

ADHS in der Schule

Strategien für den Unterricht

**Interaktiver Online-Workshop
für Lehrerinnen und Lehrer**

Infos und praktische Tipps zu ADHS im Schulalltag:
www.info-adhs.de/workshop.html

Lilly

Lilly

Antworten, auf die es ankommt.

Autoren

Barbara Bargelé

Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. (AÜK e.V.)

Dr. Jürgen Bausch

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Allgemeinmedizin
Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Monika Bohn

Gymnasiallehrerin a.D., systemische Beraterin (SG), Coach,
Supervisorin LoB, Heilpraktikerin Psychotherapie, Oberursel

Cordula Neuhaus

Diplom-Psychologin, Diplom-Heilpädagogin, Psychologische
Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin,
Verhaltenstherapeutin

Dr. Jan-Hendrik Puls

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Hochschulambulanz für Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
Campus Lübeck

Prof. Dr. Franz Resch

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am
Universitätsklinikum Heidelberg

Gabriele Schmid

Diplom-Psychologin
Hochschulambulanz für Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck

Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugend-
psychosomatik des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Wissen, was ADHS bedeutet	
Vorbemerkung	7
Was ist ADHS?	8
Symptome, Ursachen, Diagnose und Therapie von ADHS	
Was bedeutet ADHS für den Lehrer?	16
Fallbeispiel: Burn-out-Syndrom und vorzeitige Berentung	
Was bedeutet ADHS für betroffene Kinder?	17
Fallbeispiele: Felix und Saskia	
Strategie-Bausteine für Lehrer	
Vorbemerkung	21
Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung	22
Grundlage für weitere pädagogische Maßnahmen	
Gesprächsleitfaden Elterngespräch	29
Empfehlungen für ein Gespräch mit den Eltern von Felix	
Gesprächsleitfaden Schülersgespräch	34
Empfehlungen für ein Gespräch mit Felix	
Modularer Leitfaden für den Unterricht	39
Anwendung von ausgewählten Techniken im Unterricht	
Hilfreiche Informationen	
Informationen zu gesetzlichen Ansprüchen	45
Zusätzliche Unterstützung für ADHS-Kinder und deren Eltern	
Informationsquellen zu ADHS	49
Hilfreiche Empfehlungen für Eltern	
Glossar	52
Was versteht man unter ...?	
Eckpunktepapier des BMGS	54
Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	
Kopiervorlagen	59

Vorwort

Liebe Lehrerin, lieber Lehrer,

im Januar 2006 ist unser Manual erstmals erschienen. Dank vieler konstruktiver Rückmeldungen liegt Ihnen heute die 5. überarbeitete Auflage vor. Ca. 40.000 Exemplare wurden bislang angefordert. Rückmeldungen aus Schulen, von Kolleginnen und Kollegen, anderen Fachkräften, die mit Kindern arbeiten, sowie von Eltern zeigen uns, dass unser Thema nach wie vor hoch aktuell ist, wobei unser Manual als hilfreiches Instrument bewertet wird. So ist es mittlerweile auch als pdf-Datei zum Download auf den Websites verschiedener Bildungsträger sowie Selbsthilfegruppen zu finden.

Wahrscheinlich ist Ihnen bekannt, dass Angehörige Ihrer Berufsgruppe im Vergleich zu anderen Akademikern vergleichsweise häufig ihren Beruf frühzeitig aufgeben. Der Anteil krankheitsbedingter Frühpensionen lag von 1995 bis 2005 zwischen 50 und 64 Prozent. Seit 2005 ist dieser Trend zwar rückläufig, wird jedoch zunehmend lediglich durch das Modell der Altersteilzeit abgelöst. Bei jedem zweiten der vorzeitig aus dem Dienst ausscheidenden Pädagogen seien psychische wie auch körperliche Erschöpfung („Burn-out“) die Ursache infolge der schwierigen alltäglichen Arbeit in der Schule¹. Eine wunschgemäße Unterrichtsgestaltung und ein störungsfreier Unterrichtsablauf scheinen aus außerordentlich vielen Gründen erschwert zu sein – Lehrer zu sein ist offensichtlich kein leichter Job in der heutigen Zeit.

Besonders belastend für den Lehrer ist vor allem der Umgang mit problematischen Kindern in der Klasse. Unruhige und ungezogene Kinder hat es zwar schon immer gegeben, aber es hat den Anschein, dass es nicht nur immer schwieriger wird, mit ihnen umzugehen, sondern es auch immer mehr Kinder gibt, die eine besondere Aufmerksamkeit des Lehrers erfordern – eine fast unlösbare Aufgabe in Anbetracht großer Klassen und straffer Lehrpläne.

Zu den problematischen Kindern gehören auch diejenigen, die an der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden. Bestimmt haben Sie von ADHS schon gehört, gelesen oder auch selbst bereits Erfahrungen mit ADHS-Kindern in der Klasse gemacht – bei rund 500.000 betroffenen Kindern in Deutschland müsste sich rein statistisch gesehen in jeder Schulklasse durchschnittlich ein Kind mit ADHS befinden. Die Kernsymptome dieser Erkrankung (Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität) ermöglichen es den Betroffenen mitunter nicht, dem Unterricht zu folgen, und erschweren es Ihnen als Lehrer, einen geordneten Unterricht durchzuführen.

Dass es sich bei ADHS um eine ernst zu nehmende Erkrankung handelt (und nicht um ein Erziehungsproblem o. Ä.), steht außer Zweifel. Dies ist nicht nur Stand der Wissenschaft, sondern auch die Politik hat sich bereits intensiv mit ADHS beschäftigt. So hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) im Jahre 2002 ein Eckpunktepapier zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS verabschiedet, das klare Forderungen hinsichtlich der dringend nötigen Aufklärung über das Krankheitsbild ADHS und der Anerkennung der multimodalen Therapie, inklusive der medikamentösen Therapie, enthält (s. „Hilfreiche Informationen“).

¹ Deutsches Ärzteblatt (ab 2003, 2007, Mai 2008)

In diesem Eckpunktepapier wird vor allem deutlich, wie wichtig die Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen bei der Behandlung von ADHS ist, dass Eltern, Ärzte und Lehrer „an einem Strang ziehen“. Sie als Lehrer können hier einen wichtigen Beitrag leisten, indem Sie frühzeitig auf Auffälligkeiten hinweisen, den Arzt mithilfe Ihrer Beobachtungen bei der Diagnosestellung unterstützen und die in Frage kommenden Therapiemaßnahmen mittragen. Die Mitarbeit der Eltern vorausgesetzt, können Sie also entscheidend dazu beitragen, dass Kindern mit ADHS frühzeitig und adäquat geholfen wird, diese somit – nicht nur in schulischer bzw. beruflicher Hinsicht – eine Zukunftsperspektive haben.

Vor diesem Hintergrund, vor allem aber auch angesichts der Probleme, die Sie als Lehrer im Umgang mit ADHS-Kindern tagtäglich zu bewältigen haben, haben wir uns als Autoren dieses Manuals zusammengefunden, um Ihnen im Rahmen eines neuen Konzepts Hilfestellung bei dieser speziellen pädagogischen Herausforderung zu bieten. „Wir“ sind Pädagogen, Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte, die sich intensiv mit dem Thema ADHS in der Schule auseinandergesetzt haben.

Mit dem vorliegenden Manual möchten wir Ihnen die erforderliche Kompetenz im Umgang mit ADHS-Kindern vermitteln, dadurch Ihren Stress abbauen, was sich positiv auf die gesamte Unterrichtsgestaltung und Ihre Berufsgesundheit auswirken kann.

Das Manual besteht aus zwei Teilen:

- Im ersten Teil möchten wir Ihnen erklären, was in Kindern im wahrsten Sinne des Wortes „vorgeht“, die aufgrund von ADHS über Tisch und Bänke springen, wie abwesend erscheinen oder sich partout nicht für längere Zeit auf eine Sache konzentrieren können. Anhand aktueller medizinischer Daten zu Ursachen, Diagnostik sowie Therapie von ADHS und Fallbeispielen möchten wir Ihnen das notwendige Hintergrundwissen zu ADHS an die Hand geben und Ihnen verdeutlichen, welche Auswirkungen ADHS für alle Beteiligten haben kann.
- Im zweiten Teil geht es um die konstruktive Bewältigung von typischen Belastungssituationen. Sie finden dort Empfehlungen zu Vorgehensweisen, wie zum Beispiel einen modularen Unterrichtsleitfaden, der Ihnen ganz konkret aufzeigt, wie Sie den Unterricht mit einem ADHS-Kind gestalten können.

Wir hoffen, dass Ihnen das Manual gefällt und es Ihnen vor allem in Ihrer täglichen Arbeit von Nutzen sein wird. Über weitere Rückmeldungen würden wir uns sehr freuen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Barbara Bargelé, Dr. Jürgen Bausch,
Monika Bohn, Cordula Neuhaus,
Dr. Jan-Hendrik Puls, Prof. Dr. Franz Resch,
Gabriele Schmid, Prof. Dr. Michael Schulte-
Markwort



Vorbemerkung

Lösungen für Probleme lassen sich leichter finden, wenn die aktuelle Situation von den Beteiligten in der gleichen Weise wahrgenommen wird, wenn die Erklärungsansätze für die aufgetretenen Probleme ähnlich sind, wenn Einigkeit darin besteht, welche Ziele als Erstes verfolgt werden sollen, und wenn auf allen Seiten akzeptiert wird, dass es auf diesem Weg zu weiteren Absprachen kommen kann, um die gesetzten Ziele zu erreichen.

In Bezug auf ADHS ist es für Lehrer und Eltern ein erster wichtiger Schritt, über ein gemeinsames und gut begründetes Wissen zu verfügen, worin sich ADHS äußert und was das für das Kind und alle weiteren Beteiligten in ihrer besonderen Situation bedeutet.

Aus diesem Grund finden Sie in diesem ersten Kapitel sowohl Informationen zum Krankheitsbild ADHS („Was ist ADHS?“) als auch Fallbeispiele, die deutlich zeigen, was ADHS konkret für den Lehrer und die betroffenen Kinder bedeuten kann. Sie geben Ihnen die Möglichkeit zu überprüfen, was Ihnen daran bekannt vorkommt oder neu erscheint. Die eine oder andere Beschreibung deckt sich sicherlich mit Ihren Erfahrungen und wird diese – abhängig von Ihrem Vorwissen – gegebenenfalls in ein anderes Licht rücken.

Als Lehrer verbringen Sie viele Stunden des Tages mit Ihren Schülerinnen und Schülern. Sie verfügen über die entsprechende pädagogische Kompetenz, Kinder gemäß ihren Fähigkeiten zu fördern, sie zu bilden und zu erziehen. Zudem erleben Sie die Kinder in der Schule in einem völlig anderen sozialen Kontext als die Eltern.

Ein geschärfter Blick für das Krankheitsbild ADHS wird es Ihnen ermöglichen, die ersten Weichen für eine Differenzialdiagnostik von auffälligen Kindern zu stellen und – für Sie als Lehrer entscheidend – den Unterricht mit einem ADHS-Kind in der Klasse so zu gestalten, dass er entspannter ist.

Was ist ADHS?

Symptome, Ursachen, Diagnose und Therapie von ADHS

Nomenklatur

Mit der Abkürzung ADHS bezeichnet man die **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung**. Häufig trifft man auf weitere Bezeichnungen und Abkürzungen, die für bestimmte Ausprägungen oder Subtypen der gleichen Erkrankung verwendet werden. Wir benutzen in unserem Manual einheitlich die Abkürzung ADHS – nur an den Stellen, an denen eine genauere Spezifizierung des Krankheitsbilds für das Verständnis wichtig ist, weichen wir davon ab.

Störungsbild

Aufmerksamkeitsstörungen können mit und ohne Hyperaktivität (ADHS/ADS) auftreten. Um von ADHS sprechen zu können, müssen die Symptome bereits vor dem Alter von sieben Jahren aufgetreten sein und länger als ein halbes Jahr vorliegen. Insgesamt entsprechen die Auffälligkeiten und das Verhalten der Kinder nicht ihrem Alter. Betroffen sind etwa 3 bis 7 Prozent der Kinder im schulpflichtigen Alter.

Häufige ADHS-Kernsymptome

Unaufmerksamkeit

- schlechte Konzentration
- leichte Ablenkbarkeit
- Vergesslichkeit

Impulsivität

- ständiges Unterbrechen und Stören anderer
- Herausplatzen mit Antworten
- nicht warten können

Hyperaktivität

- extremer Bewegungsdrang
- motorische Unruhe
- ständiges Laufen und Klettern
- Ruhelosigkeit/Getriebenheit

Es fällt den Kindern schwer, ihre Aufmerksamkeit gezielt und über eine längere Zeitspanne hinweg Aufgaben zu widmen, besonders wenn diese subjektiv als schwierig oder langweilig erachtet werden. Auch können sie sich nicht schnell von einer Situation auf eine andere umorientieren, wenn ihre Aufmerksamkeit bereits durch eine bestimmte Sache oder Person gebunden ist. Dazu kommt, dass der Wahrnehmungsstil dieser Kinder oberflächlich und flüchtig und dadurch mit einer entsprechend hohen Fehlerwahrscheinlichkeit behaftet ist. Sie nehmen oft ihre Umwelt nicht wertungsfrei wahr, sondern eher einseitig, direkt bewertend und polarisierend.

Begleitet wird dies häufig von raschen Stimmungsumschwüngen mit extremen Gefühlsausprägungen: Die Kinder sind in einem Moment überschwänglich begeistert, im nächsten beleidigt und im übernächsten „stinksauer“. Sie steigern sich in diese Gefühle hinein, ohne dies zu wollen.

Besonders problematisch für die soziale Interaktion ist, dass kein „automatischer Perspektivwechsel“ heranreift: ADHS-Kinder können sich nicht wie ihre Altersgenossen in andere hineinversetzen oder automatisch vorwegnehmen, was der andere sieht oder wie er handeln wird. Auch ist die Latenz, bis sie Regeln oder sie nicht interessierende Lerninhalte verinnerlicht haben, bedeutend höher als bei Nichtbetroffenen. Bei ADHS-Kindern kann man sozusagen von einer „seelischen Entwicklungsverzögerung“ sprechen.

Die Probleme sind nicht nur auf bestimmte Situationen wie Schule oder Hausaufgaben beschränkt, sondern treten fast durchgehend auf. Nur bei optimalen Bedingungen und in Einzelfällen können Kinder mit ADHS etwa gleich lange bei der Sache bleiben wie ihre Altersgenossen. Die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität können durch weitere Schwierigkeiten wie z. B. eine schlechte soziale Integration, Aggressivität, mangelhafte Schulleistungen und gefahrenträchtiges Verhalten ergänzt werden. Dabei handelt es sich um sekundäre Probleme, die aufgrund von ADHS erst entstehen.

Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen, manchmal wird das Vorliegen der Störung bei Mädchen aber auch einfach übersehen. Besonders weil sie häufiger an der eher unauffälligen Variante dieser Erkrankung leiden – ADS –, die ohne Hyperaktivität einhergeht. Die Kinder gelten als verträumt oder abwesend und vergesslich, an eine behandlungsbedürftige Störung denkt oft zunächst niemand.

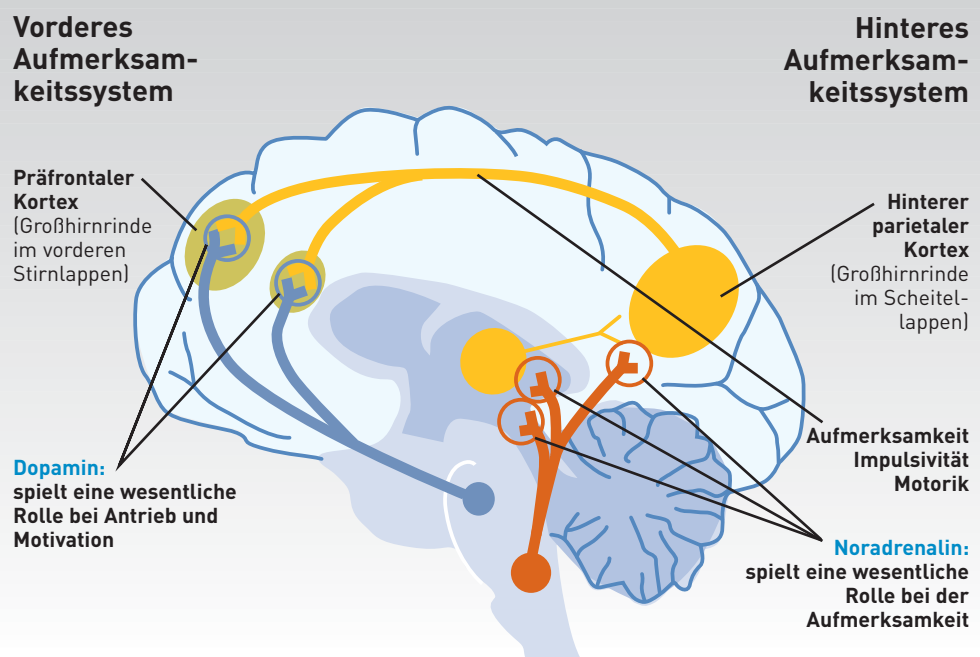
Ursachen und deren Auswirkungen

ADHS ist eine neurobiologische Erkrankung: Im Vergleich zu Nichtbetroffenen zeigen sich bei Erkrankten neben strukturellen Unterschieden Auffälligkeiten in bestimmten Botenstoffsystemen im Gehirn, die für die Informationsübertragung von Zelle zu Zelle zuständig sind. Insbesondere Dopamin und Noradrenalin spielen hier eine wichtige Rolle. Offensichtlich nutzen Betroffene in der Folge ihre neuronalen Netzwerke anders. Es fällt ihnen schwer, in einer vernetzten und geordneten Arbeitsweise komplexe Aufgaben zu bewältigen, wichtige und unwichtige Wahrnehmungen voneinander zu unterscheiden und diese Informationen in der Handlungsplanung zu berücksichtigen. Ihr Kurzzeitspeicher entwickelt nicht die normale Kapazität, der Spontanabruf von Gedächtnisinhalten und die Integration neuer Informationen sind ebenfalls problematisch. Dadurch können ADHS-Kinder nicht effektiv aus Erfahrungen lernen, und es entsteht kein Gefühl für Zeit, so dass das Einteilen von Zeit oft misslingt. Das Ungleichgewicht im Stoffwechsel des Stirnhirns, in dem die so genannten exekutiven Funktionen reguliert werden, macht es den Kindern schwer, Prioritäten zu setzen. Die Fähigkeiten, reife und ausgewogene Entscheidungen zu treffen sowie planvoll und zielgerichtet zu handeln, sind nicht ausreichend entwickelt.

