und Fakten

„Immer dann, wenn sich das Verhalten oder einzelne Verhaltensweisen eines Menschen erheblich von dem unterscheiden, was die Mitglieder der Gemeinschaft als akzeptabel und tolerierbar betrachten, wird diese Abweichung als “Störung” vom Normalen abgegrenzt und durch gezielte Maßnahmen zu korrigieren versucht. [...] In allen Fällen, wo sich eine biologische, also körperliche Ursache der Störungen ausfindig machen lässt, bezeichnet man die Störung als Erkrankung“ (Hüther/ Bonney 2007, S.11).

In den 80er Jahren beschlossen Nervenärzte (USA), die AD(H)S Symptomatik als eine Erkrankung anzuerkennen, welche mit Hilfe von einem standardisierten diagnostischen Verfahren feststellbar sein soll. Als Begründung für die Bezeichnung als Erkrankung geht die Annahme von einer genetischen Stoffwechselerkrankungen voraus. Kinderärzte und Psychiater übernahmen die Theorie von der unzureichenden Dopaminfreisetzung schnell und seitdem wächst die die Zahl der diagnostizierten Kinder stetig. In den USA stieg diese von 1990 mit einer Million auf 10 Millionen innerhalb von 10 Jahren an. In Deutschland schätzt man die Zahl momentan auf 170.000-350.000 Kinder, die auf Grund einer AD(H)S-Diagnose behandlungsbedürftig wären. Bis zum Herbst 2001 bekamen davon ca. 50.000 Kinder Ritalin® verschrieben. Im Jahr 1990 belief sich die Zahl noch auf 1.500. Die

Herstellung und Verkauf von Ritalin® wuchs in den letzten fünf Jahren auf das 40-fache an und die Tendenz ist weiterhin steigend. Wenn die Verschreibung eines Medikaments binnen so kurzer Zeit so rapide zunimmt, kann es laut Hüther dafür nur zwei Gründe geben:

1. Der Wirkstoff ist sonderlich gut oder
2. die Krankheit nimmt den Lauf einer Epidemie.

Letzteres kann es jedoch nicht sein, da es sich bei AD(H)S laut der meisten Experten um eine angeborene Stoffwechselerkrankung handelt. Da sich auch am Diagnoseverfahren nicht viel geändert hat, kommen nur zwei andere Ursachen in Betracht:

1. Die Lebens- und Entwicklungsbedingungen haben sich so verändert, dass Kinder und Jugendliche mit einer solchen Anlage zur Verhaltensstörung diese 30mal mehr ausbilden oder
2. die Bereitschaft der Ärzte Ritalin® zu verschreiben hat sich verdreißigfacht.

Beide Möglichkeiten wären sehr bedenklich und alarmierend (vgl. Hüther/Bonney 2007, S.11 - 14).

Zu Beginn beschrieb ich die mir immer wieder gestellte Frage: „Leiden wirklich immer mehr Kinder unter dem Krankheitsbild AD(H)S?“ Laut der Zahlen, die ich herausgearbeitet habe, bestätigt sich der Verdacht des enormen Zuwachses an AD(H)S- erkrankten Kindern.

2.6 Diagnoseverfahren zur AD(H)S

Bevor Eltern einen Kinderarzt konsultieren, sollten sie das Verhalten ihres auffälligen Kindes beobachten und sich gegebenenfalls Notizen machen. Wichtig ist es dabei, darauf zu achten, wie oft dieses Verhalten vorkommt und in welchem Kontext es passiert. Außerdem ist es ratsam, wenn die Eltern sich mit den ErzieherInnen oder LehrerInnen in Verbindung setzen, um zu erfahren in wie weit in den jeweiligen Institutionen das Verhalten des Kindes auffällig geworden ist. Nach der Beobachtung sollten die Eltern das Kind dem Kinderarzt vorstellen. Danach gibt es mehrere

Möglichkeiten, um eine AD(H)S zu diagnostizieren. Dabei steht die „Exploration der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und der Erzieher/Lehrer“ (Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000, S. 39) im Mittelpunkt. Ohne die Informationen von den beteiligten Personen ist eine Diagnose nämlich unmöglich. Die Beobachtung des Verhaltens, als auch eine psychopathologische Beurteilung wird während der Exploration, sowie bei anderen Untersuchungen durchgeführt. Die weiteren Maßnahmen die ich im Folgenden anführe, werden wahlweise verschieden aber häufig genutzt. So der standardisierte Fragebogen, welcher für die Exploration ergänzend und erleichternd ist. Er kann auch als Ersatz dienen, falls eine persönliche Befragung der ErzieherInnen und LehrerInnen nicht realisierbar ist. Desweiteren werden oft zusätzlich testpsychologische Untersuchungen durchgeführt, um zum Beispiel die Intelligenz oder den Entwicklungsstand festzustellen. Die körperlichen und neurologischen Untersuchungen sind eher selten. In Amerika werden sie von Fachleuten als notwendig eingeschätzt und in Deutschland, wird nur darauf hingewiesen, dass eine solche durchgeführt werden sollte (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000, S. 38-39).

3 Die Verformbarkeit von Kindergehirnen

Um meine zu Beginn gestellte Frage: „Sind die zunehmenden Reizüberflutungen durch Medien etc. ein Grund für die angeblich steigende Zahl an erkrankten Kindern?“ zu beantworten, ist es für das Verständnis wichtig einen kurzen Einblick in die Gehirnentwicklung von Kindern zu geben, da dies zeigt, wie die Kinder- Gehirne auf Reize aus der Umwelt reagieren.

Unser Gehirn wurde von der Natur so angelegt, dass es sich im Laufe unserer Entwicklung unserem Leben anpasst und je nach Erfahrungen, Gefühlen und Umwelteinflüssen veränderbar ist. Es besitzt sozusagen ein „Grundprogramm“, welches die Möglichkeit bietet sich individuell zu entwickeln und die zuvor genannten Einflüsse einzubinden. Natürlich spielen auch die genetischen Anlagen, wie Defizite und Begabungen etc. eine Rolle. Wie diese sich jedoch entwickeln, ist von den Entwicklungsbedingungen des Kindes abhängig. Doch nicht erst nach der Geburt beginnt die Entwicklung des Gehirns, sondern bereits im Mutterleib hat die Mutter mit ihren Gefühlen und ihrem Handeln Einfluss darauf. So ist es wichtig, dass die werdende Mutter emotionale Sicherheit aufweist und sich über das Kind freut, um eine feste Bindung zu ihm eingehen zu können. Dies legt den Grundstein für das Gefühlsleben des kleinen Menschen und ist die Voraussetzung für die Entwicklung von kognitiven und emotionalen Fähigkeiten (vgl. Hüther/ Bonney 2007, S. 26 - 31). „Viele Gründe können dazu führen, dass dieses Potential von manchen Kindern bereits vor ihrer Geburt nur in eingeschränkter Weise entfaltet werden kann. Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, hormonelle Störungen, Ernährungsprobleme der Mutter oder Störungen der placentaren Versorgung des Kindes, allergische oder immunologische Reaktionen der Mutter oder des Kindes, Stoffwechselstörungen, während der Schwangerschaft eingenommene Medikamente oder gar Drogen, Überbelastung und körperliche Erschöpfung der Schwangeren und vieles mehr [...]“ (Hüther/Bonney 2007, S. 31). Als besondere Gefahr für die Gehirnentwicklung des Kindes stellt zum Beispiel die Hormonausschüttung zu einem falschen Zeitpunkt oder in falschen Mengen dar. Dies geschieht meist oft durch hohe psychische Belastungen seitens der Schwangeren. Diese können durch eine Ablehnung der Schwangerschaft und ein nicht stabiles Umfeld hervorgerufen werden. Aber nicht nur die Schwangerschaft hat einen immensen Einfluss darauf, ob das Gehirn des Kindes sich in seinem ganzen Potential entfalten kann. Vor allem

kurz nach der Geburt sind die emotionalen Zuwendungen und die damit gegebene Sicherheit dafür von großer Bedeutung. Alles was die Kinder früher oder später lernen, ist zum großen Teil von ihnen nahestehenden Personen übernommen. Die Fähigkeiten und Ansichten, die sie im Laufe der Zeit erlangt haben, müssen immer wieder ausprobiert werden, damit diese sich festigen und weiterentwickeln können. Wenn Kindern die Möglichkeit dazu genommen wird, hat dies fatale Folgen. Ein treffendes Beispiel hierfür ist das stundenlange Verweilen der Kinder vor dem Fernseher. „Sie werden von bunten Bildern, Handlungsfetzen, Aktionsbruchstücken und ständig neuen, emotional erregenden Eindrücken und angstausslösenden Vorstellungen überflutet“ (Hüther/ Bonney 2007, S. 50). Ihre Fragen bekommen sie nicht beantwortet, sie selbst können keine Vorschläge einbringen, weder etwas ändern, noch in das Geschehen helfend eingreifen. Sie machen also immer wieder die Erfahrung, dass ihr Handeln und Denken nicht entscheidend ist, die Suche nach Lösungen nichts bringt und sie keinerlei Einfluss auf das Geschehen haben. „Solche Kinder können nur schwer das Gefühl eigener Handlungskompetenz, eigener Gestaltungsfähigkeit und eigener Bedeutsamkeit entwickeln“ (Hüther/ Bonney 2007, S. 50). Sie werden schnell zu Menschen, die einzig allein nur haben wollen und etwas nehmen können, aber nichts geben, da sie nie bzw. selten die Erfahrung machen konnten, etwas von sich einzubringen.