In Deutschland sind ca. 500.000 Kinder im schulpflichtigen Alter an ADHS erkrankt. Das bedeutet, dass sich im Durchschnitt in jeder Schulklasse ein betroffenes Kind befindet.¹

Stille Mädchen, die eine ADS ohne Hyperaktivität zeigen, werden oft übersehen und in Ihrem Potenzial unterschätzt.

1 R. Schlack, H. Hölling, B.-M. Kurth and M. Huss: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Bundesgesundheitsblatt, Volume 50, 827-835.



Modifiziert nach Pliska et al. (1996): Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 (3): 264–272, sowie Himmelstein et al. (2001): The neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Front Biosci* 5: D461–78

Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat deutliche Fortschritte gemacht, aber noch keine vollständige Aufklärung der Ursachen von ADHS erzielen können. Man geht heute davon aus, dass viele verschiedene Faktoren an der Entstehung und Ausprägung von ADHS beteiligt sind (z. B. biologische und/oder psychosoziale Einflüsse). Als gesichert kann gelten, dass die Dysregulation des Hirnstoffwechsels in hohem Maße von genetischen Faktoren abhängt. Darum sind nicht nur häufig mehrere Kinder einer Familie betroffen, sondern möglicherweise auch ihre Eltern und später ihre eigenen Kinder.

ADHS ist eine neurobiologische Funktionsstörung mit einer hohen genetischen Komponente. ADHS wird keinesfalls durch das Verhalten oder die Erziehung der Eltern verursacht.

Entsprechend den neurobiologischen Befunden zeigen die wissenschaftlichen Studien klar, dass die elterliche Erziehung keinesfalls die Ursache von ADHS ist.

Verlauf

In der Rückschau berichten Eltern häufig, dass schon die allerersten Lebensjahre anders verlaufen seien als bei anderen Kindern. Im Kindergarten werden viele Familien erstmals auf das schwierige Verhalten ihrer Kinder angesprochen. Mit dem Schulbeginn können die Kernsymptome immer eindeutiger beschrieben werden. Wenn in der Pubertät bei vielen Patienten die motorische Unruhe spürbar nachlässt, hoffen viele, die Probleme seien nun zu Ende. Doch Unaufmerksamkeit und Impulsivität bestehen oft fort, und insbesondere ihr vorschnelles und unüberlegtes Handeln bringt die Jugendlichen bei fehlender Unterstützung immer wieder in Schwierigkeiten. Der Konsum von legalen und illegalen Drogen ist höher als bei Altersgenossen, und oft kommt es zu kleineren oder größeren Straftaten. Die Betroffenen sind häufiger in Verkehrsunfälle verwickelt

ADHS wächst sich nicht aus. Bei rund zwei Dritteln bleiben die Symptome bis ins Erwachsenenalter – wenn auch in veränderter Form – erhalten. Meist dominiert die Aufmerksamkeitsstörung.¹

¹ Trott GE. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the course of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Sep;256 Suppl 1:i21-5.

und haben Probleme in der Schule sowie später am Ausbildungs- und Arbeitsplatz. Rund zwei Drittel der Kinder werden auch als Erwachsene noch unter den Symptomen von ADHS leiden.

Selbstbild

Im Gegensatz zu ihrer Umwelt nehmen besonders Kindergarten- und Grundschul Kinder die Kernprobleme der Aufmerksamkeitsstörung kaum selbst wahr. Sie tun einfach das, was ihnen im jeweiligen Augenblick richtig und wichtig erscheint. Jugendliche sind zunehmend mehr in der Lage, ihre Konzentrationsprobleme zu beschreiben und zu bemerken, dass sie oft vorschnell handeln. Was sie aber in der Regel sehr deutlich realisieren, ist, dass sie es mit den Menschen in ihrer Umgebung schwer haben. Sie spüren, dass es zunehmend problematischer wird, Freunde zu finden, und dass sie ausgegrenzt werden. Häufig gibt es Streit zu Hause, und in der Schule fällt das Lernen schwer. Die Hausaufgaben sind eine Qual, die Lehrer sind unzufrieden, weil Unterrichtsmaterial häufig vergessen wird und der Ab-

Wird ADHS nicht frühzeitig diagnostiziert und adäquat behandelt, können diverse sekundäre Begleiterkrankungen und Probleme auftreten.

lauf in der Klasse gestört wird. Kinder mit ADHS bringen diese Dinge nicht unbedingt mit eigenem Fehlverhalten in Verbindung, aber sie fühlen sich von ihren Mitmenschen oft ungerecht be-

handelt. Wut und Aggression, aber auch sozialer Rückzug, Ängste und Depressionen können die Folge sein.

Familie

Für die Familie stellt sich bald die Frage, ob die eigene Erziehung schuld an dem auffälligen Verhalten des Kindes ist – häufig wird diese Frage auch von anderer Seite an die sich zunehmend überfordert fühlenden Eltern herangetragen. Partnerschaftskonflikte um Erziehungsfragen entstehen, und die Erwachsenen leiden insgesamt unter der ständig herrschenden Anspannung. Die schulischen Probleme führen zu Ängsten, mit der Schule in offenem Kontakt zu bleiben. Nicht betroffene Geschwister fühlen sich ins Abseits gestellt und werben selbst auf ihre Art und Weise um die Aufmerksamkeit von Mutter

und Vater. Zusätzlich erschwert werden kann die Situation durch die ebenfalls vorliegende ADHS-Erkrankung eines oder beider Elternteile. Die Betreuung der von ADHS betroffenen Kinder ist schwierig, ihr lautes und ungestümes Verhalten führt dazu, dass sie nicht immer gern gesehene Gäste bei den Eltern anderer Kinder sind. Großeltern, Freunde und Babysitter fühlen sich der Aufgabe häufig nicht gewachsen.

Schule

Obwohl die besonderen Probleme der Kinder auch im Kindergartenalter oft schon erkennbar sind, stellt die Schule die entscheidende Hürde für die meisten Kinder mit ADHS dar. Das ungewohnte Stillsitzen und die notwendige Selbstkontrolle überfordern sie, es fällt schwer abzuwarten. Und 45 Minuten sind eine sehr lange Zeit, wenn die Konzentration nach zehn Minuten bereits am Ende ist. Kinder mit ADHS sind als Gruppe nicht mehr und nicht weniger intelligent als ihre Altersgenossen. Natürlich gibt es auch unter ihnen Kinder mit hoher oder niedriger Intelligenz, doch weder sind sie übermäßig häufig hochbegabt, noch in ihrer Mehrzahl Kandidaten für die Förderschule. In jedem Fall aber fällt es ihnen schwer, ihr intellektuelles Potenzial voll auszuschöpfen. Damit enttäuschen sie nicht nur sich selbst und ihre Eltern, sondern auch ihre Lehrer, die nicht selten annehmen, das Kind könne, wolle aber nicht mitarbeiten. Auch wer als Lehrer um die besondere Problematik der Kinder weiß, empfindet sie häufig als sehr anstrengend. Oft scheint die Mühe, die sich viele Lehrkräfte machen, nicht so recht zu fruchten. Der Kontakt zu den Eltern wird zunehmend angespannt. Die Konsequenz daraus ist, dass die

Kinder mit ADHS sind im Durchschnitt NICHT mehr und NICHT weniger intelligent als ihre Altersgenossen. Sie können aber aufgrund von ADHS ihr intellektuelles Potenzial oft nicht voll ausschöpfen.

Quote der ADHS-Kinder, die eine Klasse wiederholen oder gar die Schule ohne Abschluss verlassen müssen, deutlich erhöht ist.

Ansprechpartner

Die Diagnose sollte von Fachleuten gestellt werden – dies sind Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch erfahrene und entsprechend qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Klinische Psychologen. Vorausgegangen sein sollte die körperliche und neurologische Untersuchung durch einen Kinder- und Jugendarzt. Sinnvoll ist oft auch die Vorstellung bei HNO- und Augenärzten, um entsprechende Beeinträchtigungen nicht zu übersehen. Weitere mögliche Ansprechpartner sind sozialpädiatrische Zentren sowie der Schulpsychologische Dienst.

Untersuchung

Um andere Erkrankungen auszuschließen, gehört zur Basisdiagnostik eine eingehende körperlich-neurologische Untersuchung, gegebenenfalls ergänzt durch Laboranalysen und ein EEG. Entscheidend ist die ausführliche Erhebung der Vorgeschichte des Kindes und seiner Familie, die durch Fragebögen und Angaben von Dritten ergänzt wird. Die Durchsicht der Zeugnisse, aber auch aktuelle Situationsbeschreibungen der Lehrer und von ihnen ausgefüllte Fragebögen sind unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik. Standardmäßig werden darüber hinaus Intelligenz- und Aufmerksamkeitstest durchgeführt

Entscheidend ist: Keine Therapie ohne vorhergehende Diagnostik! ADHS kann nicht durch eine „Blickdiagnose“ oder ein kurzes Gespräch festgestellt werden und erfordert viel fachliche Erfahrung.

Differenzialdiagnostik und Ausschlussdiagnostik

Die Symptome von ADHS können oberflächlich betrachtet mit denen anderer Probleme, Störungen oder Krankheiten verwechselt werden. Für den Bereich der Kinderheilkunde sind dies zum Beispiel Schilddrüsenstörungen oder Anfallsleiden. Kinder- und jugendpsychiatrisch sollte die Problematik von Sozialverhaltensstörungen, Ängsten, Depressionen oder autistischen Störungen abgegrenzt werden. Vor allem bei Jugendlichen muss auch an eine beginnende Psychose

oder eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung gedacht werden. Auch Kinder mit einer Lernbehinderung oder, seltener, einer Hochbegabung können sich ähnlich auffällig verhalten. Gleiches gilt bei einer schulischen Überforderung – etwa an der weiterführenden Schule – oder bei anderen Auslösern in der aktuellen Lebenssituation des Kindes. Manchmal verbergen sich nämlich hinter ähnlichen Symptomen auch traumatische Erfahrungen wie Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Operationen oder der Verlust von bedeutsamen Bezugspersonen, ja sogar von Haustieren.

Begleiterkrankungen

Kinder mit ADHS haben häufig noch andere kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen. Neben einem trotzig-oppositionellen Verhalten

In mehr als der Hälfte aller Fälle haben Kinder mit ADHS eine Begleiterkrankung, eine sogenannte Komorbide Störung. Diese kann die Entwicklung des Kindes zusätzlich erschweren.

oder einer Sozialverhaltensstörung können dies auch Depressionen, Ängste oder Zwänge sein. Auch Tics und das Tourette-Syndrom, also Erkrankungen mit unwillkürlichen Muskel-

zuckungen, vor allem im Gesichts- und Schulterbereich, oder auch plötzlichen und ungewollten stimmlichen Äußerungen, treten bei Kindern mit ADHS gehäuft auf. Oftmals finden sich außerdem umschriebene Entwicklungsstörungen und Teilleistungsschwächen wie Legasthenie und Dyskalkulie. Schließlich kann ADHS auch von einer Lernbehinderung begleitet werden.

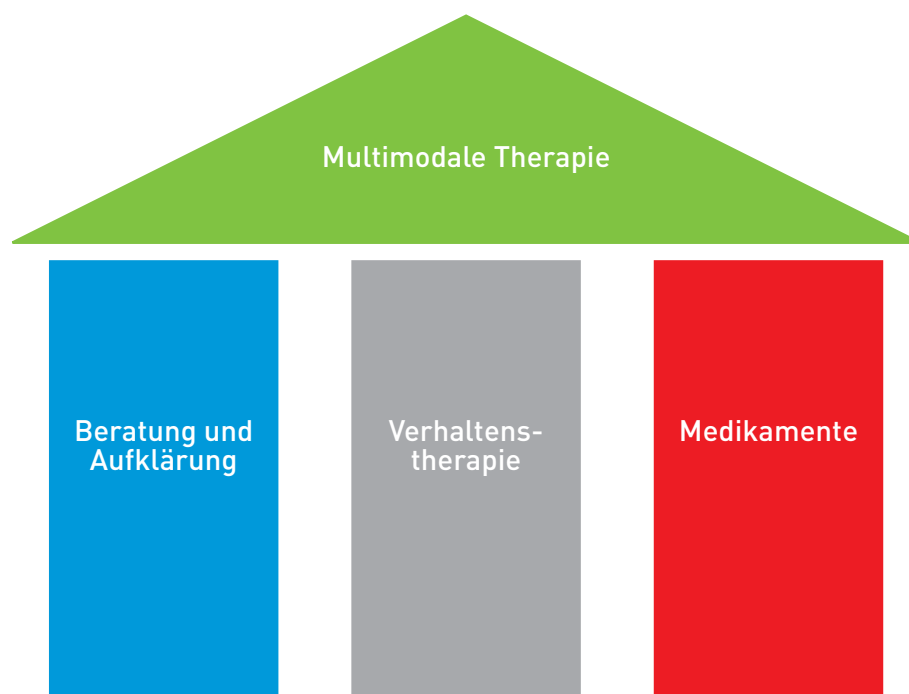
Therapie

Die Therapie von ADHS sollte in der Regel

Die Bausteine eines multimodalen Therapiekonzepts sind Beratung und Aufklärung, Verhaltenstherapie sowie medikamentöse Behandlung, die einzelfallabhängig kombiniert werden.

immer multimodal angelegt sein. Dabei ergänzen sich optimalerweise verschiedene Behandlungsmethoden, so dass mit ihrem Zusammenwirken der bestmögliche Erfolg erzielt wird. Gleiches gilt für die Integra-

tion verschiedener Ansprechpartner in die Behandlung.



Grundlage jeder Therapie muss wie bei allen chronischen Erkrankungen die gründliche Aufklärung und Information der Familie, also altersentsprechend auch des Kindes oder Jugendlichen, über das Störungsbild und seine Ursachen sein. Eine kontinuierliche Betreuung und Beratung zu den immer wieder auftretenden Fragen ist unerlässlich. Auch die Schule sollte gut informiert sein. Nur dann kann der Erfahrungsschatz der Lehrer, aber auch ihre präzise Beobachtung der erreichten Fortschritte, für die Behandlung genutzt werden.

Verhaltenstherapeutische Verfahren (z. B. Elterntrainings, siehe nachfolgend) helfen, störende Verhaltensweisen zu erkennen und abzulegen sowie neue gewünschte lösungs- und zielorientiert zu erlernen. Hierbei ist es wichtig, die Entwicklungsbereiche (positiver Begriff für die zu verändernden Verhaltensweisen) ressourcenorientiert, d. h. unter Einbindung vorhandener Stärken der betroffenen Kinder, anzugehen.

Nicht alle ADHS-Kinder benötigen Medikamente. Wenn diese aber angezeigt sind, können sie die Symptome dieser Störung deutlich mindern. Oft sind sie erst die Grundvoraussetzung dafür, dass weitere Maßnahmen Erfolg bringend durchgeführt werden können.

Neben diesen wichtigsten Bausteinen des multimodalen Therapiekonzepts können zusätzlich Trainings zur Konzentrations- und Wahrnehmungsförderung und sozialen Kompetenz hilfreich sein.

Verhaltenstherapie

Von den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren konnte insbesondere für die Verhaltenstherapie nachgewiesen werden, dass mit ihr eine Reduktion der ADHS-typischen Symptome gelingt. In der Verhaltenstherapie, die als Einzel-, aber auch als Gruppentherapie angewendet werden kann, geht es um die gezielte Veränderung des täglichen Verhaltens. So kann mit dem Kind herausgefunden werden, welche Verhaltensformen besonders gut und welche weniger gut zur Bewältigung einer bestimmten Situation geeignet sind. Die Therapie zielt darauf ab, das erwünschte Verhalten zu verstärken, also zu belohnen, so dass es häufiger angewendet wird. Dazu ist die enge Kooperation mit den Eltern, aber auch mit der Schule notwendig. Die Verhaltensänderungen können sich dabei auf die Mitarbeit im Unterricht oder die Erledigung von Pflichten wie Hausaufgaben, aber auch auf den Umgang mit Stress und Streit oder negativen Gefühlen wie Angst, Wut oder Selbstunsicherheit beziehen.

Elternt raining

Störungsspezifisch orientierte Elternt rainings sind eine Quelle der Entlastung und Information zugleich. Wie bei anderen Elternt rainings und Erziehungsberatungen auch, liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung eines wohlwollenden, aber konsequenten Erziehungsansatzes sowie von Sachwissen über die kindliche Entwicklung. Zudem wird Eltern erläutert, wie sie auf die Besonderheiten ihrer Kinder mit ADHS eingehen können. Durch die Begegnung mit anderen betroffenen Vätern und Müttern haben viele Eltern erstmals das Gefühl, mit ihren speziellen Problemen nicht allein zu stehen. In der Gruppe wird auch deutlich, dass es keine Patentlösungen gibt – wohl aber Erfahrungen, von denen andere profitieren können. Schließlich wird deutlich gemacht, dass die Eltern mit der Veränderung eigenen Verhaltens auch das Verhalten des Kindes beeinflussen können und so wesentlich zu seiner positiven Entwicklung beitragen können.

Medikamente

Die medikamentöse Behandlung ist eine der Säulen der Behandlung. Während es in der Öffentlichkeit immer wieder Vorbehalte gibt, zeigen die Forschungsergebnisse aus mehreren Jahrzehnten, dass diese Therapie in der Regel wirksam und gut verträglich ist. Die Behandlung sollte sich immer auf eine solide Diagnose stützen. Eine Medikation vor dem sechsten Lebensjahr wird in der Regel nicht empfohlen. Danach sollte die Wirksamkeit ebenso wie mögliche Nebenwirkungen von Eltern und Lehrkräften gemeinsam beurteilt werden. Die zur Behandlung einer ADHS eingesetzten Medikamente unterscheiden sich zum einen in ihrem Wirkmechanismus (Stimulanzien und selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) und in ihrer Wirkdauer (von 2 bis 4 Stunden bis hin zu einer länger anhaltenden Wirkung). Dabei unterliegen die Stimulanzien dem Betäubungsmittelgesetz, weshalb sie auf einem speziellen Rezept (dem sogenannten BtM-Rezept) verordnet werden müssen, während selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer auf einem normalen Rezept verordnet werden können. Ein Teil der Medikamente erlauben eine Behandlung über den ganzen Tag hinweg mit einer einmaligen morgendlichen Gabe.

Ergänzende Therapieoptionen

Viele Familien haben Erfahrungen mit weiteren therapeutischen Möglichkeiten gemacht, die allerdings bisher in ihrer Wirksamkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen wurden. So werden nicht nur die Verhaltenstherapie, sondern auch viele weitere psychotherapeutische Verfahren bei der Behandlung der ADHS eingesetzt, unter anderem oftmals ergänzend die Familientherapie.

Der verhaltenstherapeutische Ansatz selbst wird zunehmend durch Verfahren wie z. B. „kreatives Malen mit Fingermax®“ oder „tiergestützte Therapie und Pädagogik“, die die individuelle Bedürfnislage der Kinder berücksichtigen, erweitert. Gerade der Einsatz von Tieren in der Therapie kann den Zugang zu den Kindern erleichtern, was beispielhaft durch ein Ludwigshafener Projekt mit Schulverweigerern belegt worden ist.

Soziale Kompetenztrainings werden bei Kindern an Grundschulen und weiterführenden Schulen vor allem in Gruppen angewendet. Die Ergotherapie wird hauptsächlich mit Kindern im Vor- und Grundschulalter durchgeführt. Psychomotorik, Musiktherapie und Reittherapie können bei Kindern dieser Altersgruppe die Freude an Bewegung und den Umgang mit Tieren aufgreifen und sowohl die motorische als auch die emotionale Entwicklung fördern. Biofeedbackverfahren haben ebenso wie Seh- und Hörverarbeitungstrainings erste ermutigende Ergebnisse gebracht. Darüber hinaus gibt es Angebote für Kurse zur Konzentrationsförderung sowie lerntherapeutische Methoden.

Zusammenfassung

Der Wissensstand zu ADHS ist umfangreich. Manche Details können Einsteigern als verwirrend erscheinen. Die wichtigsten Fakten sind jedoch sehr eindeutig belegt. ADHS ist eine neurobiologische Erkrankung mit erheblichen psychosozialen Auswirkungen. Die Diagnostik erfordert einen hohen Aufwand und viel Erfahrung. Die Therapie sollte multimodal angelegt sein und dabei vor allem auf die Elemente Elterntraining, Verhaltenstherapie und Medikation zurückgreifen. Durch fachgerechte Behandlung kann der Verlauf positiv beeinflusst werden.

Was bedeutet ADHS für den Lehrer?

Fallbeispiel: Burn-out-Syndrom und vorzeitige Berentung

Liebe Lehrerin, lieber Lehrer,

Sie sind in Ihrer pädagogischen Rolle eigentlich Schwerstarbeiter. Große Klassen, ein enormer Lärmpegel, häufig unmotivierte Kinder und Jugendliche, fehlende Kollegialität sowie belastende Konferenzen sind nur einige der Aufgaben, denen Sie sich täglich stellen müssen.² Während sich der Lehrberuf in der Vergangenheit keiner allzu großen Beliebtheit erfreute, entsteht in unserer Bevölkerung glücklicherweise ein wachsendes Verständnis für das, was Sie täglich in der Arbeit mit jungen Menschen und bei sich stetig wandelnder Bildungspolitik meistern. Laut einer durch DIE ZEIT 2009 in Auftrag gegebenen Umfrage sind 64 % der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands der Auffassung, dass Sie gute Arbeit innerhalb eines herausfordernden Systems leisten. Dass Sie einer Profession angehören, die zu den am meisten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffenen Berufsgruppen zählt, ist mittlerweile unbestritten.

Von daher ist „Lehrergesundheit“ ein wichtiges Thema auch für die Bildung und Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. Denn gesunde Lehrer können mit Freude und Engagement am Werk sein, ohne sich selbst aufzugeben, und sind damit wertvolle Lernbegleiter und Rollenmodelle unserer Kinder und Jugendlichen. Pädagogische Supervision und kollegiale Fallarbeit können dazu dienen, dass Sie Unterstützung und Entlastung finden. Wie wohltuend dies sein kann, können Ärzte und Therapeuten schon seit Jahrzehnten berichten, für die diese Form der „Selbsthygiene“ zum Pflichtprogramm gehört.

Unser Fallbeispiel beschreibt Ihren Kollegen, Herrn Arno B., der mit seinem Schicksal leider keinen Einzelfall darstellt. Seine Situation demonstriert eine Entwicklung, die Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit so oder so ähnlich schon einmal selbst in Ihrem Kollegenkreis miterlebt haben. Das folgende Beispiel zeigt deutlich, wie die Anforderungen des Lehrerberufes, vor allem kontinuierlich problematische Unterrichtssituationen und Auseinandersetzungen mit Eltern auf lange Sicht ernsthaft krank machen können. Und nicht selten sind die vermeintlichen „Störenfriede“ und „Klassenkasper“ ADHS-Kinder, die den Unterrichtsrahmen schnell sprengen können.

Arno B. aus C., 56 Jahre, ist Witwer, der in einer neuen Beziehung lebt. Er ist Grundschullehrer und gilt in seiner Schule als schwierig und minder belastbar. Nach einem vergeblichen und lauten Disput mit einer allein erziehenden Mutter bekommt er einen Hörsturz. Er hatte versucht, der Frau begreiflich zu machen, dass ihr 9-jähriger Sohn als „Klassenkasper“ nahezu jede Unterrichtsstunde sprengt und außerdem erhebliche Leistungsdefizite aufweist. Die gewünschte Unterstützung der Mutter zur Erziehung des unruhigen Jungen bleibt jedoch nicht nur aus, sondern wird von ihr umgemünzt als eine notwendige Reaktion des Bubens auf seine Voreingenommenheit und Erziehungsschwäche. Nach einigen Tagen kehrt das Gehör wieder zurück, jedoch nur allmählich, und hinterlässt ein an Intensität wechselndes störendes und einseitiges Ohrgeräusch. Schlaf und Konzentration leiden; Korrekturen, Unterrichtsvorbereitungen und das Disziplinieren der Klassen im Unterricht fallen ihm immer schwerer. Am Morgen klagt er über Unwohlsein und Lustlosigkeit. Innerlich plagt ihn auch die zunehmende Angst, allmählich zum Versager zu werden und den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein – Arno B. hat schließlich nicht nur diesen einen „Klassenkasper“ ...

Die Schulleitung lässt ihn nach einer Attacke des Elternbeirates im Regen stehen. Es folgt ein erneuter Hörsturz. Trotz längerer Arbeitsunfähigkeit tritt keine Erholung ein. Es folgt eine antidepressive medikamentöse Therapie, die erfolglos bleibt. Nach einem vergeblichen Versuch der Wiederaufnahme des Unterrichts am Ende eines eineinhalbjährigen, auch psychotherapeutisch begleiteten Leidenswegs ist die vorzeitige Versetzung in den Ruhestand aus Krankheitsgründen unvermeidlich.

Was bedeutet ADHS für betroffene Kinder?

Fallbeispiele: Felix und Saskia

Die Fallbeispiele der Grundschul Kinder Felix und Saskia sind so ausgewählt, dass sie einerseits typische Merkmale von ADHS aufzeigen. Andererseits beschreiben sie unterschiedliche Perspektiven (Kind, Eltern, Lehrer) und machen schließlich gleichzeitig auf schulrelevante Formulierungen aufmerksam, wie sie sich auch in verbalisierten Zeugnissen finden.

Wir laden Sie an dieser Stelle explizit ein, sich auf die verschiedenen Perspektiven einzulassen und auf Ihre unterschiedlichen Wahrnehmungen zu achten. Perspektivwechsel können nützlich sein, um die Situation der betroffenen Kinder und ihrer Familien noch besser zu verstehen. Dieser Ansatz wird bereits durch ein altes indisches Sprichwort zum Ausdruck gebracht:

„Um jemanden wirklich verstehen zu können, musst du mindestens tausend Meilen in seinen Schuhen gegangen sein.“

Fallbeispiel 1: Felix (2. Schuljahr)

Der 8-jährige **Felix** besucht die zweite Grundschulklasse und fragt sich, warum das ganze Leben so „blöd“ ist und ob es nicht viel besser wäre, niemals geboren worden zu sein. In der Familie sei alles nur „blöd“. Der jüngere Bruder werde mehr geliebt und dürfe alles, er dürfe nichts. Die Mama habe ihn eh nicht lieb, und der Papa habe nie Zeit für ihn. Am liebsten ginge er auch nicht in die Schule, weil dort alle nur gegen ihn seien. Er werde ungerechterweise von den Lehrerinnen immer beschuldigt, an allem schuld zu sein. Und ständig werde er von anderen Kindern so provoziert, dass er nur noch wie wild um sich schlage. Er wisse gar nicht, was mit ihm los sei.

Die **Lehrerinnen** sehen Felix als Klassenkasper, der sich ständig in den Vordergrund spielen muss. Besonders montags sei er kaum zu bremsen und störe massiv den Unterricht durch Zwischenrufe und Umherlaufen. Aufgrund seiner niedrigen Frustrationsgrenze sei der Junge ständig in Streitereien und Schlägereien verwickelt. Seine Leistungen seien schwankend und tagesformabhängig. Sein Schriftbild müsste Felix dringend verbessern und er müsse mehr Ordnung halten. Erstaunlicherweise sei der Junge in der Zweiersituation wie verwandelt und sehr zugänglich. Die Lehrerinnen sind der Auffassung, dass die Eltern ihren Sohn nicht richtig erzögen. Felix müsse einfach lernen, motivierter und ehrgeiziger zu sein.

Vor allem die **Mutter** ist verzweifelt. Sie hat das Gefühl, dass ihr der ältere Sohn entgleitet, und aufgrund der zahlreichen Klagen aus der Schule befürchtet sie ein massives Schulversagen. Von der Schule habe Felix eine sehr schlechte Meinung, alle Lehrerinnen seien „blöd“, „doof“ und ungerecht. Keine verstehe ihn. Oft müsse er Strafarbeiten erledigen, die seinen Hass auf die Schule noch verstärkten.

Zudem attackiere Felix ständig seinen kleineren Bruder. Seine Unruhe und Zerstreutheit habe er kaum unter Kontrolle, und er fühle sich bereits durch die kleinste Kritik grundsätzlich in Frage gestellt. Seine Essmanieren ließen sehr zu wünschen übrig, und es falle immer etwas auf den Boden.

Von ihrem Mann fühlt sich Felix' Mutter nicht sehr verstanden und unterstützt. Er vertritt die Auffassung, dass Felix ein wilder Junge sei, der sich „die Hörner noch abstoße“.

Vorgehensweise und weitere Entwicklung

Als sich die Situation immer mehr zuspitzt, suchen die Eltern einen Facharzt auf. Die psychologische Testung zeigt, dass Felix über eine gute Intelligenz verfügt, sich aber nur kurze Zeit konzentrieren kann. Jedes Geräusch und jede Bewegung lenken ihn ab. Nach der anschließenden medizinischen Untersuchung stellt der Arzt die Diagnose ADHS mit ausgeprägter Hyperaktivität und Impulsivität. Er empfiehlt, das Kind zunächst psychotherapeutisch und gegebenenfalls medikamentös zu behandeln. Er rät den Eltern, parallel dazu an einem Elterntermin teilzunehmen. Sie stimmen diesem Vorgehen zu.

Felix lernt im verhaltenstherapeutischen Einzeltraining, mit seiner Impulsivität umzugehen und Provokationen zu ignorieren, so dass sich die Lage in der Schule und zu Hause etwas entspannt. Sein Selbstwertgefühl steigt, indem sein Fokus auf das gelenkt wird, was ihm gelingt und was er gut kann. Auch die Eltern profitieren von ihrem Training. Sie lernen, auf die Unruhe ihres Kindes gelassener zu reagieren und klarere Strukturen und Regeln in den Familienalltag zu bringen. Zudem informieren Felix' Eltern seine Lehrer und vereinbaren, dass der Junge Auszeiten erhält. Außerdem binden die Lehrer seinen Bewegungsdrang in hilfreiche Aktionen wie Tafelputzen positiv ein. Der feste Sitzplatz an einem Tisch mit ruhigeren Kindern erleichtert Felix die konstruktive Mitarbeit im Unterricht. Aufgrund seiner guten schulischen Leistungen erhält Felix Mitte der 4. Klasse die Empfehlung zum Wechsel auf das Gymnasium.

Fallbeispiel 2: Saskia (4. Schuljahr)

Saskia ist zehn Jahre alt und besucht die vierte Grundschulklasse. Sie weiß, dass die Zeugnisnoten des 1. Halbjahres darüber entscheiden, welche weiterführende Schule sie besuchen darf. Obwohl sie fleißig lerne, wisse sie in den meisten Klassenarbeiten nur noch wenig. Irgendwie fühle sich das an, als wäre alles wie weggeblasen. Saskia habe das Gefühl, „doof“ zu sein und nicht so gut mitzukommen wie die anderen. Dabei strengt sie sich doch so an. Während des Unterrichts sitze sie ganz still da und merke dann plötzlich, dass sie in einer ganz anderen Welt gewesen sei. Die Wolken am Himmel oder der singende Vogel auf dem Baum vor dem Fenster ihrer Klasse wüssten ja auch so interessante Geschichten zu erzählen. Abends falle ihr das Einschlafen immer schwerer. Vor lauter Bauchschmerzen und Kopfschmerzen wisse sie manchmal nicht mehr ein noch aus. Auch Mama sei nie zufrieden mit ihr. Die „blöden“ Aufträge, wie Getränke holen oder Wäsche sortieren, könne sie doch keiner merken. Es ist alles viel zu viel für sie.

Die **Lehrerinnen** können sich über Saskias Sozialverhalten nicht beklagen. Das Mädchen sitze ruhig an seinem Tisch und störe keinen. Auch sei es in der Lage, seinen Platz in Ordnung zu halten. Sogar der Ranzen wirke aufgeräumt. Wenn Saskia wolle, zeige sie ein sehr ordentliches Schriftbild. Umso unverständlicher sei es ihnen, dass das Mädchen in seinen Leistungen so sehr nachgelassen habe. Geträumt habe Saskia schon immer, aber sie sei bis zum dritten Schuljahr doch noch ganz gut mitgekommen. Nun ja, wahrscheinlich brauche sie noch mehr Zeit, sich zu entwickeln. Sie sei eben extrem langsam und lasse sich schnell ablenken.

Die **Eltern** verstehen die Welt nicht mehr. Ihre beiden ältesten Kinder besuchen erfolgreich das Gymnasium, und auch für Saskia sah es bis zum dritten Schuljahr so aus, als könne sie den älteren Geschwistern folgen. Gut, so selbstständig wie die Großen sei sie nie gewesen. Oft sei es

notwendig, wegen der Hausaufgaben bei den Klassenkameradinnen anzurufen, da Saskia vergessen habe, sie aufzuschreiben. Zudem müsse man bei der Erledigung der Aufgaben immer neben ihr sitzen, weil sie einfach keinen Anfang findet. Mit etwas Unterstützung funktioniere es dann aber eigentlich doch recht gut. Am Fleiß könne es nicht liegen, denn Saskia verbringe mittlerweile den ganzen Nachmittag mit Schulaufgaben. Umso bedauerlicher sei es, dass das Kind das, was es zu Hause gekonnt habe, in den Arbeiten nicht zeigen könne. Eine positive Ausnahme habe es allerdings gegeben, als Saskia wegen einer Erkrankung die Deutscharbeit allein mit der Lehrerin habe nachschreiben müssen.

Der **Mutter** tut es Leid, dass sie so oft barsch auf die Misserfolge des Kindes reagiert und ihr die klugen Geschwister immer wieder vor Augen führt. Schon seit einiger Zeit will sich Saskia nicht einmal mehr mit Schulfreunden verabreden.

Vorgehensweise und weitere Entwicklung

Das Gespräch mit den Lehrerinnen am Elternsprechtag zeigt Saskias Eltern, dass ihre Tochter Hilfe braucht. Das einst so fröhliche Kind hat sich immer mehr in sich zurückgezogen und im Religionsunterricht sogar gesagt, dass es gut verstehen könne, wenn sich Menschen auf den Tod freuen.

Der Kinderarzt überweist Saskia zu einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich sehr viel Zeit für Gespräche und sorgfältige Diagnostik nimmt. Nach eingehenden organischen, neurologischen und psychologischen Untersuchungen kommt die Ärztin zu dem Ergebnis, dass bei Saskia eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung, jedoch ohne Hyperaktivität (ADS) vorliege. Sie klärt die Eltern über mögliche Therapien auf, die Saskia unterstützen könnten. Nach sorgfältigen Überlegungen stimmen sie zu, dass Saskia mit einem aufmerksamkeitsfördernden Medikament behandelt wird und zusätzlich eine Verhaltenstherapie erhält.

Dank verständnisvoller Lehrerinnen, die Saskia nun verstärkt Strukturierungshilfe geben, ihre Konzentration immer wieder zum Unterricht zurücklenken und es ihr ermöglichen, die Klassenarbeiten in der Zweiersituation zu schreiben, kann das Mädchen aufatmen und erste kleine Erfolgserlebnisse verbuchen. Nach der vierten Klasse wechselt sie auf eine Realschule, wo sie unter Berücksichtigung des Nachteilsausgleiches erfolgreich am Unterricht teilnehmen kann (Informationen zum Nachteilsausgleich siehe „Informationen zu gesetzlichen Ansprüchen“).



Vorbemerkung

Sie halten dieses Manual in den Händen, weil Sie auf der Suche nach pädagogisch sinnvollen Möglichkeiten sind, ein Kind mit ADHS zu unterrichten und den Umgang mit diesem Kind in Ihren Schulstunden positiv zu gestalten. Jedes Kind mit dem Störungsbild ADHS ist anders und in unterschiedlichen schulischen Bereichen beeinträchtigt – es benötigt also individuelle pädagogische Strategien, die Ihnen und dem Kind das schulische Miteinander erleichtern können.

Dieses Manual bezieht sich auf einen konkreten Schüler, von dem Sie wissen oder vermuten, dass er ADHS hat. Vielleicht haben Sie schon Kontakt zu den Eltern oder einem Arzt/Psychologen und erste Möglichkeiten zum Umgang mit diesem Kind erarbeitet, oder aber Sie stehen erst am „Anfang“ eines solchen Weges ...