4 Der Fernsehkonsum im Kindesalter

Um herauszufinden, ob es wirklich einen Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsum gibt, muss letzteres erst einmal genauer betrachtet werden. Denn wenn dieser eine Ursache für die AD(H)S sein könnte, müsste die Zeit, die Kinder vor dem Fernseher verbringen, relativ hoch sein. Deswegen werde ich drei deutsche Studien zum Thema Fernsehkonsum im Kindesalter vorstellen. Als ich die Studien verglich, stellte ich fest, dass zwei Studien eher entgegen der Annahme des übermäßigen Fernsehkonsums Daten erhoben und eine jedoch die Annahme bestätigte. Dies verwunderte mich und ich recherchierte die Auftraggeber der jeweiligen Studien. Die zwei Studien, die eher vorteilhaft ausfielen, wurden von Rundfunksendern in Auftrag gegeben bzw. kooperierten die Forschungsinstitute mit solchen. Die Studie, die die Annahmen des gestiegenen Fernsehkonsums im Kindesalter bestätigte, wurde von einem unabhängigen Institut durchgeführt. Das lässt mich vermuten, dass die Datenerhebungen in engem Zusammenhang mit den Auftraggebern der Studie stehen. Gutes Datenmaterial zum Fernsehkonsum im Kleinstkindalter gibt es für Deutschland nicht wirklich. Es wurde jedoch 2006 eine Mütterbefragung vom Internationalen Zentralinstitut für das Jugend- und Bildungsfernsehen (IZI) durchgeführt. Auch dieses Institut ist nicht unabhängig, sondern untersteht dem Bayrischen Rundfunk. Daher müssen auch die Daten dieser Studie kritisch betrachtet werden. Es wurden „[...] 729 Mütter von 0- bis 5-Jährigen befragt, ob sie ihr Kind fernsehen lassen“ (Götz 2007, S. 13). 20% der Kinder unter 2 Jahren dürfen bereits fernsehen, im dritten Lebensjahr verdreifacht sich diese Zahl auf 60%, im Alter von 3 Jahren steigt es auf 89% an und der Anteil Vier- bzw. Fünfjährigen liegt bei über 95% (vgl. Götz 2007, S. 13).

4.1 Studie der AGF/GfK Fernsehforschung

Die erste Studie zu dem Thema stammt von der AGF/GfK-Fernsehforschung aus dem Jahr 2011. „Die GfK Fernsehforschung führt die Fernsehzuschauerforschung in Deutschland im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Fernsehforschung (AGF) durch. Die AGF besteht aus den Sendergruppen von ARD und ZDF sowie der ProSiebenSat.1 Media AG und RTL Television“

(http://www.gfk.com/gfkfernsehforschung/about_us/clients/index.de.html).

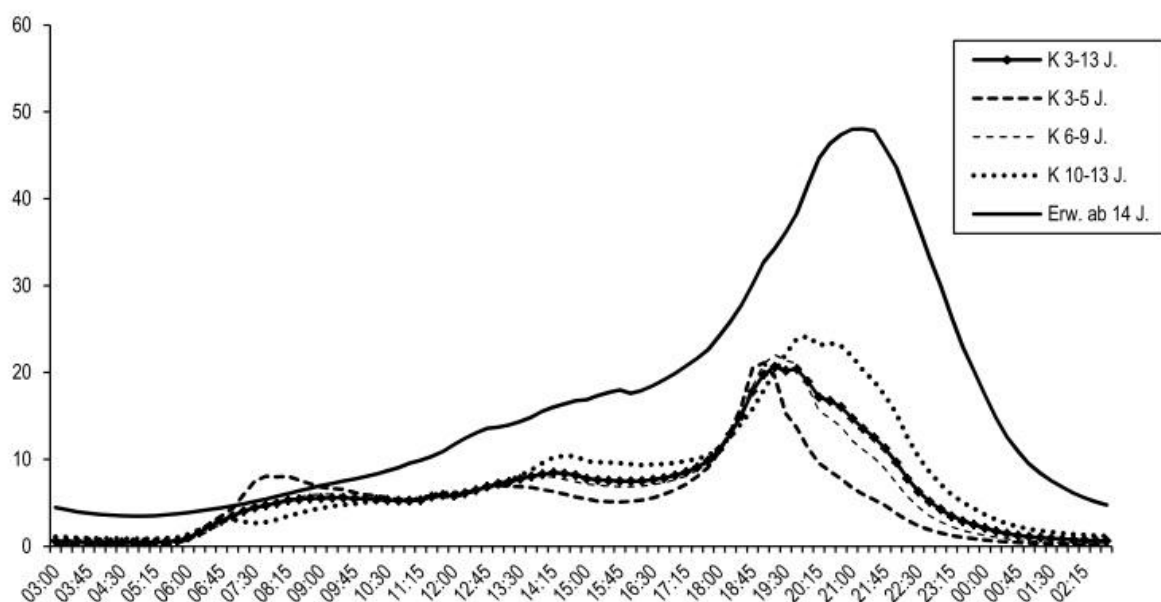
Die

Angaben betreffen Kinder im Alter von 3- 13 Jahren.

In den letzten Jahren sind immer wieder neue Medien in den deutschen Haushalten dazugekommen, doch der Fernseher ist und bleibt, das beliebteste und kaum wegzudenkende Medium. So ist es auch das erste, welches Kinder in ihren Leben kennenlernen. Im Durchschnitt sind sie bei ihrem ersten Kontakt mit dem Fernseher vier Jahre alt. Die Sehdauer der Kinder beläuft sich dabei durchschnittlich auf 93 Minuten, wobei sie mit zunehmendem Alter steigt. Auch am Wochenende und in den Wintermonaten ist die Dauer des Fernsehkonsums höher.

Abbildung 1: Fernsehnutzung von Kindern und Erwachsenen im Tagesverlauf 2011

Abb. 1 Fernsehnutzung von Kindern und Erwachsenen im Tagesverlauf 2011
Mo-So, 3.00-3.00 Uhr, in %



Quelle: Feierabend/ Klingler 2012, S. 207

In der Abbildung 1 kann man die Fernsehnutzung im Tagesverlauf sehen. Bei über 20 % der Drei- bis Fünfjährigen Kinder ist die Nutzung des Fernsehens in den Abendstunden im Hinblick auf den gesamten Tagesverlauf am höchsten. Bei steigendem Alter verlängert sich die Dauer in die späteren Abendstunden. Aber nicht nur in der zweiten Hälfte des Tages schauen Kinder fern, bereits in den frühen Morgenstunden ab 6 Uhr wächst der Konsum stetig. Das lässt mich vermuten, dass bereits Kindergartenkinder gleich nach dem Aufstehen noch vor dem Kindergartenbesuch mit dem Fernseher konfrontiert werden, womöglich noch beim

Frühstück. Laut Spitzer schauen in Deutschland 800.000 Kinder im Kindergartenalter um 22 Uhr noch Fernsehen, 23 Uhr sind es 200.000 und sogar Mitternacht liegt die Zahl der unter 6- Jährigen Zuschauer bei 50.000 (vgl Spitzer 2012, S.139). Kinder in diesem Alter benötigen mindestens 10 – 12 Stunden Schlaf am Tag (vgl. Weymann 2001). Wenn Kinder abends erst so spät ins Bett gehen, aber morgens um 6 Uhr wieder aufstehen müssen, stellt das meines Erachtens eine enorme Belastung für die Kinder dar. Sie gehen müde in den Kindergarten, können sich nicht konzentrieren, werden unruhig und zapplig. Diese Verhaltensweisen sind vergleichbar mit den Symptomen einer AD(H)S.

In der nächsten Abbildung wird die Entwicklung des Fernsehkonsums von 1995 bis 2011 deutlich. Bei der Sehdauer kann man in den Jahren einen Rückgang erkennen, jedoch stieg die Verweildauer an. Um den Durchschnitt der Sehdauer zu errechnen, wurden alle Personen, die ein Fernsehgerät besitzen, in die Berechnung einbezogen, auch wenn diese zum Zeitpunkt der Erhebung kein Fernsehen schauten. Dies hat zur Folge, dass die Angabe zur durchschnittlichen Sehdauer nicht wirklich realistisch ist. Bei der Verweildauer hingegen wurden nur die Personen ermittelt, die zu dem Zeitpunkt tatsächlich Fernsehen schauten. So sind nur diese Zahlen relevant, welche eindeutig besagen, wie lange die Personen vor dem Fernseher verweilten, die fern sahen. Daraus wird ersichtlich, dass der Fernsehkonsum der Kinder in den letzten 16 Jahren deutlich angestiegen ist. Bei den 3-5 Jährigen besteht eine Differenz von 12 Minuten. Mit 139 Minuten pro Tag sehen bereits die Kleinsten über zwei Stunden fern und das zum größten Teil in den Abendstunden vor dem zu Bett gehen. Im Jahr 2011 schauten die 6- 9 Jährigen im Durchschnitt 12 Minuten länger, als die jüngere Altersklasse. Wenn man davon ausgeht, dass die meisten Kindergartenkinder ca. 16 Uhr aus der Kindertagesstätte abgeholt werden und um 18 Uhr Abendbrot gegessen wird, verbleiben gerade zwei Stunden in der Woche die Eltern mit ihren Kindern effektiv nutzen können. Laut der Studie schauen die kleinen Kinder jedoch über zwei Stunden fern pro Tag, welche wahrscheinlich zum großen Teil nur in dieser Zeitspanne zwischen Kindergarten und Zubettgehen konsumiert werden können. Das lässt mich wiederum vermuten, dass die viele Eltern kaum Zeit mit ihren Kindern verbringen. Die Auswirkung dessen beschrieb ich bereits in 2.2 AD(H)S Symptome mit Blick auf die Erziehung.

Der Fernsehkonsum wurde noch in verschiedene Kriterien unterteilt, unter anderen in Ost- und Westdeutschland und Mädchen und Jungen. Dabei fällt auf, dass die

Mädchen (94 Min./Tag) auf ganz Deutschland bezogen eine höhere Sehdauer aufweisen, als die Jungen (91 Min./Tag). In den alten Bundesländern bestätigt sich dies ebenfalls.