In jedem Fall besteht der erste logische Schritt – noch vor der Erarbeitung geeigneter pädagogischer Maßnahmen für ein Kind – in einer möglichst genauen Beschreibung des Verhaltens des Kindes: Was fällt im Unterricht im Einzelnen auf? Mit welchen Verhaltensweisen behindert das Kind sich selbst oder auch andere Kinder der Klasse? Andererseits: Welche Stärken bzw. positiven Aspekte bringt das Kind in den Unterricht ein? Der „Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung“ soll Ihnen hier eine Hilfestellung geben.

Das weitere Vorgehen hängt natürlich von der jeweiligen Situation ab. Aus diesem Grund haben wir für Sie in diesem Kapitel einzelne Bausteine zusammengestellt, die wir für die Erarbeitung einer individuellen pädagogischen Strategie als wichtig erachten, die Sie aber unabhängig voneinander nutzen können. Sie finden dort – neben dem Fragebogen, der quasi die Grundlage bildet – Empfehlungen für die Gespräche mit den Eltern und dem Kind („Gesprächsleitfaden Eltern- bzw. Schülergespräch“) sowie Vorschläge zu konkreten Strategien für den Unterricht („Modularer Leitfaden für den Unterricht“).

Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung

Grundlage für weitere pädagogische Maßnahmen

Die Beantwortung der folgenden Fragen kann Ihnen helfen, einen konkreten Schüler, von dem Sie wissen oder vermuten, dass er ADHS hat, besser einzuschätzen. Der Fragebogen führt Sie durch verschiedene Verhaltens-, Persönlichkeits- und Leistungsmerkmale des Kindes und Ihres pädagogischen Handelns. Dimensional angelegte Beurteilungsskalen sollen die Ausprägung des in Frage stehenden Verhaltens des Kindes bildhaft verdeutlichen – für Sie selbst oder z.B. als Grundlage für ein Elterngespräch oder das Gespräch mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern.

Sie sind die anerkannten Experten und Expertinnen in der Schule. Nur mithilfe Ihrer wertvollen Informationen kann das Kind optimal begleitet und gefördert werden.

Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Nutzen Sie bei Unsicherheiten einige Tage der Verhaltensbeobachtung im Unterricht oder den Kontakt zu Lehrerkollegen, um das Kind möglichst exakt beschreiben zu können. Greifen Sie z. B. diejenigen Verhaltensweisen heraus, die Sie als am meisten störend empfinden, und führen Sie in der kommenden Woche eine Strichliste über die Auftretenshäufigkeit in jeder einzelnen Schulstunde – ohne Ihr übliches Lehrverhalten zu verändern („beobachten und festhalten“). Dies kann Ihnen das Ausfüllen des Bogens erleichtern und eine gute Grundlage für Ihr weiteres pädagogisches Vorgehen sein.

(Eine Kopiervorlage dieses Bogens finden Sie am Ende des Manuals.)

A. RAHMENBEDINGUNGEN

Name des Kindes:

Alter des Kindes: Jahre

Klasse:

Unterrichtsfächer:

Wochenstunden:

Klassengröße:

Ich unterrichte das Kind seit:

Meine Beziehung zum Kind bewerte ich wie folgt:

Sitznachbar des Kindes (falls zutreffend):

Sitzt eher

vorn

mittig

hinten

Gute/Eher gute Kontakte hat das Kind derzeit zu folgenden Mitschülern:

Schlechte/Eher schlechte Kontakte hat das Kind derzeit zu folgenden Mitschülern:

Der letzte Elternkontakt (telefonisch, persönlich) fand vor _____ Wochen/Tagen statt.

Anlass:

Besteht eine formale ADHS-Diagnose? ja nein

Falls ja, ist mir diese bekannt seit

Gibt es bereits laufende Behandlungen/Unterstützungen, von denen ich weiß?

Medikamente Ergotherapie Verhaltenstherapie
 Elternberatung Nachhilfe andere:

Behandelnder Arzt/Therapeut (falls bekannt):

Telefonnummer (falls bekannt):

Bestand bereits Kontakt zum Arzt/Therapeuten? Wenn ja, wann zuletzt?
.....

Wie sehen die Schulleistungen des Kindes derzeit in einer Schulnote ausgedrückt aus?

Deutsch schriftlich mündlich

Mathematik schriftlich mündlich

Sachkunde schriftlich mündlich

In welchen Fächern erbringt das Kind nicht mehr ausreichende Leistungen?
.....

Welche Fächer liegen dem Kind besonders?
.....

In welchen Fächern/bei welchen Kollegen bestehen die größten Verhaltens- bzw. Konzentrationsschwierigkeiten?
.....

Welche Note hat das Kind in den Kopfnoten?

Arbeitsverhalten Sozialverhalten

Womit beschäftigt sich das Kind gerne oder erfolgreich in seiner Freizeit?

Welche besonderen Interessen oder Begabungen, die außerhalb der Schule zum Tragen kommen, sind Ihnen bekannt?

Gibt es einen „typischen Verlauf“ der Auffälligkeiten

im Vergleich der einzelnen Wochentage (z.B. schlechter am Wochenanfang)

innerhalb des Schulvormittags (z.B. auffälliger in den ersten Stunden)?

Unter welchen Rahmenbedingungen gelingt es dem Kind, sich konstruktiv am Unterricht zu beteiligen oder etwas weniger stark aufzufallen?

B. VERHALTENSBEOBSACHTUNGEN

Block 1

Worin bestehen **leistungsbehindernde Verhaltensweisen** im Unterricht?

Welche **leistungsbezogenen Fähigkeiten** sind wie gut entwickelt?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fängt sofort mit der Arbeit an →											
Kann sich längere Zeit auf eine Aufgabe konzentrieren →											
Nimmt konzentriert am Unterricht teil →											
Merkt sich Arbeitsanweisungen →											
Beteiligt sich aktiv am Unterricht →											
Erledigt schriftliche Arbeiten zügig →											
Sauberes Schriftbild →											
Drückt beim Schreiben/Malen normal auf →											
Kann seine Arbeitsmaterialien organisieren →											
Hat seine Materialien vollständig dabei →											
Kann sauber arbeiten →											
Weiß, was zu tun ist →											
Hausaufgaben werden vollständig erledigt →											
Schafft das komplette Pensum →											
Beherrscht Unterrichtsstoff auch während der Arbeiten →											
Erledigt anstehende Arbeiten sorgfältig und genau →											
Gut integriert bei Gruppenarbeiten →											
Sonstige: →											

Block 2

Was sind **positive Verhaltensweisen** und Eigenschaften des Kindes?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ist anderen gegenüber hilfsbereit →											
Hat freundliches Wesen/interessiert an seiner Umwelt /neugierig →											
Ist spontan →											
Hat viele, oft kreative Ideen →											
Kann sich für vieles begeistern →											
Besitzt ausgeprägtes Mitgefühl →											
Bringt andere zum Lachen →											
Hat ausgeprägten Gerechtigkeitssinn →											

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ist anderen gegenüber nicht nachtragend →											
Setzt sich für andere ein →											
Kann den Unterricht oft bereichern →											
Begeistert sich für Sport →											
Sonstige: →											

Block 3

Worin bestehen **den Unterricht störende Verhaltensweisen**?
 Welche **sozialen Fähigkeiten** sind wie gut entwickelt?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Meldet sich und wartet, bis das Wort erteilt wird →											
Kommentiert die Beiträge anderer angemessen →											
Bleibt an seinem Sitzplatz →											
Bewahrt am Sitzplatz/Tisch Ruhe →											
Bleibt auf dem Stuhl sitzen (ohne umzufallen) →											
Lässt Sitznachbarn in Ruhe arbeiten →											
Kann auch verlieren/akzeptiert, wenn andere Erster sind →											
Integriert sich bei Gruppenaktivitäten →											
Streitet im Unterricht mit anderen konstruktiv →											
Lässt andere Kinder in Ruhe arbeiten →											
sonstige: →											

Block 4

Worin bestehen **mich persönlich störende Verhaltensweisen** und Eigenschaften des Kindes
 (über das bereits Gesagte hinaus)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Widersetzt sich oft meinen Anweisungen →											
Beeinflusst andere Kinder/das Klassenklima negativ →											
Ist mir gegenüber oft frech und anmaßend →											
Bindet meine Aufmerksamkeit zu oft und zu lange →											
Kostet mich viel Zeit im Unterricht →											
Erfordert viele Kontakte zu Eltern/anderen Lehrern →											
Sonstige: →											

C. MEIN EIGENES PÄDAGOGISCHES HANDELN

Was ich bereits versucht habe, um das problematische Verhalten des Kindes zu beeinflussen (Elternkontakt, Gespräche mit dem Kind, Veränderung des Sitzplatzes, Sanktionen, Positivverstärker etc.):

Benennen Sie ein Problemverhalten konkret, formulieren Sie es in ein zu erreichendes Ziel um, ordnen Sie die bereits durchgeführte Maßnahme zu und bewerten Sie den Erfolg Ihrer Maßnahme mit einer Zahl der Skala 0 – 10 (Null = nutzlos, Zehn = sehr hilfreich).

Problemverhalten	Entwicklungsziel	Pädagogische Maßnahme	Datum und Mein Erfolg (0-10)
z.B. Hausaufgaben vergessen	Hausaufgaben immer erledigen	z.B. nacharbeiten lassen <u>ohne</u> positive Rückmeldung	(01.04.2012) 3
z.B. Hausaufgaben vergessen	Hausaufgaben immer erledigen	z.B. nacharbeiten lassen <u>mit</u> pos. Rückmeldung (Kompliment)	(01.04.2012) 8

Gesprächsleitfaden Elterngespräch

Empfehlungen für ein Gespräch mit den Eltern von Felix

„Viele LehrerInnen sind auch Eltern. Alle Eltern waren auch SchülerInnen. Viele SchülerInnen werden Eltern. Manche SchülerInnen werden Lehrer. Sollte es da kein Verstehen, keine Gemeinsamkeiten geben?“

Reinhold Miller

Erziehungsgemeinschaft von Eltern und Lehrern

Eltern und Lehrer tragen eine gemeinsame Verantwortung für die Bildung und Erziehung der Kinder. Sie haben es mit denselben Kindern zu tun, die einen als professionelle und die anderen als natürliche Erzieher. Da ist es absolut logisch, dass Erziehung am besten funktioniert, wenn die Bemühungen von Eltern und Erziehern gut aufeinander abgestimmt sind. Im Schulalltag hingegen ergeben sich immer wieder Situationen, in denen sich Schüler, Eltern und Lehrer uneins sind, denn Konfliktfelder gibt es genug. Hier ist Kommunikation dringend notwendig. Jeder sollte die Möglichkeit haben, bei auftretenden Problemen Gespräche zu führen, und mit seinen Problemen ernst genommen werden.

Ziel des Elterngesprächs

Das Elterngespräch sollte ergebnisorientiert sein. Es sollte das Ziel verfolgen, ein Bündnis zwischen Lehrern und Eltern zu schließen, um dem Kind gemeinsam helfen zu können.

Kontaktaufnahme mit den Eltern

Wenn Sie den Verdacht haben, dass das Kind ADHS hat:

- Laden Sie die Eltern frühzeitig zu einem Gespräch ein.
- Teilen Sie den Eltern Ihre Sorge um das Kind mit.
- Schildern Sie das Verhalten des Kindes im Unterricht, etwa: Im Gegensatz zu den anderen Kindern der Klasse ist es (z. B. unruhig, ruft dazwischen, zieht sich zurück, zeigt Vermeidungsverhalten, ist oft traurig, kaspert).
- Verweisen Sie auch auf die Stärken, die Sie bei dem Kind wahrnehmen.
- Ermuntern Sie die Eltern, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen und/oder zu einem Facharzt Kontakt aufzunehmen.

Voraussetzungen für ein erfolgreiches Elterngespräch

Vor dem Gespräch sollten die folgenden Punkte abgeklärt werden:

• Gibt es unterschiedliche Sichtweisen über das Störungsbild ADHS?

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass Eltern und Lehrer zu einer gemeinsamen Sichtweise des Störungsbildes ADHS finden, ggf. unter Einbeziehung von Fachleuten (behandelndem Arzt/Psychologen, Vertreter eines Selbsthilfeverbandes). Nur auf dieser Grundlage kann auch ein einheitlicher Lösungsweg (Hilfeplan) für das Kind entwickelt werden. Beispiel: Aus Sicht der Lehrkraft sind die Verhaltensschwierigkeiten des Kindes die Folge von übermäßigem TV-Konsum oder vernachlässigender Erziehung. Tatsächlich wurde jedoch bereits fachärztlich das Krankheitsbild ADHS festgestellt. Die pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen für dieses Kind würden somit sehr unterschiedlich ausfallen.

Je früher ein Gespräch mit den Eltern stattfindet, umso früher kann auch dem betroffenen Kind geholfen werden, und die Situation in der Klasse kann sich entspannen.

Eine gemeinsame Grundlage könnte z. B. die Lektüre des „Leitfadens ADS/ADHS“ des Hamburger Arbeitskreises sein (siehe „Informationsquellen zu ADHS“).

• **Wie stark sind die aufgestauten Gefühle – bei mir und bei den Eltern?**

Häufig wird erst das Gespräch mit den Eltern gesucht, wenn eine Situation bereits eskaliert ist. Dies ist keine gute Voraussetzung für ein konstruktives Gespräch. Eltern von ADHS-Kindern reagieren meist ausgesprochen sensibel, da sie oft schon jahrelang Schuldzuweisungen, Ablehnung und Ausgrenzung erfahren haben. Viele Eltern müssen erst verstehen, welche Schwierigkeiten das Verhalten ihres Kindes im Unterricht mit sich bringt.

Durch eigene Erfahrungen – wie Sie wissen, ist ein Mitglied unseres Autorenteam selbst Lehrerin – sowie aus Gesprächen mit Ihren Kolleginnen und Kollegen wissen wir, wie belastend herausfordernde Kinder im Unterricht sein können. Wir sind davon überzeugt, dass Sie Ihr Bestes geben, und es ist nur zu menschlich, wenn Sie emotional reagieren, weil Sie sich hilflos, überfordert oder einfach nur genervt fühlen. Wir meinen, Sie haben das Recht, sich zu entlasten, damit Sie bereit sind, im Kontakt mit den Eltern und den Kindern professionell und authentisch zugleich zu reagieren. Seien Sie Gastgeber in der Schule und entwickeln Sie gemeinsam mit den Eltern erste Lösungsschritte. Und denken Sie daran: Eltern sind oft in großer Sorge, fühlen sich auch nur hilflos und reagieren dann menschlich, vielleicht sogar sehr emotional.

Das folgende Interview mit einer besorgten Mutter kann verdeutlichen, wie sich die andere Perspektive anfühlen mag.

Interview mit Mutter (*1963) zweier Kinder vom 8. Februar 2010:

Wie alt sind Ihre Kinder?

M: Beide sind 13 und 11 Jahre alt.

Was für eine Schulform besuchen die beiden?

M: Beide gehen auf das Gymnasium.

Was fällt Ihnen ein, wenn Sie das Stichwort „Lehrer-Elterngespräche“ hören?

M: Ich mache ein Brainstorming: Chaotische Regelungen, wenig Zeit (15 Minuten), gemischte Gefühle, aneinander vorbeireden; ich habe oft das Gefühl, dass ich nichts dazu beitragen kann, weil ich selbst nicht dabei war. Das, was besprochen wird, wird oft nicht weiter geführt. Es wird meistens nur das Negative in den Vordergrund gestellt. Die Kinder sind meistens nicht mit eingeladen, das finde ich nicht richtig. Meistens muss ich auf die Lehrer zugehen, wenn ich etwas über meine Kinder erfahren will.

Was ist im Zusammenhang mit „Lehrer-Elterngesprächen“ Ihre größte Befürchtung?

M: Dass mir etwas über mein Kind erzählt wird, was ich überhaupt nicht verstehen oder nachvollziehen kann.

Was meinen Sie damit?

M: Dass zum Beispiel mein Kind Verhaltensweisen aufzeigt, die ich so nicht kenne oder nicht nachvollziehen kann. Oder dass nur das Negative gesehen wird und die Stärken gar nicht mit berücksichtigt werden, dass die Bereitschaft zur Zusammenarbeit nicht da ist und dass das Kind einfach in eine Schublade gesteckt wird.

Wie würde eine Lehrerin, ein Lehrer mit Ihnen reden, wenn Sie hinterher sagen würden: Das war das schlechteste Gespräch, was ich jemals erlebt habe?

M: Herablassend, arrogant, nicht einfühlsam, nur aus seiner Sicht redend, nur negativ, pädagogisch inkompetent.

Angenommen, Sie würden zu einem „Lehrer-Elterngespräch“ gehen, nach dem Sie sich sagen können: Wow, das war das beste Gespräch, das ich jemals geführt habe? Was würde in dieser Situation passieren?

M: Ich habe mich dann gut aufgehoben gefühlt. Es wurden positive Aspekte (z. B. Stärken, Gelingendes) genannt. Zusammenarbeit wurde angeboten. Es war effektiv genug. Und ich konnte aus dem Gespräch auch etwas mit nach Hause nehmen. Mir wurden neue Impulse gegeben, wie ich mit meinen Kindern weiterarbeiten kann. Ich hätte dann das Gefühl, dass ich meine eigene Wahrnehmung zunächst hätte schildern können. Mein Anliegen wäre angekommen und ich hätte mich ernst genommen gefühlt. Statt mein Kind gleich in eine Schublade zu stecken, hätte man auf seine Entwicklungsfähigkeit geschaut.

Angenommen, man könnte Ihre Erfahrungen mit „Lehrer-Elterngesprächen“ auf einer Skala von 0 bis 10 verdeutlichen, wobei 0 sehr schlecht und 10 sehr positiv bedeuten würde, wo würden Sie Ihre Erfahrungen ansiedeln?

M: Im Durchschnitt 5-6.

Welchen Unterschied sehen Sie hier zwischen Grundschule und Gymnasium?

M: In der Grundschule habe ich positivere Erfahrungen gemacht. Man hatte auch mehr Kontakt zu den Lehrern. Heute kenne ich die meisten Lehrer meiner Kinder nur vom Namen her. Eine Vorstellung aller unterrichtenden Lehrer z.B. am ersten Elternabend eines neuen Schuljahres hat bedauerlicherweise nicht stattgefunden.

Ich danke Ihnen für dieses Gespräch.

Gesprächsstrategie

Ein Elterngespräch kann im Sinne der Zielrichtung vorbereitet werden. Dabei ist die Berücksichtigung der Gesprächsstrategien entscheidend:

- Suchen Sie das frühe Gespräch.
- Führen Sie kein Gespräch im Affekt, auch nicht zwischen „Tür und Angel“.
- Benennen Sie konkret die positiven Seiten des Kindes und signalisieren Sie so den Eltern, dass auch diese im Unterricht registriert werden. So entschärfen Sie die oft negativ behaftete Gesprächssituation. (Im Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung finden Sie dazu Anregungen!)
- Benennen Sie konkrete Verhaltensweisen des Kindes, zum Beispiel: „Er verlässt in der Deutschstunde mehrmals den Platz, während er das im Sozialkunde-Unterricht nur selten tut.“ (Bei der genauen Beschreibung des Problemverhaltens kann Ihnen auch der Fragebogen helfen!)
 - Entwickeln Sie ein gemeinsames Störungsmodell (siehe Voraussetzungen).
 - Tauschen Sie sich über Erziehungsgrundsätze aus.
 - Bewerten Sie nicht, sondern schildern Sie Ihre Wahrnehmung in Ich-Botschaften wie zum Beispiel: „Ich erlebe Ihren Sohn als sehr unkonzentriert“ oder „Ich habe den Eindruck, dass Ihr Kind unter der Situation leidet“.
- Vermeiden Sie Killerphrasen wie zum Beispiel: „Als verantwortungsvolle Eltern müssen Sie doch einsehen ...“, „Ihr Sohn ist immer in Streitereien verwickelt“, „Er hat nie seine Hausaufgaben gemacht“, „Es wäre nett, wenn auch Ihr Sohn mal sein Turnzeug dabei hätte“, „Es muss sich umgehend was ändern“.
- Erheben Sie keine Anschuldigungen und Vorwürfe.
- Bitten Sie die Eltern um Rat.
- Stellen Sie keine Forderung auf, sondern finden Sie gemeinsame Ziele.
 - Halten Sie den Kontakt zu den Eltern. Wichtig ist dabei Regelmäßigkeit und dass Absprachen bei kleinen und großen Problemen verbindlich eingehalten werden.
 - Vermitteln Sie die Botschaft „Wir sitzen in einem Boot“ Ziel ist es, gemeinsam einen Hilfeplan für das Kind zu erstellen.

Ich-Botschaften helfen, dass ein Gespräch mit den Eltern eines betroffenen Kindes positiv verläuft.

Entwickeln Sie gemeinsam mit den Eltern einen Plan, wie dem Kind geholfen werden kann.

Fazit:

- Stimmen Sie mit den Eltern Ihre Bemühungen ab.
- Nehmen Sie dabei keine Monopolstellung ein.
- Setzen Sie die Eltern nicht unter Druck.
- Tauschen Sie Wissen aus.
- Übernehmen Sie gemeinsam Erziehungsverantwortung für ein und dasselbe Kind.
- Zeigen Sie Gesprächsbereitschaft und Akzeptanz.

Das Konfliktgespräch

Nicht immer gelingt es frühzeitig, mit den Eltern in Kontakt zu treten. Sei es, weil die Eltern sich weigern, wenig Zeit haben oder man selbst die Situation nicht richtig eingeschätzt hat. Hier ist es besonders wichtig, sachlich

und zum Wohle des Kindes zu handeln, denn es geht um das Kind und nicht um die Erwachsenen. Häufig ist es sehr hilfreich, auch andere beteiligte Personen zum Gespräch einzuladen, z. B. den behandelnden Arzt, Psychologen, Therapeuten oder Kollegen (natürlich in Absprache mit den Eltern).

- Wenn es einen Konflikt gibt, versuchen Sie sachlich aufzuklären.
- Benennen Sie den Gesprächsanlass und beschreiben Sie dabei sachlich, was genau vorgefallen ist. Darüber hinaus skizzieren Sie den Ablauf des Gespräches.
- Fragen Sie die Eltern nach deren subjektiver Sicht des Geschehens. Die Eltern berichten zum Beispiel: „Bei Felix wurde bereits vor der Einschulung ADHS diagnostiziert. Felix entwickelt auch zu Hause zunehmend Widerstand gegen schulische Anforderungen und verhält sich in der Familie oft aggressiv.“ Die Eltern zeigen sich ratlos und verärgert, da die ersten beiden Schuljahre recht gut verlaufen sind.
- Schildern Sie dann Ihre subjektive Sicht.
- Stellen Sie dar, wie sich die Verhaltensweisen des betroffenen Schülers auf die Klasse bzw. den Unterricht auswirken. Zum Beispiel: „Felix ist seit einiger Zeit sehr unruhig und abgelenkt. Er stört durch dieses Verhalten massiv seine Mitschüler, die ihn aufgrund seiner Kaspereien inzwischen ausgrenzen. Ermahnungen und gutes Zureden zeigen wenig Erfolg. Zunehmend reagiert er aggressiv, verweigert sich oder gibt sich betont gleichgültig.“
- Bitten Sie die Eltern um Unterstützung, zum Beispiel um Informationen über ADHS, Tipps im Umgang mit Aggressionen, welche Hilfen braucht das Kind etc.
- Stellen Sie den Eltern daraufhin vor, welche Maßnahmen Sie sich überlegt haben, um ihrem Kind zu helfen. (Geeignete Strategien werden Ihnen in „Modularer Leitfaden für den Unterricht“ vorgestellt.)
- Beziehen Sie gegebenenfalls andere Helfer mit ein.
- Halten Sie Abmachungen verbindlich ein.
- Sollte es nicht zu einer Einigung kommen, halten Sie den weiteren Dienstweg ein und ziehen Sie zum Beispiel einen weiteren Beratungslehrer hinzu.

Verlieren Sie nicht den Humor, denn diese kleinen „Teufelchen“ haben auch ihre guten Seiten. Zitat einer Mutter: „Ich glaube, mein Sohn ist als Denkanstoß auf die Welt gekommen. Nehmen wir diese Herausforderung doch einfach an!“

Bleiben Sie auch in einem Konfliktgespräch immer sachlich.

Denken Sie daran, die Eltern kennen ihr Kind am besten. Fragen Sie nach, welche Strategien sie im Umgang mit dem Kind haben.

Gesprächsleitfaden Schülersgespräch

Empfehlungen für ein Gespräch mit Felix

Sie haben in Ihrer Klasse ein Kind, auf das die weiter vorne ausgeführten diagnostischen Beschreibungen zutreffen. Oder Sie sind von Eltern darüber informiert worden, dass bei Felix (das ist unser Beispielkind) ADHS vorliegt.

Dieser Gesprächsleitfaden soll Ihnen helfen, ein Gespräch mit Felix unter verschiedenen Bedingungen zu führen:

- Einmal kann es darum gehen, Ihren Verdacht weiter zu erhärten, um danach mit den Eltern zu besprechen, dass Sie eine vertiefte kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychologische Diagnostik empfehlen würden.
- Andererseits könnten Ihnen die Eltern bereits mitgeteilt haben, dass bei ihrem Felix ADHS vorliegt, und Sie wollen auf der Grundlage des vorliegenden Manuals dem Kind das Lernen und sich den Unterricht erleichtern.

Allgemeiner Grundsatz

Das Gespräch mit Felix soll und kann keine Diagnostik ersetzen. Es kann Ihnen aber helfen – auch in anderen Fällen als beim Verdacht auf ADHS – Ihre Beziehung zum Kind zu verbessern, zu vertiefen oder überhaupt eine tragfähige Beziehung zum Kind anzubahnen.

Zum besseren Verständnis haben wir den Gesprächsleitfaden schrittweise aufgebaut.

Schritt 1 – Das Setting

Unter Setting versteht man die Festlegung der Strukturen und Rahmenbedingungen, unter denen ein Gespräch stattfinden soll (z. B. Häufigkeit und Dauer). Auch für das Gespräch mit Felix ist es wichtig, zunächst das Setting festzulegen. Nur wenn der Rahmen für Sie ebenfalls stimmt, kann das Gespräch erfolgreich verlaufen. Im Allgemeinen sollte das Gespräch nur angeregt werden, wenn vorher die Eltern darüber informiert wurden und sie einverstanden sind (siehe „Gesprächsleitfaden Elterngespräch“).

Zur Durchführung des Gesprächs sind ein paar Regeln hilfreich:

- Führen Sie kein Pausengespräch.
- Planen Sie mindestens 30 Minuten Zeit ein.
- Lassen Sie das Gespräch in einer „Extrazeit“ stattfinden, am besten vor oder nach der Schule. Sollte dies aus organisatorischen Gründen (z. B. Schulbus) nicht möglich sein, so sprechen Sie mit einem Kollegen ab, dass Felix im Rahmen einer Ihrer Freistunden ausnahmsweise vom Unterricht befreit wird.
- Sorgen Sie dafür, dass Sie ungestört miteinander sprechen können.
- Achten Sie nach Möglichkeit auf einen für beide Gesprächspartner angenehmen Raum.

Schritt 2 – Ihre Haltung

Gehen Sie immer davon aus, dass sich Ihre Haltung einem Kind gegenüber ausdrückt und vermittelt, auch wenn Sie bewusst versuchen, diese – z. B. ablehnende Haltung – zu verbergen.

Es macht wenig Sinn, mit einem Kind ein konstruktives Gespräch zu suchen, wenn man es nicht mag. Deshalb: Suchen Sie aktiv nach liebenswerten Eigenschaften des Kindes – erst dann sollten Sie das Gespräch planen!

- Versuchen Sie, sich für das Gespräch mit Felix in eine möglichst unvoreingenommene Haltung zu bringen. Überprüfen Sie Ihre Vorannahmen über ihn (z. B.: Er ist faul; er ist darauf aus, mich zu provozieren) und sorgen Sie dafür, dass diese Vorannahmen unwirksam werden. Hilfreich ist hierbei die Technik des Reframings (Umdeutung). So könnte man „Geschwätzigkeit“ umdeuten in „interessiert an sozialem Austausch“, „faul“ könnte bedeuten „Fähigkeit, Arbeit aus dem Weg zu gehen“ oder „sucht emotionale Motivation durch den Lehrer/die Lehrerin“. Bringen Sie sich in eine Haltung, die von einem positiv-neugierigen Interesse für Felix gekennzeichnet ist. Je mehr Sie sich authentisch (!) für Felix interessieren können, desto mehr werden Sie erfahren – und desto mehr werden Sie an Felix entdecken können, was Sie für ihn einnimmt.
- Überprüfen Sie, wie sympathisch Felix Ihnen ist.
- Grundsätzlich sollte Ihre Haltung dadurch gekennzeichnet sein, dass Sie Informationen sammeln wollen über Felix. Je mehr er dabei Ihr Verbündeter ist („Wir erkunden gemeinsam den unbekannten Kontinent Felix“), desto mehr werden Sie erfahren und umso weniger wird er sich bedrängt fühlen.
- Gehen Sie davon aus, dass es sich bei dem Verhalten von Felix primär um ein nicht beabsichtigtes Fehlverhalten handelt. Primär ist kein Kind – auch Felix nicht – bösartig. Immer wird es Lebensgeschichten geben, die uns ein solches Verhalten erklären können.

Je besser es Ihnen gelingt, sich in eine Haltung voller Respekt Felix gegenüber zu bringen, desto effektiver wird jedes Gespräch und jeder Kontakt sein – und desto respektvoller wird Felix Sie behandeln. Und es könnte sein, dass Sie dann merken, dass Felix eigentlich Ihr größter Fan ist, der nur NOCH NICHT gelernt hat, sich Aufmerksamkeit und Zuwendung positiv einzuholen.

Schritt 3 – Gesprächsbegründung

Wenn Sie Felix zum Gespräch bitten oder seine Eltern ihm dies ankündigen, nachdem Sie sich mit ihnen abgestimmt haben, gehen Sie davon aus, dass allein diese Ankündigung beim Kind Befürchtungen und Ängste auslöst. Deshalb:

- Räumen Sie potenzielle Befürchtungen aus, auch wenn diese von Felix nicht explizit benannt worden sind.
- Sprechen Sie aktiv an, dass das Gespräch nicht zensurenabhängig ist, oder auch, dass es sich nicht um eine Strafe, ein Nachsitzen handelt. Machen Sie stattdessen deutlich, dass Sie gemeinsam mit Felix überlegen möchten, was ihn in der Schule unterstützen könnte.

Sowohl in der Ankündigung für das Gespräch als auch in der unmittelbaren Gesprächseröffnung sollten Sie kurz und genau darstellen, worum es geht. Was Sie wie lange und mit welchem Motiv und welchen Konsequenzen mit Felix besprechen wollen. Drücken Sie dabei immer Ihre Sorge aus,

Folgende bewährte Übungen sind in der pädagogischen Supervision (Ansatz der systemisch-lösungsorientierten Pädagogik) entwickelt worden. Schreiben Sie, auch wenn es zunächst schwer fällt, doch „einfach“ einmal einen Liebesbrief an Ihren grässlichsten Schüler. (Sie müssen ihn ja nicht abschicken.) Deuten Sie die Eigenschaften des nervigen Kindes positiv um (Reframing). Beispiel: geschwätzig → sozial interessiert.

Kontrolle ist gut,
Vertrauen ist besser!

Schaffen Sie
Transparenz!

lassen Sie nie Ihrer Skepsis oder Ihren – verständlichen – Vorwürfen freien Lauf.

(„Ich möchte gerne mit dir sprechen, weil ich mir Sorgen mache darüber, wie du im Unterricht mitkommst. Obwohl du ein kluger Junge bist, habe ich den Eindruck, du stehst dir manchmal selbst im Weg und möchtest das selbst nicht. Lass uns gemeinsam am XY in der Zeit von XY bis XY herausfinden, was los sein könnte. Du darfst ganz gelassen bleiben – es geht mir darum, ob ich herausfinden kann, wie ich dir helfen und dich besser verstehen kann.“)

Bei der konkreten Gesprächseröffnung kann es darüber hinaus hilfreich sein, darauf hinzuweisen, dass alles (wirklich alles!) gesagt werden darf und dass sich das Gespräch insofern deutlich vom Unterricht unterscheidet. Machen Sie sich vorher klar, worüber Sie Stillschweigen bewahren können und worüber Sie sich mit anderen möglicherweise austauschen möchten. Besprechen Sie mit Felix die Frage der Vertraulichkeit vor Gesprächsbeginn. Und zeigen Sie dem Kind sowohl zu Gesprächsbeginn als auch während des weiteren Gesprächsverlaufs immer wieder, dass Ihnen sein Wohlergehen und seine gute Weiterentwicklung am Herzen liegen.

Schritt 4 – Das Ziel

Zentrales Ziel des Gespräches mit Felix ist, seine Sicht der Dinge zu verstehen. Die Kindersicht ist das, was Sie interessiert. Interessieren Sie sich für die Zufriedenheit von Felix, dafür, wie er sich selbst erlebt. Formulieren Sie konstruktive W-Fragen:

- Wer sind deine Freunde?
- Wie gefällt es dir in deiner Klasse?
- Was für Hobbys hast du?
- Was machst du gerne in deiner Freizeit?
- Wie gerne machst Du Schularbeiten?
- Wie verbringst du deine Pausen?
- Wann macht dir Unterricht am meisten Freude?
- Wer zu Hause ist besonders wichtig für dich?

Stellen Sie diese Fragen so, dass Felix sich nicht wie am Richtertisch fühlt. Wenn Sie den Eindruck haben, er reagiert auf manche Fragen abweisend oder wundert sich über Ihre „Neugier“ („Das geht Sie doch gar nichts an!“), erklären Sie noch einmal, worum es Ihnen geht, und überprüfen Sie Ihre Haltung. Im Zweifelsfall fragen Sie nicht weiter und verabreden sich lieber ein zweites Mal.

Interessieren Sie sich dafür, was aus der Sicht von Felix schwierig ist und was nicht. Falls Felix „alles normal“ findet, insistieren Sie nicht, und vor allem: keine Moralisierungen („Du musst doch selbst merken ...“)!

Vielleicht ergibt sich sogar die Gelegenheit, näher über ein Hobby von Felix zu sprechen und ihn hierzu als Experten zu befragen. Und wenn Sie einen kleinen Anlass für ein gemeinsames Lachen finden können, wird es Felix (und auch Sie) entlasten. Viele Kinder lieben es, wenn man ihre Stärken in ihrer Lieblingsfarbe auf einem unlinierten DIN A4 – Blatt stich-

punktartig festhält und es Ihnen als wohltuenden Stimmungsaufheller „Felix‘ Ressourcenposter“ abschließend schenkt.

Und nicht zuletzt: Interessieren Sie sich für die Position von Felix im Klassenverband. Wer oder was hilft ihm, wer oder was hilft ihm nicht und schließlich: Wer stört ihn und wodurch?

Schritt 5 – Das Spiegeln

Ein weiteres Ziel des Gespräches ist eine möglichst umfassende Informationssammlung. Es darf keine Vorwürfe und auch keine Moralisierungen geben. Wichtiger ist die Frage: Wie reagiert Felix, wie kann er das Gesprächs- und Beziehungsangebot annehmen? Kann er – gemeinsam mit Ihnen – Hilfsangebote entwickeln bzw. annehmen?

Verstärken Sie allenfalls Gedanken oder Gefühle, die von Felix selbst kommen: „Das macht dich bestimmt traurig“, oder: „Da hast du es wirklich schwer“, oder: „Da bist du bestimmt manchmal sehr wütend ...“

Verhalten Sie sich wie ein Spiegel für Felix, und zwar einer, in dem er sich auch wirklich sehen kann! Die vermeintlichen Spiegel kennt er zur Genüge („Du musst dich eben mehr anstrengen; so unordentlich will dich keiner ...“).

Fassen Sie am Ende von Schritt 5 zusammen, welche Stärken – und zwar ausschließlich diese ohne Wenn und Aber – Sie an Felix wahrgenommen haben und formulieren Sie Ihre Komplimente als Ich-Botschaft.

Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Lob „Du bist ein tolles Kind ...“ in den wenigsten Fällen positiv ankommt und eher wie eine Bewertung wirkt. Einen **Austausch auf Augenhöhe**, der das Selbstwertgefühl des Kindes steigert, stellt hingegen das authentische, echte Kompliment dar: „Ich bin beeindruckt/mir gefällt gut ... , wie sehr du dich anstrengst, still zu sein, dich zu melden und auch noch zu warten, bis du an der Reihe bist.“ „Und richtig gut getan hat mir während unseres Gespräches, dass du mich zu 90 % hast ausreden lassen.“

Schenken Sie dem Kind zum Abschluss von Schritt 5 eine wohltuende „Öldusche“ in Form von als Ich-Botschaft formulierten Komplimenten. Beschreiben Sie das Positive so konkret wie möglich.