Abbildung 2: Entwicklung der Fernsehnutzung bei Kindern 1995 bis 2011

① Entwicklung der Fernsehnutzung bei Kindern 1995 bis 2011

Mo-So, 3.00-3.00 Uhr, BRD gesamt

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Index 2011 (2010 =100)	Index 95/2011 (1995 =100)
Seher in %/Tag											
3-13 Jahre	60	62	59	59	58	56	57	56	55	97	91
3-5 Jahre	56	57	54	54	54	53	52	53	51	96	91
6-9 Jahre	60	62	59	59	57	55	58	57	55	97	92
10-13 Jahre	65	65	62	62	60	59	58	57	57	99	87
Pers. ab 14 J.	72	74	75	75	73	72	73	73	73	100	102
Sehdauer in Min./Tag											
3-13 Jahre	95	97	91	90	87	86	88	93	93	100	97
3-5 Jahre	74	76	71	73	73	71	71	82	75	91	101
6-9 Jahre	92	96	86	85	83	80	86	84	87	103	94
10-13 Jahre	114	111	108	106	101	100	102	107	109	102	95
Pers. ab 14 J.	186	203	226	227	223	221	226	237	239	101	128
Verweildauer in Min./Tag											
3-13 Jahre	152	152	147	146	144	145	149	160	163	102	107
3-5 Jahre	127	128	123	127	125	126	128	149	139	94	110
6-9 Jahre	149	150	140	138	138	137	141	142	151	107	101
10-13 Jahre	172	167	168	165	162	164	168	181	186	103	108
Pers. ab 14 J.	255	272	296	299	299	301	306	321	324	101	127

Quelle: Feierabend/ Klingler 2012, S. 204

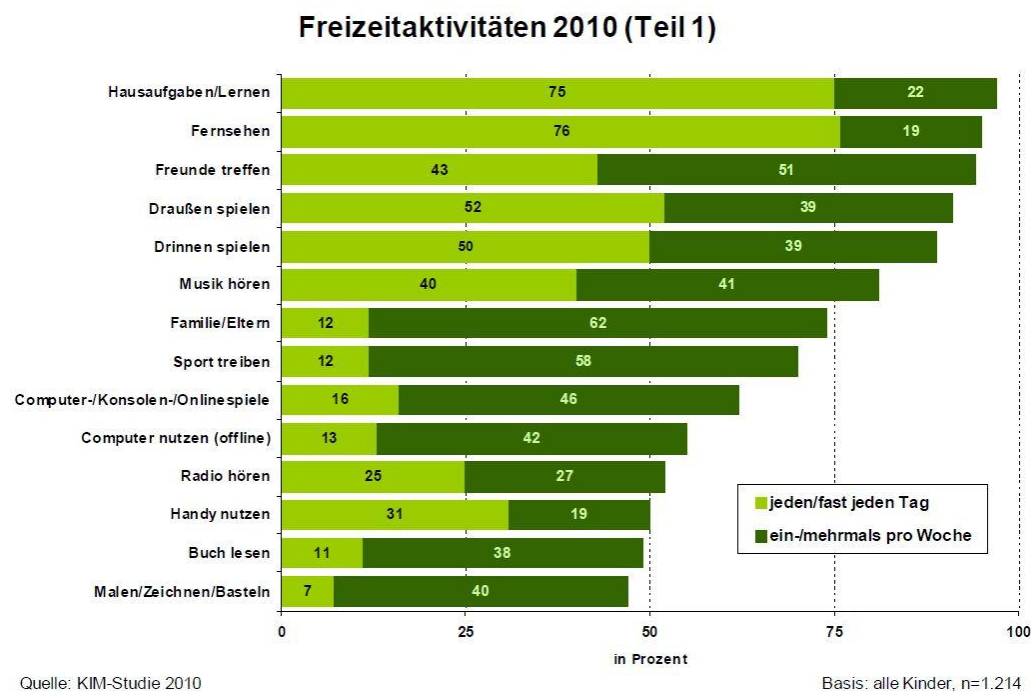
In Ostdeutschland hingegen führen die Jungen mit einer Zeit von (128 Min./Tag) und schauen somit 23 Minuten länger als die Mädchen (105 Min./Tag) (vgl. Feierabend/ Klingler 2012, S. 203-214)

4.2 KIM - Studie

Die zweite Studie, die sogenannte KIM-Studie (Kinder + Medien, Computer + Internet) ist von 2010 und untersuchte unter anderem das Fernsehverhalten von Kindern im Alter von 6- 13 Jahren. Der Auftraggeber dieser Studie ist der Medienpädagogische Forschungsverbund Südwest und kooperiert mit dem SWR (Südwestrundfunk). Laut dieser Studie haben 71 % der untersuchten Haushalte mindestens ein Fernsehgerät. Im Vergleich zur letzten KIM- Studie im Jahr 2008 ist

der Anteil um 29 Prozentpunkte gestiegen. 45 % der Kinder verfügen sogar über ein eigenes TV-Gerät in ihrem Kinderzimmer. Laut der Studie liegt das Fernsehen als regelmäßiger Zeitvertreib mit 95 % nur knapp hinter der Tätigkeit „Hausaufgaben erledigen/ Lernen“ (98%), jedoch mit 94% dicht gefolgt von „Freunden treffen“ (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Freizeitaktivitäten 2010



Quelle: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2011, S. 9

Dem Fernseher kommt besonders bei den Mahlzeiten und beim Zubettgehen eine große Rolle zu. An sich nehmen alle Medien einen Großteil des Tagesverlaufes in Anspruch, Büchern hingegen immer weniger. Die Kinder schauen meistens entweder allein, mit der Familie oder mit den Freunden fern und könnten auch am wenigstens im Vergleich zu allen anderen Medien auf den Fernseher verzichten. Aber auch Emotionen spielen beim Fernsehkonsum eine entscheidende Rolle.

Abbildung 4: Funktionen verschiedener Medien 2010

Funktionen verschiedener Medien 2010
Mache ich am ehesten wenn ...

	(in Prozent)						
	Radio/CD/ MP3	TV/Video/ DVD	Telefon/ Handy	Lesen	Computer- /Konsolen- spiele	Internet	nichts davon
mir langweilig ist	7	43	6	11	22	6	4
ich traurig bin	27	26	10	9	7	3	17
ich Spaß haben will	6	27	7	3	33	6	19
ich mich geärgert habe	18	22	13	4	15	4	23
ich was Spannendes erleben will	2	39	3	9	24	7	15
ich mich alleine fühle	16	42	12	8	10	5	7

Quelle: KIM-Studie 2010 Basis: alle Kinder, n=1.214

Quelle: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2011, S. 17

Neben den anderen Medien, ist das Fernsehen das Medium, was bei den meisten Befindlichkeiten am häufigsten genutzt wird. Nur beim „Spaß haben wollen“ überwiegen die Computerspiele, wobei das Fernsehen gleich dicht darauf folgt. An sich ist es ein Lückenfüller für Langeweile, das Balsam für die Traurigkeit und der Ersatz bei Einsamkeit. Auch in der Kommunikation innerhalb der Familie spielt das Fernsehen eine große Rolle. Dies lässt mich vermuten, dass dadurch andere, wirklich bedeutsame kommunikativ zu klärende Themen untergehen, wie zum Beispiel Probleme in der Schule oder Sorgen der Kinder. Obwohl es natürlich wichtig ist, dass die Kinder mit ihren Eltern das Gesehene besprechen, um die Bilder weiter verarbeiten zu können. Aber dazu müssen die Eltern die Sendung gemeinsam mit ihren Kindern gesehen haben, denn wie will man etwas werten und besprechen, das man nicht selbst gesehen oder miterlebt hat, sondern nur aus der subjektiven Sichtweise des Kindes kennt.

Laut dieser Studie schauen 95% der Jungen und Mädchen mindestens einmal in der Woche fern, 76% jeden oder sogar fast jeden Tag. Im Durchschnitt schauen sie 98 Minuten am Tag. Jedoch gibt es zwischen den Geschlechtern, außer bei den Sendungen, keinen Unterschied. Viele nehmen sich ihre Vorbilder und Idole aus Filmen und TV (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2011, S. 3-20).

Natürlich sehe ich Vorbilder für Kinder als wichtig an, bin jedoch der Ansicht, dass diese Idole aus der Fernsehwelt manchmal dem Schein trügen und dies fatale Folgen für die Kinder haben kann. Das Fernsehen entspricht meines Erachtens meistens nicht dem wirklichen Leben und wenn Eltern, Schule und andere verantwortliche Institutionen und Personen die Mädchen und Jungen darüber nicht aufklären, nehmen sich Kinder diese „Schein-Welt“ als Abbild der Realität. Besonders für die Lösungsfindung bei Problemen sind Filme, Soaps und andere Serien nicht hilfreich, da bei diesen immer der „Gute“ gewinnt. Kinder entwickeln nur Lösungsstrategien, wenn sie Problemen in der Wirklichkeit selbst gegenüber stehen und diese meistern.

4.3 Eine Analyse vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.

Die folgenden Ausführungen zum Medienkonsum von Kindern, die ich jetzt vorstellen werde, sind dem Bericht „Die PISA- Verlierer – Opfer ihres Medienkonsum. Eine Analyse auf der Basis verschiedener empirischer Untersuchungen“ von 2007 entnommen. Das Forschungsinstitut arbeitet unabhängig und der Träger ist ein gemeinnütziger Verein (vgl. <http://www.kfn.de/home.htm>).

Beim dem Thema „Geräte im Kinderzimmer“ liegen die Jungen (41,8%) klar vor den Mädchen (30,5%). Aber auch die Region, das Bildungsniveau und der Migrationshintergrund spielen dabei eine bedeutende Rolle. Kinder mit Eltern eines geringen Bildungsniveaus (57,3%) besitzen deutlich häufiger einen eigenen Fernseher, als Kinder mit Eltern, welche ein hohes Bildungsniveau (16%) haben. Bei Familien mit Migrationshintergrund (51,6%) ist die Rate auch entscheidend höher als bei einheimischen deutschen Kindern (31,9%). Jungen und Mädchen, welche ein eigenes TV- Gerät in ihrem Zimmer stehen haben, sehen auch häufiger fern. Diese schauen an Schultagen 124 Minuten täglich und am Wochenende 185 Minuten pro Tag. Bei Kindern ohne eigenes Gerät beträgt die durchschnittliche Fernsehzeit an Werktagen 70 Minuten und am Wochenende 101 Minuten pro Tag. Wobei auch hier die Jungen (101 Minuten/Tag) wieder deutlich vor den Mädchen (78 Minuten/Tag) liegen. Die Fernsehnutzungszeiten sind auch wie bei der Statistik über das eigene Fernsehgerät im Zimmer wieder abhängig vom Bildungsniveau der Eltern, der

Region und dem Migrationshintergrund. Die Zahlen verhalten sich dabei ähnlich (Pfeiffer, C./ Mößle, T./ Kleimann, M./ Rehbein, F. 2007, S.4 - 10).

4.4 Studienergebnisse aus den USA

In den USA sind die Zahlen des Fernsehkonsums von Kindern noch deutlich drastischer. Bereits die Zweijährigen sitzen zwei Stunden täglich vor dem flimmernden Bildschirm (vgl. Spitzer 2005, S. 2). Diese Kleinkinder schlafen im Durchschnitt zwischen acht und dreizehn Stunden am Tag. Das heißt, dass sie 13-22% des wachen Zustandes mit unreellen Situationen konfrontiert werden (vgl. Spitzer 2005, S. 52). 24 % der Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren, 48% der 6-11 Jährigen und 60% der 12- 17 Jährigen besitzen einen eigenen Fernseher in ihrem Kinderzimmer (vgl. Spitzer 2005, S. 1).

Der Fernsehkonsum von Kleinstkindern und sogar Babys wird immer häufiger und länger. Aber nicht nur in den USA ist dies der Fall, auch in Deutschland werden die Kleinen verstärkt mit dem TV konfrontiert. Auf dem Markt gibt es bereits Baby-Einstein-DVD's zu kaufen. Diese sollen angeblich die Kinder beim Schauen zu kleinen Supergenies werden lassen. Auch Baby- Fernsehen ist keine Seltenheit mehr. In Amerika, aber auch teilweise in Europa flimmert ein „perfekt“ auf Säuglinge und Kleinkinder abgestimmtes TV-Programm in Form von animierten Aquarien oder Mobiles zum Beispiel über den Bildschirm. Das Ausmaß dieses Konsums zeigte eine abendliche Sendepause eines solchen Babyprogramms in den USA. Es gingen zahlreiche Anrufe von verzweiferten Eltern bei dem Sender ein, da sie ihre Babys nicht beruhigt bekämen. Diese wären es doch gewöhnt, mit den Animationen ruhig einzuschlafen (vgl. Spitzer 2012 S. 139).

4.5 Auswirkungen des Fernsehens auf den Lernprozess beim Kind

Bereits mit einem halben Jahr integrieren Babys die verschiedenen Wahrnehmungssinne, wie Hören, Riechen, Schmecken, Tasten und Sehen. Erst dadurch versteht sich ihre Welt in Objekten und Szenen. Jedoch müssen sie reelle Erfahrungen mit diesen machen. Um einen Ball zu werfen, muss das Kind vorerst wissen, wie der Gegenstand beschaffen ist, also die Größe, das Gewicht etc. Aber auch die Bedeutung der Widerständigkeit, der Härte und wenn zwei Gegenstände

aufeinander treffen. Das Kind muss also bevor es die Welt im Ganzen kennenlernt, einzelne allgemeine Formen mit allen Sinnen aufnehmen und zusammenführen. An dieser Stelle des Lernprozesses ist das Fernsehen problematisch, da das Wahrgenommene über den Bildschirm und die Lautsprecher nicht zusammenpassen. „Da kommen eine Bildsoße und eine Klangsoße, die oft gar nicht oder nur schlecht zeitlich zusammenpassen (miteinander korreliert sind) und aus dem das kleine Gehirn daher für sich nur wenig Struktur entnehmen kann“ (Spitzer 2004, S. 80). Ein Kind lernt, indem es zum Beispiel eine Rassel in der Hand hält und sie schüttelt, gleichzeitig mit der Bewegung des Gegenstandes dringt ein passendes Geräusch in das Ohr. Es kann die verschiedenen Wahrnehmungen zusammenführen und durch Wiederholung, weiß das Kind eine Rassel rasselt, wenn ich sie schüttele bzw. kann das Baby, wenn es das Geräusch einer Rassel hört, den zugehörigen Gegenstand bildlich im Kopf konstruieren. Da dies alles jedoch bei einem Fernsehgerät nicht gegeben ist, lernen die Kinder dadurch nichts, sondern werden nur überfordert. Aber nicht nur die Sinnesorgane Augen und Ohren werden vernachlässigt, auch die Tast-, Geschmacks- und Geruchssinne werden nicht benutzt und somit ist die Welt des Kindes erfahrungsarm und nicht lehrreich (vgl. Spitzer 2004, S. 79-81). Manfred Spitzer formulierte in seinem Buch „Digitale Demenz“ diesen Zustand sehr drastisch, indem er schreibt: „Wenn man sie dann in den (relativ seltenen) zeitlichen Phasen, in denen sie wach, aufmerksam und aufnahmefähig sind, vor einem Bildschirmmedium setzt, dann kann man sie in dieser Zeit im Grunde auch in den Kohlenkeller sperren“ (Spitzer 2012, S. 145). Diese Aussage ist zwar auf den ersten Blick sehr erschreckend, jedoch will der Gehirnforscher nur den Ernst der Lage damit verdeutlichen. Letztendlich ist es nur ein Vergleich, der aussagt, dass Kinder in dem dunklen Raum genauso wenig lernen, wie vor einem Bildschirm (vgl. Spitzer 2012, S. 145).

5 Der Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsum

Seit Beginn der Fernsehära wird auch der Frage nach den möglichen Folgen nachgegangen. Dabei steht immer wieder im Mittelpunkt, welche Bedeutung es besonders für Kinder hat und wie sie das Fernsehen aufnehmen und verarbeiten. Medienbefürworter loben die vermeintlich förderlichen Aspekte des Bildschirmmediums. Medienkritiker hingegen weisen auf die schädlichen Konsequenzen hin. Zu den Folgen von Fernsehkonsum gibt es zahlreiche Studien. Die Ergebnisse gehen dabei soweit auseinander, wie die Meinungen der Medienbefürworter und –kritiker. Bis zum jetzigen Zeitpunkt konnte auch keiner dieser Studien eine Entscheidung hervorbringen, da die spezifischen Untersuchungsergebnisse nicht generalisiert werden können.

“They are not passive recipients or victims of irresistible perceptual onslaughts, but active users of the medium. And, most important for the real world of children’s experience, children can learn and retain a range of information from television” (Bak 2009, S. 3, zit. n. Huston, Bickham, Lee & Wright, 2007, S. 55)

Dieses Zitat wehrt die Opferrolle der Kinder ab und betitelt diese als aktive Nutzer des Mediums, welche durch dieses eine Vielzahl von Informationen lernen können. Diese könnten dann bei Erfahrungen in der realen Welt nützlich sein.

Die Fernsehmacher schließen sich aus höchstwahrscheinlich ökonomischen Gründen natürlich dieser Meinung an.

„Nahezu jede Mutter weiß, was passiert, wenn man für ein Vorschulkind den Fernseher einschaltet. Das Kind sitzt augenblicklich völlig ruhig und in das Programm versunken vor dem Bildschirm [...]. Die Mutter erhält dadurch einen Freiraum. Sie hat Zeit für Tätigkeiten, die sonst nicht ungestört möglich wären (...). Aus Sicht der Mutter bringt das Fernsehen Entspannung in den turbulenten und fordernden Alltag mit Vorschulkindern. Das Kind kommt zur Ruhe, ohne dass die Mutter ein schlechtes Gewissen haben muss. Schließlich

weiß sie ihr Kind zufrieden und an einem sicheren Ort [...]“ (Bak 2009, S. 3, zit. n. Guth, 2007, S. 26).

Zugespißt könnte man diese Aussagen auch anders formulieren:

Die Mutter setzt ihr Kind vor den Fernseher und schiebt es sozusagen ab, um ihre Ruhe zu haben. Sie glaubt ihrem Kind damit etwas Gutes zu tun und vernachlässigt die eigentlichen Bedürfnisse, wie liebevolle Zuneigungen, Geben von Sicherheit und Aufmerksamkeit.

„Während Kinder scheinbar regungslos vor dem Bildschirm sitzen, erfahren sie etwas über soziale Gruppen wie Familie oder Freunde (z.B. Biene Maja, Thomas & seine Freunde), über Erlebniswelten und Berufsbilder (z.B. Benjamin Blümchen, Bob der Baumeister) und über Probleme und deren Lösungen. Oft nutzt auch die Mutter das Fernsehprogramm wie einen Ratgeber und orientiert sich zur Problemlösung an den ProtagonistInnen der Sendungen“ (Bak 2009, S. 3, zit. n. Guth, 2007, S. 27).

Laut meiner Recherchen lernen Kinder keineswegs mit Hilfe des Bildschirmmediums, erst recht nicht das Sozialverhalten in der Familie und bei Freunden. Dieses kann sich nur durch den realen Kontakt und Erfahrungen mit Menschen ausbilden. Das Finden von Lösungen können sich Kinder nicht von Schauspielern abschauen, sondern sie entwickeln Lösungsstrategien im alltäglichen Leben bei der Bewältigung von Problemen.