Schritt 6 – Die Verabredung

Wenn Sie genügend Informationen gesammelt haben, können Sie Felix damit vertraut machen, dass Sie entweder seinen Eltern empfehlen werden, ihn einmal genauer untersuchen zu lassen (Version 1 des Gesprächs), oder dass Sie sich gerne mit ihm für bestimmte Unterrichtstechniken verabreden möchten, um gemeinsam herauszufinden, ob der Unterricht für Felix nicht besser gestaltet werden kann.

Besprechen Sie nun genau mit Felix, welche Inhalte des Gesprächs an wen und zu welchem Zweck weitergegeben werden sollen. Auf keinen Fall darf Felix das Gefühl bekommen, sein Vertrauen Ihnen gegenüber könnte missbraucht werden.

Schritt 7 – Die Dokumentation

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, das Gespräch mit Felix so zu dokumentieren, dass Sie auch später und anderen gegenüber darauf zurückgreifen können.

- Eine Möglichkeit sind standardisierte Verfahren, wie zum Beispiel die TRF (teacher report form), ein Verfahren, mit dem man allgemeine Verhaltensauffälligkeiten von Kindern erfassen kann.
- Eine zweite Möglichkeit sind die Connors-Skalen, mit denen man gezielt – auch im Verlauf – Auffälligkeiten im Zusammenhang mit ADHS erfassen kann.
- Eine dritte Möglichkeit ist ein eigenes freies Protokoll, in dem Sie festhalten, wie das Gespräch verlaufen ist, was Ihnen aufgefallen ist und mit welchen Absprachen es geendet hat. Dabei ist es für den weiteren Fortgang besonders wichtig, einzuschätzen und zu dokumentieren, wie gut sich Felix auf Sie und das Gesprächsangebot einlassen konnte, wie er die Beziehung zu Ihnen gestaltet hat und wie hoch Ihnen seine Reflexionsfähigkeit erscheint. Diese letzten Punkte sind wichtig, weil nur auf einer freundlich-kooperativen Grundlage das „10-Stunden-Projekt“ (siehe Kapitel „Modularer Leitfaden für den Unterricht“) gelingen kann.

Sollten Sie den Eindruck haben, mit dem Gespräch gescheitert zu sein, überlegen Sie, ob Sie nicht erst noch einmal das Elterngespräch suchen, um eine bessere Basis auf der Erwachsenenenebene zu finden. Suchen Sie lieber erneut das Gespräch mit Felix, als dass Sie den Unterrichtsversuch auf einer Basis starten, die nicht ausreichend tragfähig ist!

Man kann nicht alle Familien und alle Kinder erreichen!

Modularer Leitfaden für den Unterricht

Anwendung von ausgewählten Techniken im Unterricht

Inzwischen haben Sie alle Vorbedingungen geschaffen, um jetzt Ihren Unterricht mit Felix anzugehen und ihn zu verbessern. Denn wenn Felix das Aufpassen leichter fällt, kann der Unterricht ruhiger und konzentrierter und somit für alle ergiebiger verlaufen.

Das „10-Stunden-Projekt“

Wir schlagen vor, dass Sie nun ein kleines „Projekt“ starten, das zunächst auf die Dauer von 10 Unterrichtsstunden beschränkt ist. Ziel ist es, ausgewählte Techniken – die wir Ihnen unten näher vorstellen – zunächst über einen begrenzten Zeitraum anzuwenden. Damit steigt bei dem Kind und auch bei Ihnen die Motivation, neue Verhaltensweisen auszuprobieren und sich über die Erfolge (oder Misserfolge) in kurzen Abständen auszutauschen. Beginnen Sie mit den Techniken, die Ihnen leicht umzusetzen erscheinen, und wählen Sie nicht mehr als drei auf einmal.

Voraussetzung

Voraussetzung für den Start dieses 10-Stunden-Projekts ist das Gespräch mit Felix und seinen Eltern und dass ein Konsens zwischen allen Beteiligten hergestellt wurde.

Vereinbarung von Zielen

Falls im Gespräch mit Felix noch nicht geschehen, sollten Sie nun einen gemeinsamen Zielplan mit ihm erstellen. Achten Sie darauf, dass die Ziele möglichst konkret, überschaubar und umsetzbar, d. h. realistisch, sind (z. B. als Ziel für Felix möglichst nicht vereinbaren: „Ich will ruhiger werden“, sondern: „Ich möchte es schaffen, 10 Minuten am Stück sitzen zu bleiben“ oder: „Ich möchte mein Hausaufgabenheft während der nächsten Woche mitbringen“). Entscheidend ist, dass es wirklich gemeinsame Ziele sind. Sollte Felix keine eigenen benennen können, schlagen Sie welche vor. Nehmen Sie aber nur solche auf, die das Kind authentisch bejaht. Sie können die Ziele für jede Stunde neu oder gleich für alle 10 Stunden festlegen. Nach Möglichkeit sollte Felix die Ziele selbst aufschreiben (siehe Kopiervorlage „Zielplan“).

Informieren der Klasse

Bevor Sie mit den konkreten Unterrichtseinheiten beginnen, kann es sinnvoll sein, die Klasse zu informieren. Sprechen Sie diesen Schritt aber unbedingt im Vorfeld mit Felix und den Eltern ab. Erklären Sie, dass Transparenz das Vorgehen erleichtern kann, akzeptieren Sie aber auch, wenn diesem Vorgehen nicht zugestimmt wird. Wenn Sie die Klasse in Kenntnis setzen, beobachten Sie, wie die Information aufgenommen wird, wer eventuell eifersüchtig reagiert oder wer auch gerne einbezogen wäre, wer das Projekt stören könnte usw. Informieren Sie so sachlich wie möglich (Beispiel: „Ihr wisst ja alle, dass Felix manchmal Probleme mit dem Aufpassen hat und dann sehr unruhig wird. Manche von euch fühlen sich dadurch gestört. Um Felix zu helfen, besser zurechtzukommen, habe ich mit ihm für die nächsten 10 Unterrichtsstunden ein kleines Hilfeprojekt abgesprochen. Wundert euch also bitte nicht, wenn ich z. B. Felix bestimmte Zeichen gebe oder mich anders verhalte als sonst. Ich bitte euch herzlich, Felix und mich in unserem Projekt zu unterstützen.“ Und es könnte ja auch sein, dass einige in der Klasse auch Ihre Konzentration verbessern möchten und einfach mitmachen und unsere Zeichen auch nutzen.

Stundenprotokoll

Zwecks einer kontinuierlichen Dokumentation und zu Ihrer eigenen Kontrolle bietet es sich an, nach jeder Stunde ein kurzes Protokoll auszufüllen, in dem Sie angeben, welche Technik(en) Sie mit welchem Erfolg angewandt haben, sei es in Bezug auf das Verhalten von Felix oder Ihr eigenes Verhalten bzw. den Einsatz der beschriebenen Techniken (siehe Kopiervorlage „Stundenprotokoll“).

Zufriedenheitsthermometer

Am Ende jeder Stunde (oder auch am Ende einer internen Unterrichtseinheit) kann es hilfreich sein, von Felix ein Zufriedenheitsthermometer aktivieren zu lassen. Das Thermometer hat 100 Grad, 100 bedeutet eine maximale Zufriedenheit und 0 völlige Unzufriedenheit mit seinem eigenen Verhalten. Halten Sie sich mit Einschätzungen gegenüber Felix zurück – es sei denn, Sie sind selbst sehr zufrieden. Schätzt Felix sich selbst schlecht ein und deckt sich diese Einschätzung mit Ihrer, so ermuntern Sie ihn dahingehend, dass er morgen wieder eine neue Chance bekommt (siehe Kopiervorlage „Zufriedenheitsthermometer“).

Einschätzung der Zielerreichung

In mit Felix abgesprochenen Zeitabständen sollten Sie gemeinsam den Grad der Zielerreichung einschätzen. Dies kann von den Werten Ihres Stundenprotokolls bzw. Felix' Zufriedenheitsthermometer (s. o.) abweichen, weil die subjektive Zufriedenheit nicht unbedingt mit erreichten Zielen identisch ist (siehe Kopiervorlage „Gradmesser Zielerreichung“).

Implementierung in den Alltag

Waren die Interventionen erfolgreich, sollten Sie nun überlegen, welche Strategien sich von jetzt an dauerhaft in den Unterrichtsalltag implementieren lassen. Wichtig dabei ist, nicht nachzulassen, weil Sie nicht davon ausgehen können, dass veränderte Verhaltensweisen von Felix dauerhaft erhalten bleiben. So können sich von Zeit zu Zeit „Auffrischeinheiten“ lohnen, die Sie nach Absprache mit Felix einsetzen. Unterstützen Sie ihn weiter!

Unter Soziometrie versteht man eine Methode der Sozialpsychologie, mit der man soziale Beziehungen in einer Gruppe von Menschen in Bezug auf vorher definierte Kriterien sichtbar macht.

Vorab: Durchführung einer Soziometrie

Wenn es Ihnen hilfreich erscheint, können Sie zusätzlich vor Beginn des Projekts eine Soziometrie durchführen, die es Ihnen erleichtert, sich das soziale Beziehungsgefüge der Klasse zu vergegenwärtigen und es unter Umständen für das Projekt einzusetzen.

Überlegen Sie sich spezifische Fragen, nach denen Sie das soziale Geflecht der Klasse besser verstehen möchten. Zum Beispiel:

- Wer sitzt gerne neben wem?
- Wer möchte auf keinen Fall neben wem sitzen?
- Wer verbringt die Pausen am liebsten mit wem?
- Wer meidet den Pausenkontakt mit wem?
- Wer ist mit wem über die Schule hinaus befreundet?
- Wer hasst wen? Wer hilft wem? Wer ärgert wen?

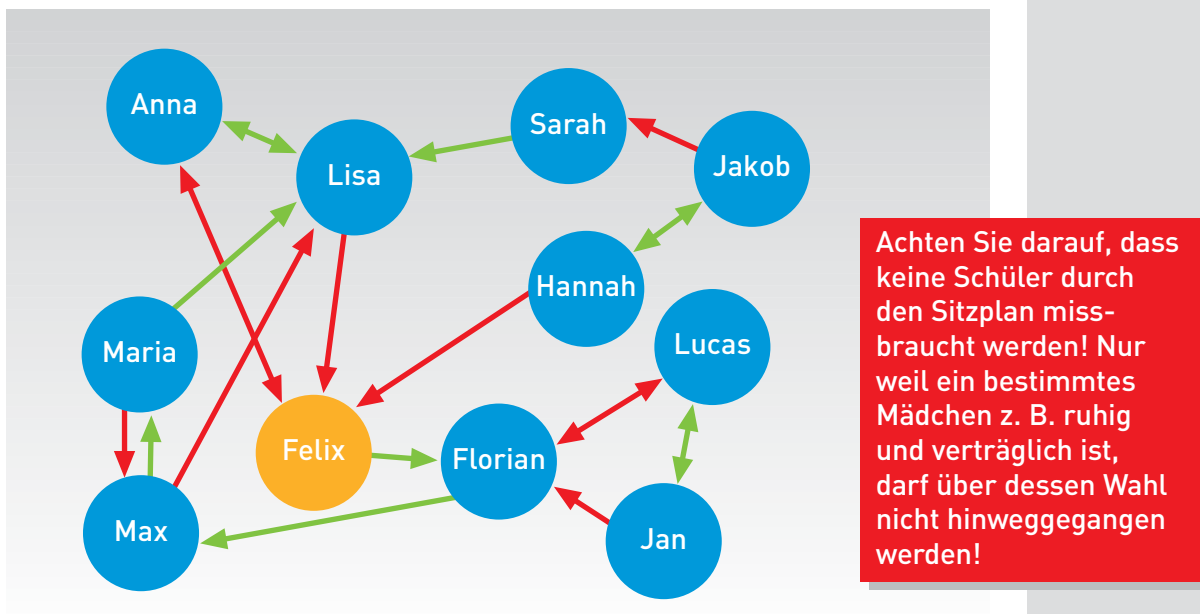
(Hier können Sie auch den ausgefüllten Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung zu Rate ziehen.)

Sie können sich natürlich auch eigene Fragen überlegen. Am einfachsten ist es, wenn Sie die Fragen (nicht zu viele!) selbst beantworten können. Sie können Sie aber auch der Klasse kurz schriftlich geben. Vorsicht: Achten Sie darauf, dass jeder seinen Bogen für sich allein ausfüllt und die anderen die Antworten nicht zu sehen bekommen, weil dies eventuell sehr kränkend und verletzend sein kann! Dasselbe gilt für Ihre eigene Einschätzung: Behalten Sie sie für sich und nutzen Sie die Ergebnisse der Soziometrie nur für sich.

Geben Sie für die Auswertung jedem Kind eine Nummer oder ein Kürzel. Tragen Sie diese Kürzel als Kreise in gleichmäßiger Verteilung auf ein Blatt Papier auf. Verbinden Sie dann die Kreise mit Pfeilen analog zu den Antworten, wobei Sie die jeweilige Wahl farblich markieren (positive Wahl ist z. B. grün und Abwahl rot). Sortieren Sie dann die Kreise neu so, dass das Gefüge übersichtlich wird. Sie werden sehen, dass es wenige sehr beliebte und wenige unbeliebte Kinder gibt. Besonders wichtig – weil potenziell konfliktreich – sind gegenläufige Wahlen (ein Kind wählt ein anderes positiv, dasselbe wählt im Gegenzug jedoch ab).

Beispiel einer Klassensoziometrie „Sitzordnung“

Fragestellung: Neben wem sitzt du am liebsten (grün)? Neben wem möchtest du auf keinen Fall sitzen (rot)?



Achten Sie darauf, dass keine Schüler durch den Sitzplan missbraucht werden! Nur weil ein bestimmtes Mädchen z. B. ruhig und verträglich ist, darf über dessen Wahl nicht hinweggegangen werden!

Sie können die Ergebnisse der Soziometrie nun nutzen, um z. B. den Sitzplan der Klasse so zu gestalten, dass möglichst wenig Reibung durch nebeneinander sitzende Kinder mit negativen Wahlen entsteht. Gleichzeitig können Sie die Position von Felix besser einschätzen und gerade ihm jemanden an die Seite geben, der – soziometrisch betrachtet – hilfreich sein könnte.

In unserem Beispiel wird klar ersichtlich, dass neben Felix die wenigsten sitzen möchten (3 Abwahlen), wohingegen Lisa sich großer Beliebtheit erfreut (3 positive Wahlen). Haben sich zwei Kinder gegenseitig als liebste Tischnachbarn gewählt (z. B. Lucas und Jan oder Anna und Lisa), bietet es sich an, die beiden nebeneinander zu setzen – vorausgesetzt, sie haben sich im Unterricht nicht „zu viel zu erzählen“. Als Tischnachbar für Felix kämen z. B. Maria, Sarah oder Max in Frage – diese haben Felix nicht „abgewählt“ und haben keine „besten“ Freunde, durch die sie gewählt wurden.

Techniken

Es gibt bestimmte, aus der Verhaltenspädagogik abgeleitete Techniken, die nun im Unterrichtsprojekt eingesetzt werden sollen. Sie sollten alle vor ihrem Einsatz daraufhin überprüfen, ob sie Ihnen in Ihrem speziellen Fall sinnvoll und einsetzbar erscheinen. Diese sollten mit Felix abgesprochen sein, denn sie helfen nur, wenn alle Beteiligten über deren Sinn und Zweck umfassend informiert sind.

Technik 1 – Blickkontakt

Verabreden Sie mit Felix, dass Sie häufig Blickkontakt zu ihm aufnehmen und halten werden. Ermuntern Sie ihn, diesen Blickkontakt zu erwidern.

Technik 2 – Zeichensprache

Zusätzlich kann eine verabredete Zeichensprache hilfreich sein. Denken Sie sich gemeinsam mit Felix eines oder mehrere „Geheimzeichen“ aus, die Sie fortan einsetzen. Achten Sie darauf, dass diese Zeichen nach Möglichkeit ermunternd und eher sekundär ermahnend sind!

Ein erhobener Zeigefinger ist ein Drohsignal und keine Ermunterung. Ein Victory-Zeichen dagegen erinnert an die gemeinsam formulierte Ziellinie, die erreicht werden will!

Technik 3 – Körperkontakt

Nutzen Sie die beruhigende Wirkung eines freundlich-ermunternden Körperkontakts. Gehen Sie während des Unterrichts an Felix vorbei und legen Sie ihm die Hand auf die Schulter. Nach Möglichkeit immer dann, wenn ein Abfall seiner Konzentration kurz bevorsteht, aber auch dann, wenn er gerade wieder „aus dem Ruder“ läuft. Achten Sie auch hier darauf, dass der Kontakt vorher abgesprochen ist und ein „informed consent“ (Einverständnis) besteht. Bei gegenseitlichen Kontakten ist es besonders wichtig, die Zustimmung dazu vorher einzuholen und den Körperkontakt nur sehr sparsam und unzweideutig einzusetzen.

Körperkontakt sollte nur bis zu einem bestimmten Alter eingesetzt werden. Spätestens mit dem Eintritt in die Pubertät kann diese Technik kontraproduktiv werden!

Technik 4 – Karten

Setzen Sie farbige Karten (siehe Literaturverzeichnis) ein, um mit Felix während des Unterrichts nonverbal zu kommunizieren und ihm eine Rückmeldung über sein Verhalten zu geben bzw. um ihn anzuspornen.

Zeigen Sie ihm immer wieder die grüne Karte für ein „Go“, ein „Weiter so“. Nutzen Sie die gelbe Karte, wenn Sie den Eindruck haben, dass ein

Stopp-Regeln verbrauchen sich schnell in ihrer Wirksamkeit! Deshalb: sparsamer Einsatz!

„Stopp“ notwendig ist. Optimal wäre es, wenn Sie jedes Mal, wenn etwas gut gelingt, die grüne Karte zeigen könnten. Positive Rückmeldungen verstärken die erwünschten Verhaltensweisen mit Nachhaltigkeit.

Technik 5 – Time-out

Erwarten Sie nicht, dass Felix nach einem kleinen Lauf ruhiger ist. Kinder mit ADHS werden nicht automatisch ruhiger, wenn man sie gewähren lässt!