Durch das einzig und allein Gesehene werden keine Lernprozesse angestoßen (vgl. Bak 2009, S. 6). Erst durch das Zusammenspiel von verschiedenen Sinneswahrnehmungen und deren Zusammenführung lernen Kinder. Dass dies das Fernsehen bei Kindern nicht möglich macht, beschrieb ich bereits bei 4.5 Auswirkungen des Fernsehens auf den Lernprozess beim Kind (vgl. Spitzer 2005, S. 79-81).

5.1 Aussagen der Studie „Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children“

Das Medium Fernsehen wird oftmals als eine Möglichkeit angesehen, um abzuschalten und auf andere Gedanken zu kommen. Jedoch bezweifle ich, dass der TV das Richtige für eine psychische Auszeit darstellt. Wir werden dabei im Sekundentakt mit neuen Bildeindrücken und den dazugehörigen emotionalen Begleitern konfrontiert. Das Gehirn läuft auf Hochtouren, um dies alles zu verarbeiten. Von einer inneren Entspannung kann da nicht die Rede sein und besonders bei Kindern, bei denen das Gehirn Informationen nicht in der Geschwindigkeit wie das der Erwachsenen verarbeiten kann, stellt es doch eher eine Überforderung da. Als Erwachsener kennt man selbst die Reaktion bei Überforderung: Wir werden unruhig und hektisch, wir wissen nicht wo uns der Kopf steht, wir können uns nicht auf die gegenwärtige Tätigkeit konzentrieren, da wir mit den Gedanken schon wieder bei der nächsten Aufgabe sind. Wenn man sich nun die Symptome einer AD(H)S vornimmt, sind Gemeinsamkeiten mit dem eben beschriebenen Verhalten der Erwachsenen bei Überforderung zu erkennen. Dieser Umkehrschluss lässt also einen Zusammenhang von AD(H)S und dem Fernsehkonsum im Kindesalter vermuten. Als empirischen Beweis möchte ich nun im Folgenden die Studie „*Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children*“ vorstellen. Das Ziel der Studie, war die Überprüfung der Annahme vom Zusammenhang zwischen dem Fernsehkonsum im Kleinkindalter und der AD(H)S im Alter von sieben Jahren. Für ihre Studie nutzten die Wissenschaftler aus Amerika Daten der bereits durchgeführten Studie „National Longitudinal Survey of Youth“. Insgesamt schlossen die Forscher der University of Washington 1278 Kinder in einem Alter von einem Jahr und 1345 Kinder im Alter von drei Jahren in die Studie mit ein.

Der Grund für die Durchführung der Studie war der hohe Anteil von 4 – 12% an AD(H)S diagnostizierten US-Kinder und das fehlende Wissen über die Ursachen der am häufigsten vorkommenden Störung. Es wurden zwar bereits Studien durchgeführt, aber das Aufdecken einer Ursache blieb aus. Beispielsweise wurden Zwillingsstudien durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass AD(H)S genetisch bedingt sein muss. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass

beide Geschwister die Störung ausbildeten war bei eineiigen Zwillingen um 50-80 % höher als bei anderen Geschwisterpaaren. In der Studie wurden auch eineiige Zwillinge getestet, die nicht in ein und demselben Elternhaus aufwuchsen, um den Einfluss des Elternhauses ausschließen zu können. Die Wissenschaftler der Studie *„Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children“* beschrieben die Ergebnisse der Zwillingsstudie jedoch nicht als Ursachen sondern als reine Feststellungen. Wenn jedoch davon ausgegangen wird, dass AD(H)S eine genetische Veranlagung zur Ausbildung zu Grunde liegen muss, sehe ich dies sehr wohl als eine Ursache der Störung. Die Experten sahen dies allerdings anders und gaben es als Grund für die Notwendigkeit ihrer Studie an. Des Weiteren wiesen sie auf die rasante Entwicklung des kindlichen Gehirns in den ersten Lebensjahren hin. Mögliche schädliche Einflüsse, wie das Fernsehen in dieser Zeit, könnten ihrer Hypothese nach Aufmerksamkeitsstörungen hervorrufen. Wie bereits erwähnt, nutzten sie die „National Longitudinal Survey of Youth“. Sie analysierten die Daten derer von 1986-2000 (vgl. Christakis et.al 2004, S.708-710). „Man schloss dann alle Kinder in die Untersuchung ein, die in den Jahren 1996, 1998 oder 2000 sieben Jahre alt waren. Die Mütter waren zum Zeitpunkt, als die Kinder ein bzw. drei Jahre alt waren, im Hinblick auf den täglichen Fernsehkonsum der Kinder genau befragt worden“ (Spitzer 2005, S. 88). Im Alter von sieben Jahren wurden die Kinder mit Hilfe des BPI (Behavioral Problems Index) auf AD(H)S getestet. Dabei wurden folgende fünf Kriterien betrachtet:

- Konzentrationsschwierigkeiten
- leicht zu verwirren
- Rastlosigkeit
- sehr impulsiv
- Probleme mit Zwangshandlungen.

Für jeden der fünf Punkte gab es die drei Antwortmöglichkeiten:

- oftmals wahr
- manchmal wahr
- nicht wahr.

Die Ergebnisse wurden letztendlich in einer Wertetabelle zusammengefügt. Kinder mit einem Wert größer als 1,2 litten unter der AD(H)S. Das waren letztendlich 10% der 2623 Kinder.

Die Ergebnisse der Befragung zum Fernsehkonsum der 1-3 Jährigen wurden im Durchschnitt errechnet. Dabei addierten sie die Fernsehstunden unter der Woche und die Stunden am Wochenende und teilten diese durch sieben. Das Resultat ist erschreckend. Die Kinder im Alter von einem Jahr schauten im Durchschnitt pro Tag 2,2 Stunden fern. Bei den Dreijährigen belief sich die Zahl auf 3,6 Stunden. Wenn ich bei diesen Stundenzahlen noch einmal die Schlafdauer der Kleinkinder betrachte, stelle ich fest, dass die Kinder in der relativ kurzen Zeit, in der sie wach sind, mit Informationen, Bildern und Geräuschen konfrontiert werden, die nicht entwicklungsfördernd sind.

Zusätzlich wurden auch andere Variablen, wie die ethnische Herkunft, das Kindesalter, die Schwangerschaftsdauer, Drogenmissbrauch während der Schwangerschaft, die Familienkonstellation etc. mit einbezogen. Die Ergebnisse wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Es wurden die Einjährigen für sich und die Dreijährigen für sich analysiert.

Ein möglicher Zusammenhang von AD(H)S und dem Fernsehkonsum im Alter von ein bis drei Jahren wurde in dieser Studie nachgewiesen, da auch die oben genannten Faktoren in die Berechnungen mit einbezogen wurden. Kinder, die im Alter von einem Jahr regelmäßig fernsehen, haben eine um 28% erhöhte Wahrscheinlichkeit später im Alter von sieben Jahren unter AD(H)S zu leiden. Leider geht jedoch aus den Ausführungen der Wissenschaftler nicht wirklich hervor, wie die 28% errechnet wurden. Ein weiteres Argument für die Aussagefähigkeit ihrer Ergebnisse sahen die Forscher in der langen Zeitspanne, in der die Studie stattfand, räumten aber gleichzeitig ein, dass noch weitere Studien zu diesem Thema folgen müssen. Außerdem berufen sie sich

auf die angegebenen Zahlen der Eltern über den Fernsehkonsum der Kinder, welche sie nicht nachprüfen können. Das heißt, dass diese Zahlen nicht unbedingt 100 % genau sind. Sie sind sich einig, dass sie den Fernsehkonsum nicht als alleinige Ursache ansehen können und auch das Umfeld eine große Rolle spielt. So zum Beispiel die Eltern, welche ihre Kinder vielleicht aus Überforderung vor den Bildschirm setzen. Diese Eltern schaffen sozusagen eine Umgebung, wo die Störung gebildet bzw. ausgebildet werden kann. Um die sozialen Faktoren jedoch weitgehend als Ursache auszuschließen, schlossen die Wissenschaftler andere Variablen in die Forschung mit ein (vgl. Christakis et.al. 2004, S. 710- 712). Um die Studie von einer anderen Seite zu beleuchten, könnte man nun einwenden, dass Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung lieber fernsehen. Aufgrund des Längsschnittcharakters der Studie kann dieser Einwand weitgehend widerlegt werden. Schließlich wurde der Fernsehkonsum im Alter von ein und drei Jahren erfasst und die AD(H)S erst mit sieben Jahren (vgl. Spitzer 2005, S. 89). „Da sich Aufmerksamkeitsstörungen erst nach den Messzeitpunkten des Fernsehkonsums entwickelten, ist eine Verursachung des Fernsehkonsums durch diese Symptome wenig wahrscheinlich“ (Spitzer 2005, S. 89).

5.2 Aussagen der Studie “There is no meaningful relationship between television exposure and symptoms of attention-deficit/ hyperactivity Disorder”

Das Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, ob es einen nachweisbaren Zusammenhang zwischen dem Fernsehkonsum und der AD(H)S gibt. Der Grund dafür war die vorausgegangene Studie „*Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children*“, die ich zuvor beschrieb. Denn die Wissenschaftler der neuen Studie stellten die Ergebnisse und die dazugehörigen Methoden in Frage. So kritisieren sie nämlich das Verfahren bzw. die Punkte, mit welchen das AD(H)S der Teilnehmer im Alter von sieben Jahren diagnostiziert wurde. Einige Punkte wären für die Diagnose nicht wichtig. Außerdem würde es an sich keine Formel geben, die die Störung feststellt. Desweiteren kritisieren sie die Datensammlung des Fernsehkonsums der Kinder. Die Eltern wurden zu diesem befragt. Die Zahlen sind dadurch sehr

ungenau, weil die Eltern nie die korrekte Zeit angeben konnten, dafür hätten sie ein Tagebuch führen müssen. Die Wissenschaftler der jetzigen Studie finden auch die Zeit zwischen dem Alter von drei und sieben Jahren für die Entwicklung sehr wichtig. Diese Zeit wurde jedoch in der alten Studie nicht berücksichtigt. Letztendlich wurde auch die Voraussage, dass exzessiver Fernsehkonsum im Kleinkindalter zu einer AD(H)S mit sieben Jahren führe, in Frage gestellt, da die errechneten Schnittpunkte viel zu steif wären.

Für ihre Studie nahmen sie sich die „Early Childhood Longitudinal Study-Kindergarten“ (ECLS-K) zur Hilfe und entnahmen aus deren Datenbank wahllos 2500 Kinder. Die ECLS-K ist ein kooperatives Projekt von den US-Abteilungen der Landwirtschaft, Gesundheit, Bildung und dem Menschenservice. In dieser Datenbank wurden Bewertungen von über 22.000 Kindern und Familien gesammelt. Diese beinhalten Grundschüler, Kindergartenkinder, Schulaktivitäten, kognitive und nicht-kognitive Fähigkeiten der Kinder, Informationen von Eltern, Lehrern und Kindern etc. Um den TV-Konsum der Kinder zu erfassen, wurden die Eltern befragt, wie lange die Kinder fernsehen, zu welchen Uhrzeiten und welche Programme. Zusätzlich wurden sie gefragt, ob es bestimmte Regeln gibt, wie zum Beispiel feste Zeiten an denen die Kinder fernsehen dürfen, wie lange oder welche Sendungen bzw. Filme sie schauen. Bis zu diesem Punkt ähnelt die Studie methodisch betrachtet der vorhergehenden sehr, denn auch hier wurden die Eltern zum Konsum nur befragt, obwohl sie es an der alten Studie kritisierten. Jedoch anders als bei der ersten Studie bezogen die Wissenschaftler das elterliche Engagement mit ihren Kindern mit ein. So wurden die Eltern auch zu Aktivitäten und dem Lernen, wie zum Beispiel dem Lesen, Sport, Singen, Spiele spielen etc. befragt. Die Antworten wurden durch diese vier Angaben begrenzt: „gar nicht“, „ein- bis zweimal die Woche“, „drei- bis sechsmal die Woche“ oder „jeden Tag“. Desweiteren nahmen sie auch den sozialwirtschaftlichen Status der Familie mit auf, also das Einkommen der Eltern, wie hoch der ausgeübte Beruf angesehen wird und ob die Familie an der Armutsgrenze lebt oder nicht.

Für das Feststellen einer AD(H)S wurde sich bei den Lehrern erkundigt, wie die jeweiligen Kinder an das Lernen herangehen, wie die Selbstkontrolle ist und ob sie Probleme selbstständig lösen können. Die Eltern wurden über die

Impulsivität, Aufmerksamkeit, die Ausdauer beim Lösen von Aufgaben, die Auffassungsgabe, Flexibilität, den Umgang mit Druck und Respektpersonen, mögliche Wutausbrüche, usw. interviewt. Die Antworten wurden mit Hilfe eines Benotungssystems, ähnlich dessen in der Schule, in eine Skala eingetragen. Die Wissenschaftler gaben zu bedenken, dass die Symptome nicht messbar wären und es schwierig ist, welche fest zu schreiben. Daher versuchten sie die Störung sehr individuell zu beleuchten. Bei der Berechnung der einzelnen Werte war der Wert vom Zusammenhang von Fernsehkonsum und der Entstehung von AD(H)S gleich null. Das war der Beweis für die Wissenschaftler dieser Studie, dass die Hypothese nicht statistisch greifbar ist. Desweiteren sind sie sich einig, dass es sich auf die Entwicklung der Kinder positiv auswirken würde, wenn die Eltern mehr mit ihren Kindern unternehmen. Denn die Forschung zeigte die bestehende Problematik auf, dass Eltern, welche sehr aktive Kinder haben, diese oft vor den Fernseher setzen, um Ruhe zu haben (vgl. Stevens/ Mulsow 2006, S. 665-671). Ich denke, dass die Kinder zwar für diesen Moment ruhig wirken, weil sie gebannt von den Bildern etc. sind, allerdings in der Folge fernab vom TV noch unruhiger werden, da sie ihren natürlichen Bewegungsdrang beim Fernsehen nicht ausleben und die Flut der Bilder und Informationen nicht vollständig verarbeiten konnten. Daher wird wahrscheinlich die Störung oft mit dem vorausgegangen Fernsehkonsum in Verbindung gebracht. Naheliegender wäre es aber, dass die Ursache bei den Eltern liegt, die den Kindern nicht die Möglichkeiten schaffen, ihre Aktivitäten auszuleben und ihnen zu wenig Zuwendung entgegenbringen.

Die Forscher behaupten, dass es auch Bildungsprogramme gebe, bei denen Kinder etwas lernen können, fanden jedoch heraus, dass eher bildungsferne Sendungen geschaut werden. Außerdem zeigte die Studie, wenn der sozioökonomische Faktor ansteigt, die AD(H)S vermehrt weniger auftritt. In der Gesamtheit ist laut der mitwirkenden Wissenschaftler diese Studie wissenschaftlich fundierter, da sie individuell gestaltet wurde. Außerdem haben sie die Teilnehmer wahllos ausgesucht, im Gegensatz zur ersten Studie, wo die Teilnehmer gezielt ausgewählt wurden. Die Variablen der alten Studie wären weiterhin zu steif und kaum veränderbar. Zum Abschluss der Studie weisen sie auf die verschiedenen Kriterien und Diagnoseinstrumente für eine AD(H)S hin

und sind sich einig, dass es mehr Namen für diese Störung geben müsste, da sie nicht in eine vorgegossene Form passt (vgl. Stevens/ Mulsow 2006, S. 665-671)

„Furthermore, it should be noted that ADHD, although identified by other names, has been recognized as a disorder of childhood well before children had television to watch“ (Stevens/ Mulsow 2006, S.671).

Laut den Ergebnissen der ersten Studie scheint es zwar so, als würde das Fernsehen die primäre Ursache für die Ausbildung einer AD(H)S sein, aber beim genaueren Betrachten und mit Hilfe der zweiten Studie, wird sichtbar, dass dies nicht der Fall ist. Ich bin der Meinung, dass es verschiedene Ursachen für die AD(H)S gibt und auch nicht immer AD(H)S gleich AD(H)S ist. Auf diese Punkte gehe ich im Fazit jedoch näher ein.

6 Das Fazit und die Zusammenfassung mit Ausblick auf die notwendigen Veränderungen in der Gesellschaft und Sozialen Arbeit

Zu Beginn beschrieb ich im ersten Kapitel 2 *AD(H)S – Wieso, weshalb, warum?*, dass noch viele Unklarheiten über die Ursachen der Störungen bestehen, jedoch viele verschiedene Meinungen darüber kursieren. Eine angeborene Störung im Gehirn mit dem Mangel des Botenstoffes Dopamin ist die am häufigsten diskutierte Annahme. Auch Zwillingstudien (siehe 5.1 *Aussagen der Studie „Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children“*) beweisen, dass bei einer AD(H)S die Ursache genetischer Herkunft möglich ist. Des Weiteren wurden neurologische Studien durchgeführt, die Abweichungen oder Besonderheiten des Gehirns von Kindern mit einer AD(H)S im Vergleich zu Gehirnen von „normalen Kindern“ aufzeigen (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000, S. 12). In 3 *Die Verformbarkeit von Kindergehirnen* erläuterte ich bereits, wie die Gehirne von Kindern angelegt sind und in welcher Weise sie sich formen und strukturieren. Hüther meint, dass diesen Ergebnissen klare Ursachen zu Grunde liegen. Schließlich haben die Kinder mit einer solchen Störung ihre Gehirne über Jahre hinweg, anderes genutzt, als die Kinder ohne AD(H)S. Dass das Gehirn dann andere Formungen aufweist, ist selbstverständlich (Hüther/Bonney 2007, S. 59). Laut dieser nachvollziehbaren Erklärung, sind diese neurologischen Studien als Ursachenerforschung meiner Meinung nach wenig von Nutzen. Was jedoch nicht heißen soll, dass die Ursache keinen angeborenen genetischen, körperlichen oder biologischen Hintergrund haben kann. Allerdings vermutet der Neurobiologe Gerald Hüther einen anderen Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung. Dies lässt sich an Hand des stimulierenden Ritalin®, welches Kindern oft zur medikamentösen Behandlung verschrieben wird, erklären. Dieses Medikament entfaltet nämlich nur seine ursprüngliche Wirkung, wie dopaminanreichernd und antriebsfördernd, wenn es durch die Nasenschleimhäute mit Hilfe von „Schnupfen“ aufgenommen oder gespritzt wird. Denn nur dann erreicht eine große Menge das Gehirn und wirkt wie eben beschrieben. Ritalin® wird bei der Behandlung von AD(H)S hingegen in Form von Tabletten verabreicht. Dadurch gelangt nur eine geringe Menge des Stoffes in das Gehirn und bewirkt somit das komplette Gegenteil. Es verhindert die Dopaminfreisetzung. Das Dopaminsystem, welches für die Umsetzung von