Bei manchen Kindern kann es hilfreich sein, ihnen von Zeit zu Zeit eine Auszeit zu gewähren. Dies sollte am besten im Unterricht erfolgen, damit Felix

nicht ausgeschlossen wird („Du brauchst jetzt 5 Minuten nicht aufzupassen – entspann dich mit ...“ Hier können z. B. kleine Aufgaben eingesetzt werden, die ein motorisches „Austoben“ ermöglichen.) Es gibt aber auch Kinder, denen besser damit geholfen ist, wenn sie 5 Minuten um den Pausenhof laufen dürfen.

Hierbei ist es jedoch wichtig, unkontrolliertes Austoben, das die Problematik verschärfen kann, zu verhindern. Wenn das Laufen oder Hüpfen mit einer Aufgabe verbunden wird, vermindert dies den Erregungszustand. Beispiele: 5 Schritte vor-, 2 Schritte rückwärts laufen; Seil springen oder Hüpfen und rückwärts zählen; 10 Schritte rennen, 5 Schritte schleichen.

Technik 6 – Positive Verstärkung

Führen Sie mit Felix ein Punktesystem ein, mit dem er sich an das gemeinsame Ziel heranarbeiten kann. Unterteilen Sie, soweit möglich, den Unterricht in kleinere Einheiten, für die es jeweils zwei oder drei Punkte gibt. So kann Felix z. B. neun Punkte pro Stunde sammeln, die dann schon erreichte Subziele dokumentieren. Dieses Punktesystem kann auch mit den Eltern abgeprochen werden, die dann für alle 40 bis 50 Punkte (Achtung: auf Erreichbarkeit achten!) eine besondere Aktivität mit Felix unternehmen (nach Möglichkeit keine Geschenke im üblichen Sinn, sondern eher gemeinsam verbrachte Zeit/ gemeinsame Aktivitäten – und nur, wenn die Eltern bereit dazu sind und es sich leisten können).

Technik 7 – Feedback

Führen Sie mit Felix ein Rückmeldesystem ein, das ihm möglichst zeitnah und knapp einen Eindruck über das Geleistete verschafft. Achten Sie primär auf das, was er geschafft hat, das Nichterreichte wird nach Möglichkeit nicht erwähnt. Nur in Ausnahmefällen und wenn Sie sicher sein können, dass Felix die Kritik vertragen kann, erwähnen Sie auch das, was nicht so gut geklappt hat. Sie können dieses System auch verschriftlichen und nach jeder Stunde bzw. nach der jeweils verabredeten Einheit Felix (auch für zu Hause) mitgeben oder Sie führen jeweils eine kurze Gesprächsrunde am Beginn der Pause ein. („Mir hat heute gefallen ...“ Zuerst berichtet Felix und dann Sie).

Technik 8 – Anspornen

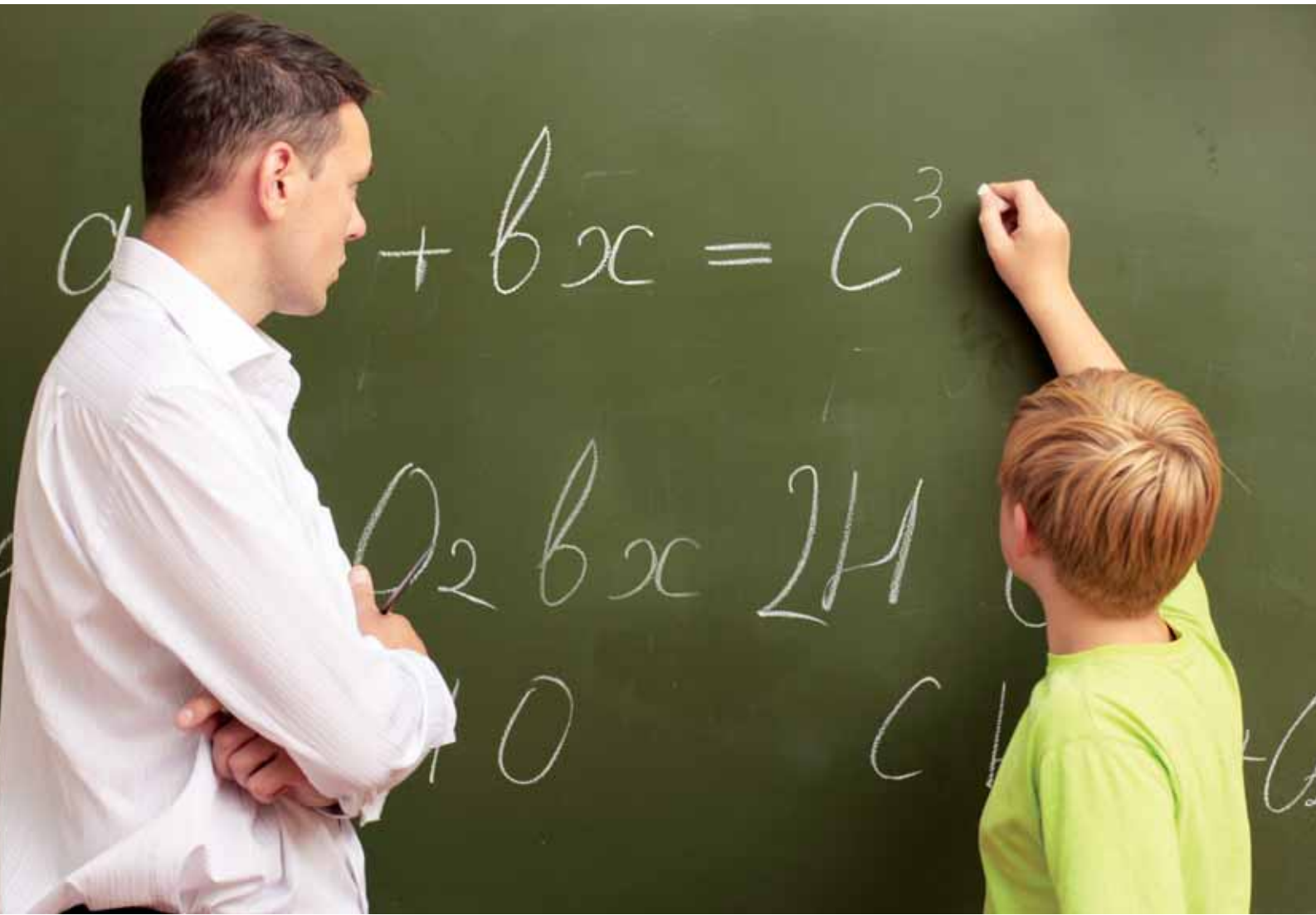
Wenn es der Unterricht zulässt, sollten Sie Felix immer dann anspornen, wenn Sie merken, dass seine Aufmerksamkeit nachlässt. „Versuch, noch länger durchzuhalten“ oder „Komm, noch fünf Minuten – das kannst du schaffen“. Achten Sie darauf, Felix nicht zu überfordern. Anspornen macht nur Sinn, wenn die geforderte Leistung auch zu schaffen ist. Wenn Felix nicht folgen kann: „Macht nichts – bestimmt klappt es beim nächsten Mal.“

Technik 9 – Rückfragen

Behalten Sie Felix im Auge und überprüfen Sie sooft es geht, ob er dabeibleiben konnte. Unterstellen Sie dabei immer ein Nichtkönnen – nie ein Nichtwollen. Fragen Sie z. B. in Verbindung mit einem kurzen, freundlichen Körperkontakt: „Wie gut konntest du zuhören?“ oder „Was konntest du verstehen?“ Überprüfen Sie, ob Ihre Aufgabenstellungen auch wirklich bei Felix angekommen sind.

Technik 10 – Hausaufgabenheft

Führen Sie für alle Schüler Ihrer Klasse ein Hausaufgabenheft ein, das im Fall Felix nach Absprache mit den Eltern von diesen gegengezeichnet wird. Setzen Sie dieses Instrument immer als Unterstützung für Felix ein – nie so, dass er das Gefühl bekommt, es handele sich um ein Kontroll- und Reglementierungsinstrument.



Informationen zu gesetzlichen Ansprüchen

Zusätzliche Unterstützung für ADHS-Kinder und deren Eltern

Die meisten ADHS-Kinder benötigen in der Schule besondere Unterstützung und Förderung, damit sie ihre Möglichkeiten ausschöpfen und somit den schulischen Erfordernissen gerecht werden können. Sie als Lehrer können den Familien – neben einer adäquaten Unterrichtsgestaltung – zusätzlich helfen, indem Sie die Eltern betroffener Kinder auf in gesetzlichen Regelungen vorgesehene Fördermöglichkeiten aufmerksam machen und sie dahingehend beraten.

Folgende gesetzliche Regelungen können von ADHS-Kindern bzw. deren Eltern in Anspruch genommen werden:

A. Regelungen der Kultusministerien zum so genannten Nachteilsausgleich

Hintergrund

Die Regelung des Umgangs mit kranken Kindern in den Schulen obliegt den Kultusministerien der Länder. Ein Vergleich der Regelungen der Kultusministerien zeigt, dass keiner der Erlasse ADHS namentlich ausweist. Somit fällt ADHS unter die Erlasse zu „Krankheiten“ allgemein und unter den Punkt „Sonderpädagogische Förderung“. Voraussetzung dafür ist, dass eine ärztliche Diagnose mit entsprechender Empfehlung für die Schule vorliegt.

Nachteilsausgleich

Der so genannte Nachteilsausgleich wird in den meisten Bundesländern in den Schulgesetzen für kranke Schülerinnen und Schüler geregelt. Er sieht besondere Maßnahmen seitens der Schule vor (z. B. Zeitverlängerung bei Klassenarbeiten). Ob ein solcher Nachteilsausgleich gewährt wird, entscheidet die Schule selbst; Antragsteller sind bei minderjährigen Kindern die Eltern.

Stellvertretend für die verschiedenen Regelungen in den einzelnen Bundesländern folgt nun ein Ausschnitt aus einem Erlass zum „Nachteilsausgleich für Menschen mit Behinderungen bei Prüfungen und Leistungsnachweisen“ des Hessischen Kultusministeriums vom 19. Dezember 1995:

„Aufgrund des § 50 Hessisches Schulgesetz haben die allgemeinen Schulen und die Sonderschulen den gemeinsamen Auftrag, bei der Rehabilitation und Eingliederung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen bzw. mit sonderpädagogischem Förderbedarf in die Gesellschaft mitzuwirken. Dieser Auftrag und Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes erfordern die besondere Fürsorge der Schule im täglichen Schulleben in und außerhalb von Unterricht. Bei Prüfungen ist Schülern und Schülerinnen nach dem Grundsatz des § 6 Abs. 2 Hessische Laufbahnverordnung (HLVO) ein ihrer körperlichen Behinderung angemessener Nachteilsausgleich zu gewähren, die fachlichen Anforderungen dürfen jedoch nicht geringer bemessen werden.

§ 9 Abs. 2 der Verordnung über die sonderpädagogische Förderung regelt die Gestaltung des gemeinsamen Unterrichts für Schüler und Schülerinnen mit abweichender Zielsetzung.

Schüler und Schülerinnen mit Behinderungen, die zielgerichtet unterrichtet werden können, haben Anspruch auf Nachteilsausgleich bei Leistungsanforderungen im Rahmen der allgemeinen Fürsorgepflicht der Schule und der entsprechenden Regelungen im Schwerbehindertengesetz (Nachteilsausgleich § 48 Schwerbehindertengesetz [SchwbG]).

Schülern und Schülerinnen mit Behinderungen, die gemeinsam mit Nichtbehinderten unterrichtet werden, darf bei der Leistungsvermittlung kein Nachteil aufgrund ihrer Behinderung entstehen. Bei mündlichen, schriftlichen, praktischen und sonstigen Leistungsanforderungen ist auf die Behinderung des Schülers bzw. der Schülerin angemessen Rücksicht zu nehmen und ggf. ein Nachteilsausgleich zu schaffen bzw. eine differenzierte Leistungsanforderung zu stellen, z. B.:

- verlängerte Arbeitszeiten bei Klassenarbeiten;
- Bereitstellen bzw. Zulassen spezieller Arbeitsmittel (Einmaleinstabelle, Schreibmaschine, Computer, Kassettenrecorder, größere bzw. spezifisch gestaltete Arbeitsblätter, größere Linien, spezielle Stifte u. Ä.);
- mündliche statt schriftlicher Prüfung (z. B. einen Aufsatz auf Band sprechen);

- unterrichtsorganisatorische Veränderungen (z. B. individuell gestaltete Pausenregelungen, individuelle Arbeitsplatzorganisation, Verzicht auf Mitschrift von Tafeltexten);
- differenzierte Hausaufgabenstellung;
- individuelle Sportübungen.

Ein Nachteilsausgleich ist auch bei einer nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung (z. B. bei Armbruch) zu gewähren.

Antragsberechtigt sind für minderjährige Schülerinnen und Schüler die Eltern, im Übrigen die volljährige Schülerin bzw. der Schüler selbst. Der Antrag ist an die Leiterin bzw. den Leiter der besuchten Einrichtung zu richten.

Über eine Behinderung oder eine vorübergehende Beeinträchtigung ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

Über Art und Umfang eines zu gewährenden Nachteilsausgleiches entscheidet die Leiterin bzw. der Leiter der besuchten Schule in Absprache mit den unterrichtenden Lehrkräften.

Ihre bzw. seine Entscheidung ist zu den Akten zu nehmen. In Zweifelsfällen ist die Entscheidung der Schulaufsichtsbehörde einzuholen.

Ein Vermerk über den gewährten Nachteilsausgleich darf nicht in Arbeiten und Zeugnissen erscheinen (siehe § 52 SchwbG).“

B. Regelungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz

Das bundesweit geltende Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) wird als Instrument zur Vorbeugung, zur Hilfeleistung und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen verstanden. Im Vordergrund stehen die Förderung der Entwicklung junger Menschen und die Integration in die Gesellschaft durch all-

Viele Eltern haben Berührungsängste mit dem Jugendamt. Sie wollen auf keinen Fall als „Sozialfall“ gelten. Wichtig ist, die Eltern auf den unterstützenden Charakter der Jugendhilfe aufmerksam zu machen.

gemeine Förderungsangebote und Leistungen in unterschiedlichen Lebenssituationen. Das KJHG ist identisch mit dem achten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VIII).

Ob und welche Zuwendungen Familien allerdings erhalten, hängt von den einzelnen Jugendämtern ab. Oft werden Anträge auf Kostenübernahme privater Anbieter angesichts leerer Kassen abgelehnt.

In besonderen Einzelfällen bietet das KJHG Familien z. B. die Möglichkeit, staatliche Mittel zur Förderung ihrer Kinder in Anspruch zu nehmen. Denn nicht immer werden die Kosten für notwendige spezielle Fördermaßnahmen

(v. a. Unterstützungsangebote freier Anbieter) von den Krankenkassen gedeckt.

Anspruchsgrundlagen

Eltern von ADHS-Kindern können sich insbesondere auf den vierten Abschnitt des KJHG berufen, der die „Hilfe zur Erziehung“ und die „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ regelt:

Hilfe zur Erziehung gem. § 27 KJHG

(1) Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

(2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden. Die Hilfe ist in der Regel im Inland zu erbringen; sie darf nur dann im Ausland erbracht werden, wenn dies nach Maßgabe der Hilfeplanung zur Erreichung des Hilfezieles im Einzelfall erforderlich ist.

(2 a) Ist eine Erziehung des Kindes oder Jugendlichen außerhalb des Elternhauses erforderlich, so entfällt der Anspruch auf Hilfe zur Erziehung nicht dadurch, dass eine andere unterhaltspflichtige Person bereit ist, diese Aufgabe zu übernehmen; die Gewährung von Hilfe zur Erziehung setzt in diesem Fall voraus, dass diese Person bereit und geeignet ist, den Hilfebedarf in Zusammenarbeit mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach Maßgabe der §§ 36 und 37 zu decken.

(3) Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Sie soll bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Sinne von § 13 Abs. 2 einschließen.

(4) Wird ein Kind oder eine Jugendliche während ihres Aufenthaltes in einer Einrichtung oder einer Pflegefamilie selbst Mutter eines Kindes, so umfasst die Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung bei der Pflege und Erziehung dieses Kindes.

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII

(1) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs. 4 gilt entsprechend.

(1 a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

Ablauf

Grundsätzlich sollten zunächst die schulinternen Möglichkeiten ausgeschöpft werden (Durchführung von speziellen Maßnahmen wie Gesprächen, schulischen Fördermaßnahmen, Erarbeitung eines qualifizierten Förderangebots etc.). Wenn diese Maßnahmen nicht zu einer Besserung der Lernsituation bzw. des Verhaltens führen und es zu Integrationsproblemen kommt, kann die Inanspruchnahme von außerschulischen Hilfemöglichkeiten – wie z. B. ein Antrag auf Leistungen nach dem KJHG – sinnvoll sein.

Der Ablauf für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem KJHG ist wie folgt:

- Die Eltern des betroffenen Kindes stellen einen Antrag auf Leistungen nach dem KJHG bei dem zuständigen Jugendamt.
- In Abstimmung mit den Eltern, dem Kind sowie in Kooperation mit den beteiligten Institutionen prüft der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) die Voraussetzungen zur Gewährung von ambulanten Hilfen zur Erziehung (§ 27 KJHG) sowie von Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte (§ 35a KJHG).
- Es werden Stellungnahmen des beteiligten

Facharztes, der Schule etc. eingeholt und Gespräche mit den Eltern und dem Kind über seine soziale Integration durchgeführt. Die Untersuchung muss in der Regel der Amtsarzt des Gesundheitsamtes vornehmen.

- Sind die Voraussetzungen für ambulante Hilfen zur Erziehung nach § 27 KJHG oder Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG gegeben, wird in der Regel im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte gemeinsam mit den Eltern und dem Kind ein Hilfeplan gemäß § 36 KJHG erstellt; dieser macht Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen. Bei der Fortschreibung des Hilfeplans, dessen Realisierung regelmäßig zu prüfen ist, sind die Schule, der beteiligte Arzt, die Eltern und das Kind erneut hinzuzuziehen.

Informationsquellen zu ADHS

Hilfreiche Empfehlungen für Eltern

Die Arbeit mit Schulen zeigt uns immer wieder, dass in Lehrerkreisen oftmals Unsicherheit darin besteht, die Eltern betroffener Kinder gut zu beraten. Dabei mangelt es nicht an Informationsquellen, die man zu Rate ziehen kann. Neben Büchern und Broschüren bietet insbesondere das Internet eine nahezu unüberschaubare Datenfülle zum Thema ADHS, die für jeden frei verfügbar ist. Gibt man in eine der gängigen Suchmaschinen den Begriff ADHS ein, erhält man über 200.000 Einträge. Bei einer solchen Fülle von Informationen fällt es natürlich nicht immer leicht, seriös von unseriös zu unterscheiden.