Handlungsimpulsen verantwortlich ist, wird sozusagen abgeschaltet. Die Kinder wirken ruhig. Die äußeren und inneren Impulse sind jedoch immer noch vorhanden. Das heißt, wenn bei Kindern mit einer AD(H)S ein Dopaminmangel vorliegen würde, wäre es nicht sinnvoll diesen auch noch mit Ritalin® zu dämpfen. Also besteht die Möglichkeit, dass statt eines Mangels das Dopaminsystem übermäßig stark entwickelt ist. Kinder ohne diese Überproduktion, bei denen dennoch die Symptome wie bei einer AD(H)S auftreten, können schwere Schäden von der Einnahme von Ritalin® über einen längeren Zeitraum davontragen (vgl. Hüther/ Bonney 2007, S. 71-76). Aber auch für die AD(H)S-erkrankten Kinder bleibt das Medikament nicht ohne Folgen. Denn sobald man es absetzt, reagiert das Kind wieder impulsiv und zeigt die gleichen Auffälligkeiten wie vorher. Das hat den Grund, dass eine echte Impulskontrolle erst durch die entsprechende Reifung des Frontalhirns möglich ist. Diese geschieht durch bestimmte Erfahrungen, die das Kind macht. Durch das Ritalin® haben die Kinder zwar die Möglichkeit positive Erfahrungen zu machen, aber durch die Hemmung des Botenstoffes Dopamin auf Grund der medikamentösen Behandlung, können diese nicht verankert werden. Demzufolge leistet man den Kindern keinen Gefallen damit, sondern beraubt sie um die Möglichkeit die verschiedensten Fähigkeiten, wie zum Beispiel Selbstdisziplin zu entwickeln. Nicht nur durch das Medikament, auch durch andere Einflüsse wie die Erziehung oder zum Beispiel das Fernsehen, kann die Entwicklung gehemmt werden. Allerdings gibt es Möglichkeiten, die Kindern helfen, auch im späteren Alter noch diese wichtigen Erfahrungen nachzuholen. Gerald Hüther rief beispielsweise das Projekt „Via Nova“ ins Leben. Grundgedanke der Idee, ist „Alm statt Ritalin®“. Dabei verbringen Kinder und Jugendliche mit einer AD(H)S in kleinen Gruppen sechs Wochen auf einer Almhütte in den Bergen, abgeschieden von der täglichen Hektik und der Überflutung von den Medien und anderen Eindrücken. Bei Kindern und Jugendlichen, die in der Zeit zuvor medikamentös mit Ritalin® behandelt wurden, erfolgt nach geraumer Zeit eine Absetzung des Medikaments. Die intensive Zeit der Gruppe auf der Alm wird von ausgebildeten BegleiterInnen gestaltet. Die aufmerksamkeitsgestörten Kinder und Jugendlichen helfen bei der täglichen Arbeit auf der Alm mit, erleben die Natur „[...] und erhalten so einen Rahmen, wo sie ihre Potentiale und Stärken entdecken und entfalten können“ (http://www.sinnstiftung.eu/downloads/vianova_expose__16.08.11.pdf, S. 2). Des Weiteren erfahren

sie die Kraft und Stärke einer Gemeinschaft. Doch nicht nur die Kinder machen neue Erfahrungen und lernen hinzu. Zum Projekt gehören auch Elternseminare und andere Formen der Hilfe und Unterstützung der Familie. Die Gesamtbegleitung einer Familie beträgt ca. ein Jahr, kann jedoch auch erweitert werden (vgl. http://www.sinnstiftung.eu/downloads/vianova_expose__16.08.11.pdf). Das Projekt „Via Nova“ ist sehr erfolgsversprechend, denn die meisten Kinder brauchen ein Jahr nach der Projektteilnahme kein Ritalin® mehr (vgl. <http://www.geo.de/GEO/reisen/reiseideen/interview-alm-statt-ritalin-62250.html>).

Aber nicht nur Almaufenthalte helfen den Kindern und der Familie im Umgang mit der AD(H)S, auch Beratungen, Psychoedukationen und therapeutische Maßnahmen. Außerdem kann das Kind in einem Selbstinstruktionstraining lernen die Aufmerksamkeit länger aufrechtzuerhalten und Impulse bewusster zu steuern. Das Selbstmanagement ermöglicht den Kindern auf ihre eigenen negativen Verhaltensweisen zu achten und sich besser an Regeln zu halten (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000, S. 20-25).

Doch bevor über solche Therapien und andere Unterstützungsformen nachgedacht werden sollte, möchte ich zunächst wieder auf die Ursachen der AD(H)S zurückführen und auf den damit möglicherweise zusammenhängenden Aspekt- dem Fernsehen. Aufgrund der Recherchen bin ich zu verschiedenen Schlüssen für die Ursache gekommen. Ich bin der Ansicht, dass es sehr wohl die AD(H)S gibt, der eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung zu Grunde liegt und diese Kinder mit einer höheren Wahrscheinlichkeit solch eine Störung ausbilden können. Der Schweregrad kann jedoch variieren und wird durch verschiedene Einflüsse beeinflusst. So unter anderem auch durch das exzessive Fernsehen im Kindesalter. Diese Kinder, welche schon aufgrund ihrer Störung mit den alltäglichsten Situationen überfordert sind, werden durch das Bildschirmmedium zusätzlich mit Eindrücken, Impulsen und Informationen überhäuft. Diese können sie kaum verarbeiten, besonders in den ersten Lebensjahren nicht. Das heißt, wenn Kinder mit einer AD(H)S –Veranlagung unter anderem fernsehen, kann dies die Ursache dafür sein, wie stark die Störung ausgebildet und ausgelebt wird. Jedoch ist das Fernsehen nicht die primäre Ursache für die Entstehung der AD(H)S. Zu diesem Schluss kam ich, da es schon zum Zeitpunkt als das Medium Fernsehen noch nicht präsent war, Kinder mit den Symptomen einer solchen Aufmerksamkeitsstörung und dem „Zappelphilipp-

Syndrom“ gab. Welche körperliche Dysfunktion jedoch für die AD(H)S primär verantwortlich ist, kann ich allerdings jetzt nicht schlussfolgern.

„Nicht überall wo AD(H)S drauf steht, ist auch AD(H)S drin“, ist der Leitspruch für meine weitere Annahme. In meiner genutzten Literatur, aber auch von Experten, die tagtäglich mit Kindern, welche unter einer AD(H)S leiden, arbeiten, las und hörte ich häufig diese Aussage. Wie bereits aus dem Kapitel „AD(H)S – Wieso, weshalb, warum?“ zu entnehmen ist, stieg die Zahl der diagnostizierten Kinder in den letzten Jahren rapide an. Dass bei all den Kindern eine körperlich genetische Störung als Ursache für die AD(H)S vorliegt, betrachte ich als sehr unwahrscheinlich. Denn warum sollten die in den letzten zehn Jahren geborenen Kinder häufiger solch ein körperliches Defizit in sich tragen? Ansteckend ist es wohl eher nicht, also muss es einen anderen Grund für die rasante Zunahme geben. In 2.2 beschrieb ich die Auswirkungen der verschiedenen Erziehungsmethoden auf das Verhalten der Kinder. Die Kinder zeigen demnach sehr ähnliche Symptome wie die einer AD(H)S. Auch die Wissenschaftler der beiden Studien zeigten die Wichtigkeit des sozialen Faktors auf. Besonders die Forscher der Studie *“There is no meaningful relationship between television exposure and symptoms of attention-deficit/ hyperactivity Disorder”* warnten vor einer zu schnellen Diagnose und empfahlen verschiedene Formen bzw. Namen für die Störung herauszuarbeiten, da AD(H)S nicht gleich AD(H)S sei und viele Kinder zwar die Symptome aufweisen, jedoch die genetisch bedingte Störung im Gehirn nicht vorliegt. Das lässt mich vermuten, dass es Kinder gibt, die ohne eine genetische Stoffwechselstörung auf die Welt kommen, aber trotzdem die Symptome einer AD(H)S aufweisen. Die Gründe dafür können vielfältig sein und von Kind zu Kind variieren. Zum einen können die Ursachen prä-, peri- und postnatalen Ursprungs sein, das heißt Einflüsse, die auf das Kind während der Schwangerschaft (Stress, Alkoholmissbrauch etc. seitens der Mutter), während der Geburt (Komplikationen beim Geburtsvorgang) und nach der Geburt (Mangel an Zuwendung und Sicherheit für das Kind) einwirken und die Entwicklung bzw. den weiteren Entwicklungsverlauf erheblich beeinträchtigen können. Wenn Eltern ihrem Kind nun künftig auch nur wenig Aufmerksamkeit schenken, ihre wirklichen Bedürfnisse nicht erfüllen und sie letztendlich zum Beispiel vor den Fernseher „abschieben“, können diese Kinder Verhaltensweisen entwickeln, die einer AD(H)S ähneln. Des Weiteren bin ich der festen Überzeugung, dass der Fernseher,

besonders in den ersten Lebensjahren, einen erheblichen Einfluss auf die Gehirnentwicklung hat und einen großen Teil dazu beiträgt, da in dieser Zeit das Gehirn so leicht verformbar ist und die wichtigsten Grundsteine für das Leben gelegt werden. Aber im Grunde ist es nicht primär der Bildschirm der solche Symptome auslöst, sondern die Bezugspersonen, die die Kinder vor den Fernseher setzen und sich nicht mit ihnen beschäftigen. Zusammenfassend kann ich sagen, dass es sehr wohl ein Zusammenhang zwischen AD(H)S und dem Fernsehkonsum gibt, er aber nicht die primäre Ursache für die Störung ist.

Nach dieser Erkenntnis ist es wichtig zu wissen, wie man damit umgeht und welche Möglichkeiten bestehen, um derartigen Problemen vorzubeugen. Von großer Bedeutung ist dabei wie immer das Erkennen des Problems. Die Menschen müssen dafür sensibilisiert werden. Sie müssen darüber informiert werden, was es für Gefahren gibt und wie diese umgangen werden können. Aber nicht nur die Eltern, sondern auch die Fachleute, wie ErzieherInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, Ärzte/Ärztinnen etc. brauchen ein neues Verständnis für Kinder und deren Welt. Um dies umzusetzen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Zu Beginn finde ich es besonders wichtig, die Symptome einer AD(H)S positiver zu formulieren. Das heißt, die Hyperaktivität zum Beispiel sollte nicht als nervige Unruhe, sondern als großer Tatendrang mit Freude an Bewegungsaktivitäten angesehen werden. Die Kinder sind risikobereit, wollen „Neues“ ausprobieren und entdecken. Sie handeln spontan, sind begeisterungsfähig, intelligent und an vielen Dingen interessiert (vgl. http://wiki.mobbing-gegner.de/Krankheit/ADS/positive_Eigenschaften). Wenn Erwachsene solchen Kindern mit dieser positiven Offenheit gegenüberzutreten, kann dadurch die Ausbildung von wirklich negativen Verhaltensweisen verhindert werden. Diese Einstellung gegenüber der AD(H)S müsste auf verschiedenste Weise in die Gesellschaft getragen werden, so zum Beispiel bei Ärztekongressen, Elternabenden, Weiterbildungen für Pädagogen/Pädagoginnen, aber auch durch den wohl größten Einflussfaktor- die Medien. Diese haben eine immense Auswirkung auf unser Denken. Von der politischen Ebene müsste die Möglichkeit geschaffen werden, neue Räume für Kinder zu öffnen, den Eltern durch flexiblere Arbeitszeiten mehr Zeit für die Familie zu gewähren etc.. Zu diesen neuen Räumen könnten die Ganztagschulen und die Förderung von Freizeitaktivitäten für Kinder gehören. Die

Kinder müssen die Gelegenheit bekommen, sich frei entfalten zu können. Desweiteren brauchen auch die Eltern mehr Unterstützung. Sie müssen wieder erkennen, was in der schnelllebigen Zeit wirklich wichtig ist, da dies im Laufe der Zeit verloren gegangen ist. Diese Unterstützung kann ebenfalls vielseitig sein. Projekte, die den Eltern und den Kindern wieder das Gefühl einer Familie verleihen und die aufzeigen, welche Bedürfnisse Kinder wirklich haben, sollten ins Leben gerufen werden. Viele Eltern sind mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert und wissen durch die Vielzahl der Ratgeber nicht, was „richtig“ und was „falsch“ ist. Durch gezielte Beratungen kann den Eltern geholfen werden. Diese Beratungen können niederschwellig zum Beispiel durch Kinderärzte oder ErzieherInnen durchgeführt werden. Aber auch die Gründung von Beratungsstellen mit einem leichteren Zugang kann Hilfe schaffen. Auch beim Umgang mit Kindern können die Medien Unterstützung leisten. Damit meine ich jedoch keinesfalls Sendungen wie „Die Super Nanny“ oder „Die strengsten Eltern der Welt“, sondern die Vermittlung von wirklichen Werten, wie Zuwendung, Zusammenhalt und Sicherheit.

Die anfängliche Vermutung, dass das exzessive Fernsehen im Kindesalter für die ansteigende Zahl der AD(H)S verantwortlich ist, hat sich nicht bestätigt. Zwar können besonders Kleinkinder nicht vom Fernsehen schauen die Grundlagen der Welt lernen, jedoch ist es nicht der ursprüngliche Faktor, weshalb sich bei Kindern eine AD(H)S bildet oder ähnliche Symptome auftreten. Fakt ist, dass das psychosoziale Umfeld die entscheidende Rolle spielt, ob nun bei einer genetisch bedingten Aufmerksamkeitsstörung oder bei Kindern, die Symptome wie bei einer AD(H)S aufzeigen, aber keine körperliche Veranlagung aufweisen. Wie Kinder sich mit einer angeborenen Stoffwechselstörung entwickeln bzw. wie stark sie die AD(H)S ausbilden, hängt auch davon ab, wie die Eltern von Anfang an auf das Kind eingehen, ob sie sich mit ihm beschäftigen, Sicherheit und Zuwendung bieten. Wenn sie dies natürlich nicht erfüllen, sondern ihr Kind sich selbst und der Störung überlassen und den Fernseher womöglich als Babysitter benutzen, ist eine starke Ausbildung der Störung sehr wahrscheinlich. Ähnlich verhält es sich bei Kindern ohne die genetische Veranlagung zur Ausbildung von AD(H)S. Es weisen immer mehr Kinder die Symptome wie bei einer AD(H)S auf. Der Grund hierfür ist möglicherweise eine nicht ausreichende psychische und soziale Fürsorglichkeit

durch die Eltern. Tatsache ist, dass sich etwas in der Gesellschaft ändern muss und die Soziale Arbeit bei dieser Veränderung eine große Rolle spielt.

Literaturverzeichnis

Bücher:

Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M.H. (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber Verlag, Bern, 8. Auflage

Döpfner, M./Frölich, J./Lehmkuhl, G. (2000): Hyperkinetische Störungen. Hogrefe-Verlag, Göttingen

Hüther, G./ Bonney, H. (2007): Neues vom Zappelphilipp. ADS: verstehen, vorbeugen und behandeln. Patmos Verlag, Düsseldorf, 8. Auflage

Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

Spitzer, M. (2012): Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. Droemer Verlag, München, 7. Auflage

Spitzer, M. (2005): Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft. Ernst Klett Verlag, Stuttgart

Internetquellen:

Bak, P. M. (2009): Fernsehen und Kinder: Zwischen Anregung und Gesundheitsgefahr. Fundort: http://www.mediaculture-online.de/fileadmin/bibliothek/bak_fernsehen-kinder/bak_fernsehen-kinder.pdf, verfügbar am 28.12.2012

Christakis, D.A./ Zimmerman, F.J./DiGiuseppe, D.L./ McCarty, C.A. (2004):

Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children.

Pediatrics 113: 708-713, Fundort:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/113/4/708.full.pdf+html>, verfügbar am 13.11.2012

Feierabend, S./ Klingler, W. (2012): Was Kinder Kinder sehen. Eine Analyse der

Fernsehnutzung Drei- bis 13- Jähriger 2011. Fundort: [http://www.media-](http://www.media-perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/04-)

[perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/04-](http://www.media-perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/04-)

[2012__Feierabend_Klingler_01.pdf](http://www.media-perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/04-2012__Feierabend_Klingler_01.pdf), verfügbar am 04.12.2012

Götz, M. (2007): Fernsehen von -0,5 bis 5. Eine Zusammenfassung des

Forschungsstands. Fundort: [http://www.br-](http://www.br-online.de/jugend/izi/deutsch/publikation/televizion/20_2007_1/goetz_solo.pdf)

[online.de/jugend/izi/deutsch/publikation/televizion/20_2007_1/goetz_solo.pdf](http://www.br-online.de/jugend/izi/deutsch/publikation/televizion/20_2007_1/goetz_solo.pdf),

verfügbar am 04.01.2013

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2011): KIM-Studie

2010. Kinder + Medien. Computer + Internet. Basisuntersuchung zum

Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Fundort:

<http://www.mpfs.de/fileadmin/KIM-pdf10/KIM2010.pdf>, verfügbar am

04.12.2012

o.A. (o.A.): ADS/ ADHS - positive Eigenschaften - besondere Fähigkeiten. Fundort:

http://wiki.mobbing-gegner.de/Krankheit/ADS/positive_Eigenschaften, verfügbar am

08.01.2013

o.A. (o.A.): ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Fundort:

[http://www.neurologen-und-psychiater-im-](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=1&id=110&nodeid=21)

[netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=1&id=110&nodeid=21](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=1&id=110&nodeid=21), verfügbar am

03.01.2013

o.A. (o.A.): Alm statt Ritalin.

[http://www.geo.de/GEO/reisen/reiseideen/interview-alm-statt-ritalin-](http://www.geo.de/GEO/reisen/reiseideen/interview-alm-statt-ritalin-62250.html)

[62250.html](http://www.geo.de/GEO/reisen/reiseideen/interview-alm-statt-ritalin-62250.html), verfügbar am 13.11.2012

o.A. (o.A.): Home. Fundort: <http://www.kfn.de/home.htm>, verfügbar am 13.12.2012

o.A. (o.A.): Unser Auftraggeber. Fundort:
http://www.gfk.com/gfkfernsehforschung/about_us/clients/index.de.html,
verfügbar am 13.12.2012

o.A. (o.A.): Via nova. Neue Wege im Umgang mit AD(H)S Symptomatik
und angrenzenden Ausdrucksformen. Fundort: http://www.sinnstiftung.eu/downloads/vianova_expose__16.08.11.pdf, verfügbar am
10.01.2013

Pfeiffer, C./ Mößle, T./ Kleimann, M./ Rehbein, F. (2007): Die PISA-Verlierer – Opfer
ihres Medienkonsums. Eine Analyse auf der Basis verschiedener empirischer
Untersuchungen. Fundort:
<http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/pisaverlierer.pdf>, verfügbar am
30.11.2012

Stevens, T./ Muslow, M. (2006): There Is No Meaningful Relationship Between
Television Exposure and Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.
Pediatrics 117: 665-672, Fundort:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/665.full.pdf+html>, verfügbar
am 13.11.2012

Weymann, B. (2001): Schlafschwierigkeiten bei Kindern. Schlafzeiten von Kindern.
Fundort: <https://www.familienhandbuch.de/haufige-probleme/schlafprobleme-bei-kindern/schlafschwierigkeiten-bei-kindern>, verfügbar am 04.01.2013

Unveröffentlichte Quellen:

Biegert, H. (2012): AD(H)S und Schullaufbahn. Tipps zum Umgang mit AD(H)S im
sozialpädagogischen Kontext, Vortrag für den Landesverband ADHS-Sachsen

Schriftlicher Kontakt

Verfasser: Spitzer, Manfred, manfred.spitzer@znl-ulm.de, Re: Bachelorarbeit.

Empfänger: Geißler, Mandy, mgeissl2@hs-mittweida.de, 21.11.2012

Verfasser: Biegert, Hans, Hans.Biegert@hebo-schule.de, Re: Bachelorarbeit.

Empfänger: Geißler, Mandy, mgeissl2@hs-mittweida.de, 30.11.2012

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Ort, Datum

Unterschrift