Elternselbsthilfegruppen

Sie werden es bestimmt auch schon erlebt haben, dass Eltern von Kindern mit ADHS Hilfe suchend auf Sie zugekommen sind und um Ihren Rat gebeten haben, an wen sie sich wenden können und wo sie Unterstützung erhalten.

Über hervorragendes Informationsmaterial und kompetente Ansprechpartner verfügen in der Regel die Elternselbsthilfegruppen. Hier erfahren Eltern Unterstützung und Begleitung in allen Fragen, die ADHS betreffen. Auch Schulen erhalten Hilfestellung durch Fortbildungsangebote und unterrichtsrelevante Broschüren.

Aufgrund ihres meist ausgezeichneten Informationsnetzes können Elternselbsthilfegruppen darüber hinaus eine erste Orientierung geben, an welche qualifizierten Fachärzte oder sonstigen kompetenten Anlaufstellen sich Eltern betroffener Kinder wenden können.

Die Adressen der Verbände der bundesweit agierenden ADHS-Selbsthilfegruppen finden Sie am Ende des Kapitels aufgeführt. Deren Regionalgruppen können Sie ausfindig machen entweder über deren Webseite oder über

- die Gelben Seiten,
- die Krankenkassen,
- den Schulpsychologischen Dienst des zuständigen Schulamtes,
- Beratungsschulen (Förderschulen)
- den behandelnden Arzt/Psychologen.

Literatur

Zum Thema ADHS gibt es mindestens so viele Bücher und Ratgeber, wie es Meinungen zu diesem Thema gibt. Wir beschränken uns daher darauf, Sie auf ein Standardwerk und eine Broschüre des Hamburger Arbeitskreises zu verweisen. Hilfreiche Fachliteratur zu Unterrichtsmethodik finden Sie bei den Schulbuchverlagen, die sich auf handlungsorientierten Unterricht spezialisiert haben.

Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (Hrsg.):
Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht.
Auer Verlag. ISBN 3-403-03248-5

Hamburger Arbeitskreis ADS/ADHS:
Informationsbroschüre „Leitfaden ADS/ADHS“ inklusive einer Übersicht praktischer Tipps „ADS/ADHS im Alltag“

Der Leitfaden kann kostenlos angefordert werden, entweder per Brief/Postkarte oder per E-Mail.

Hamburger Arbeitskreis ADS/ADHS
Postfach 65 22 40, 22373 Hamburg
Hamburger.Arbeitskreis.ADHS@web.de

Lehrergesundheit

Uwe Schaarschmidt und Ulf Kiesche (Hrsg.):
Gerüstet für den Schulalltag. Psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer. Weinheim 2007

Uwe Schaarschmidt: Halbtagsjobber?
Psychische Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern. Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim 2005

Im Rahmen der Potsdamer Lehrerstudie wurden auch die beiden Verfahren „Fit für den Lehrerberuf“ sowie „Arbeitsbewertungscheck für Lehrkräfte“ entwickelt.

„Pädagogische Supervision“ kann über die entsprechenden Landesverbände „Association Pädagogische Supervision“ angefordert werden.

Signalkarten

Es geht auch ohne Worte.
Signalkarten für den Unterricht.
Hund, Wolfgang, Verlag an der Ruhr

Orientierung ohne Worte.
Kirschner, Jens und Treu, Sabine,
Verlag an der Ruhr

Weitere Informationen erhalten Sie auch unter:
www.info-adhs.de

Adressen Selbsthilfegruppen*

ADHS Deutschland e. V.
Poschingerstraße 16, 12157 Berlin
Telefon 030 85605902, Fax 030 85605970
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

AG ADHS – Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Gleitwitzer Straße 15, 91301 Forchheim
ag-adhs@t-online.de
www.ag-adhs.de

ADS e. V.
Elterninitiative zur Förderung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AufmerksamkeitsDefizitSyndrom (ADS) mit/ ohne Hyperaktivität
Postfach 11 65, Im Tiefentobel 28, 73055 Ebersbach
Telefon 07161 920225, Fax 07161 920226
www.ads-ev.de
geschaeftsstelle@ads-ev.de

zentrales adhs-netz
Universitätsklinikum Köln (AöR)
Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln
Telefon 0221 478-89876, Fax 0221 478-89879
zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de
www.zentrales-adhs-netz.de
www.adhs.info

Besuchen Sie auch den Online-Workshop für Lehrerinnen und Lehrer mit Infos und praktischen Tipps zu ADHS im Schulalltag:
www.info-adhs.de/workshop.html

* An dieser Stelle sind nur die größten Verbände aufgeführt. Auf den Internetseiten dieser Verbände finden Sie aber eine Vielzahl von Links und Hinweisen zu weiteren Verbänden und regionalen Gruppen.



Glossar

Was versteht man unter...?

ADHS

Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit → Hyperaktivität. Kernsymptome sind eine verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, gesteigerter Bewegungsdrang sowie → Impulsivität.

ADS

Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne → Hyperaktivität. Die Kernsymptome sind verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, → Impulsivität sowie ein normaler oder reduzierter Bewegungsdrang. Der Begriff ADHS wird gewöhnlich für beide Varianten (ADS und ADHS) verwandt.

Dopamin

→ Neurotransmitter (Botenstoff), der eine wichtige Rolle bei der Reizweiterleitung im Gehirn spielt.

EEG

Elektroenzephalogramm: das Aufzeichnen und Auswerten des Hirnstrombildes.

Hyperaktivität

Gesteigerter Bewegungsdrang und körperliche Unruhe.

Impulsivität, impulsives Verhalten

Spontanes, plötzliches Ausführen von Handlungen, ohne zu überlegen und/oder die Folgen zu bedenken. Führt bei ADHS-Kindern häufig zu Unfällen und Verletzungen.

Komorbiditäten

Begleiterkrankungen, die neben ADHS auftreten und gesondert diagnostiziert und behandelt werden müssen.

Lese-Rechtsschreib- und Rechen-Schwäche

Teilleistungsstörungen, bei denen durch spezifische und umschriebene Funktionsstörungen in bestimmten Hirnbereichen die Lese- und/oder Rechtschreibleistungen des betroffenen Kindes beeinträchtigt sind bzw. eine spezifische Rechenschwäche vorliegt. Beide Störungen gehen in der Regel mit normaler Intelligenz einher.

Multimodale Therapie

Behandlung, die sich aus einer jeweils individuellen Kombination unterschiedlicher Therapieformen zusammensetzt. Der multimodale Therapieansatz bei ADHS umfasst das Elterntraining, psychotherapeutische Maßnahmen (z. B. Verhaltenstherapie) und die medikamentöse Therapie.

Nachteilsausgleich

Vorschriften über Hilfen für behinderte Menschen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile oder Mehraufwendungen.

Neurotransmitter

Im Nervensystem wirkende körpereigene Substanzen (Botenstoffe), die für die Reizübertragung zwischen Nervenzellen zuständig sind. Die wichtigsten im Zusammenhang mit ADHS sind → Dopamin und → Noradrenalin.

Noradrenalin

→ Neurotransmitter (Botenstoff), der eine wichtige Rolle bei der Reizweiterleitung im Gehirn spielt.

Pädagogische Supervision

Supervision ist eine professionelle Beratung zur Qualitätssicherung am Arbeitsplatz. Sie reflektiert den Zusammenhang von handelnder Person, beruflicher Rolle, Organisation und Klientel im beruflichen Alltag.

Die pädagogische Supervision bezieht sich dabei auf psychische, soziale und institutionelle Faktoren in pädagogischen Kontexten wie z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen, Universitäten und alle Einrichtungen und Situationen, die mit Bildung zu tun haben. Sie nützt der Verbesserung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit von Einzelpersonen, Gruppen, Arbeitsteams und Organisationen und fördert ihr Lernen in gemeinsamer Suche nach Alternativen. Damit dient sie der Prävention und dem Erhalt der Gesundheit pädagogischer Fachkräfte und Lernender (Kinder, Jugendlicher und Erwachsener).

Psychostimulanzien

Substanzen (Psychopharmaka), die über eine direkte Beeinflussung des Zentralnervensystems Erleben und Verhalten des Patienten verändern können. Bei Gesunden können sie den Antrieb steigern und psychisch anregend wirken. Bei ADHS hingegen wirken sie nicht anregend, sondern eher ausgleichend. Die Verordnung dieser Medikamente unterliegt in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz.

Reframing

Der Begriff **Umdeutung** von englisch Reframing, bezeichnet eine Technik, die aus der Systemischen Familientherapie stammt und von Virginia Satir eingeführt wurde. Dem Reframing kommt besonders in der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson ein hoher Stellenwert zu. Auch die systemisch-lösungsorientierte Pädagogik deutet mit Humor vieles um/neu. Durch Umdeutung wird einer Situation oder einem Geschehen eine andere Bedeutung oder ein anderer Sinn zugewiesen, und zwar dadurch, dass man versucht, die Situation in einem anderen Kontext (oder "Rahmen") zu sehen.

Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

Substanzen (Psychopharmaka), die zu einer Regulation des → Noradrenalin-Systems im Gehirn beitragen können. Erste medikamentöse Behandlungsoption für ADHS, die kein Psychostimulanz ist.

Skalierungsfrage

Die Skalierung eines Aspektes, Verhaltens, Zieles von 0 bis 10 ist eine Technik aus der systemisch-lösungsorientierten Therapie, die auch pädagogisch genutzt wird. Die Skalierungsfrage dient der Unterschiedsbildung und Entwicklung eines Zielzustandes.

Soziometrie

Eine Methode der Sozialpsychologie, mit der man soziale Beziehungen in einer Gruppe von Menschen in Bezug auf vorher definierte Kriterien sichtbar macht.

Stimulanzien

→ Psychostimulanzien

Teilleistungsstörungen

Leistungsstörungen, die bestimmte Funktionen des Gehirns betreffen (Lesen, Schreiben, Rechnen). Zusammen mit ADHS können → Lese-Rechtschreib- und Rechen-Schwäche vorkommen.

Tic-Störungen

Unwillkürliche Muskelzuckungen, besonders im Gesicht, die bei ADHS häufig begleitend auftreten.

Tourette-Syndrom (TS)

Eine neuropsychiatrische Erkrankung, die durch komplexe (vokal/motorische) Tics charakterisiert ist. Tics sind spontane, plötzliche und häufig heftige Bewegungen oder Lautäußerungen. Benannt nach dem französischen Arzt Gilles de la Tourette, der die Symptomatik erstmals um 1885 beschrieb.

Verhaltenstherapie

Psychotherapeutische Behandlung, bei der unerwünschte Verhaltensweisen abgebaut und gezielt durch neu erlernte ersetzt werden. Baustein der → multimodalen Therapie von ADHS.

Eckpunktepapier des BMGS

Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Oktober 2002)

Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 27. Dezember 2002:

Zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen sowie von Erwachsenen mit der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurde auf Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Konferenz durchgeführt, auf der ein weit reichender Konsens über verbindliche Standards in der Diagnose und Behandlung des ADHS erzielt wurde. An der Konferenz waren Vertreter der Kinder- und Jugendmedizin, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychologie, weiterer Berufsgruppen sowie der Elternverbände beteiligt. Hierzu erklärt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Marion Caspers-Merk:

„Ich begrüße es sehr, dass die unterschiedlichen Berufs- und Fachgruppen, die mit der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung konfrontiert sind, sich über wesentliche Kriterien zur Diagnose und Therapie einigen konnten. Es geht dabei in erster Linie um die Sicherstellung einer qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Gruppe von Erwachsenen mit ADHS. Dabei ist mir sehr wichtig, dass über den erzielten Konsens nun:

- den betroffenen Familien und der Öffentlichkeit ein gemeinsames Verständnis über das Krankheitsbild und die Behandlung vermittelt wird,
- die Verschreibung von Methylphenidat auf der Grundlage wissenschaftlicher Standards im Rahmen einer abgestimmten Diagnosestellung und multimodalen Therapie erfolgt,

- eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen über den Aufbau von regionalen und überregionalen Netzwerken unter Beteiligung der Elternverbände verbessert werden soll sowie
- die Fachkompetenz der jeweiligen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen über den Aufbau eines fachübergreifenden modularen Fortbildungsangebotes zur ADHS sichergestellt wird.

Mit der Einigung verbinde ich die Hoffnung, dass wir die gesundheitliche Versorgung in der Diagnose und multimodalen Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung wesentlich verbessern können. Ich erhoffe mir auch, dass die öffentliche Diskussion nicht weiterhin mit widersprüchlichen und unverantwortlichen Botschaften zur medikamentösen Behandlung behaftet ist.“

Der Inhalt der Übereinkunft ist in einem Eckpunktepapier zusammengefasst.

Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (Bonn, 28. und 29. Oktober 2002)

1. Aktuelle Prävalenzschätzungen zur ADHS gehen von 2 bis 6 % betroffenen Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren aus. ADHS ist damit eines der häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Die bedarfsgerechte Versorgung dieser Patienten – die durch unterschiedliche Berufsgruppen getragen wird – ist derzeit nicht flächendeckend gewährleistet. Es besteht noch oft eine ungenügende Verzahnung kooperativer Diagnostik. Es fehlt häufig an verlaufsbegleitenden Überprüfungen der Diagnostik nach dem Einsetzen therapeutischer Maßnahmen.
2. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Betroffenen dauern die Symptome bis ins Erwachsenenalter an. ADHS stellt somit auch bei Erwachsenen eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar. Es fehlen hier verbindliche diagnostische Kriterien und angemessene Versorgungsstrukturen. Die Behandlung mit Methylphenidat erfolgt derzeit im Erwachsenenalter „off label“, da dieses Medikament für die Behandlung von Erwachsenen bei dieser Indikation nicht zugelassen ist.
3. In der Öffentlichkeit besteht noch weitgehende Unkenntnis und Fehlinformation über das Krankheitsbild. Schulen, Tageseinrichtungen und andere Erziehungsinstitutionen sowie an der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beteiligte Verwaltungen (Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt, Strafvollzug und Polizei) sollten verstärkt über ADHS informiert werden. Die Konsensuskonferenz erhebt die Forderung nach einem Awareness-Programm als gemeinsame Aktion.
4. Für eine korrekte Diagnosestellung der ADHS ist eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik anhand anerkannter Klassifikations-schemata (ICD 10 oder DSM IV) erforderlich. Grundlage der Diagnosestellung sind Exploration und klinische Untersuchung mit Verhaltensbeobachtung. Die störungsspezifische Anamnese soll Familie und weiteres Umfeld (z. B. Schule) einbeziehen und zusätzlich erschwerende sowie entlastende Umgebungsfaktoren berücksichtigen. Fremdbeurteilungen durch Lehrer und Erzieher sollen einbezogen werden. Die Benutzung von Fragebögen als diagnostische Hilfen ist sinnvoll. Intelligenzdiagnostik und Untersuchung von Teilleistungsschwächen sollen das diagnostische Mosaik ergänzen. Die differenzialdiagnostische Abklärung zu anderen Erkrankungen mit ähnlichen (Teil-) Symptomen und die Erfassung von Begleiterkrankungen bilden einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Eine solche mehrdimensionale Diagnostik bildet die Grundlage der multimodalen Behandlung. Die Diagnostik der ADHS ebenso wie die Therapie, auch die psychotherapeutische Behandlung, orientieren sich an den evidenzbasierten Leitlinien der beteiligten Fachverbände. Derzeit scheitert die multimodale Diagnostik noch in einigen Regionen Deutschlands an der Versorgungsrealität. Um die Versorgungsstruktur zu verbessern, ist Unterstützung der Politik erforderlich.
5. Eine qualitätsgesicherte Versorgung von ADHS ist unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen notwendig. Die Therapie der ADHS ist als multimodales Behandlungsangebot definiert. Nur ein Teil der Kinder bedarf der medikamentösen Therapie. Nach ausführlicher Diagnostik und erst wenn psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen nach angemessener Zeit keine ausreichende Wirkung entfaltet haben, besteht die Indikation zu einer medikamentösen Therapie. Stimulanzien wie Methylphenidat stellen empirisch gesicherte Medikamente zur Behandlung der ADHS dar, wobei der langfristige Einfluss dieser Medikation auf die Entwicklung des Kindes verstärkt erforscht werden muss. Auch andere Medikamente haben ihre Wirksamkeit bewiesen. Im Vorschulalter soll erst nach Ausschöpfung aller Maßnahmen eine medikamentöse Behandlung im Einzelfall in Erwägung gezogen werden. Für die Behandlung sind spezielle Kenntnisse der biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes Voraussetzung.
6. Die spezielle Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung mit Stimulanzien ist im Einzelfall ebenso wie die Entscheidung über

Zeitpunkt, Dauer und Dosis sorgfältig und entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Auf altersspezifische Besonderheiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter ist zu achten. Jede medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien ist in ein umfassendes Therapiekonzept im Sinne einer multimodalen Behandlung einzubinden. Jede medikamentöse Behandlung bedarf als Mindeststandard einer intensiven ärztlichen Begleitung und ausführlichen Beratung. Die alleinige Verabreichung von Stimulanzien ist keine ausreichende Behandlungsmethode. Der Ausbau von Versorgungsstrukturen für begleitende psychosoziale und andere therapeutische Maßnahmen soll von der Politik intensiv unterstützt werden.

7. Die bedarfsgerechte Versorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit der Ärzte untereinander (Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Allgemeinmediziner) und mit Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen, Heilmittelerbringern (z. B. Ergotherapeuten) und Selbsthilfeverbänden. Die enge Zusammenarbeit mit weiteren an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist notwendig. Erziehungsberatungsstellen sollen unter einer pädagogischen Zielsetzung im Rahmen kooperativer Netzwerke tätig werden. Auch Kindergärten, Tagesstätten und Schulen sowie weitere psychosoziale Bereiche sollen unter Einschluss der Jugendhilfe in das Behandlungsnetzwerk als Kompetenzpartner einbezogen werden, um einer schädlichen Desintegration der Kinder vorzubeugen.

8. Je nach Fachgruppe und therapeutischer Ausbildung besteht eine unterschiedliche Qualifikation zur Behandlung von ADHS. Die Verbesserung der Qualifikation muss daher differenziell erfolgen. Angestrebt wird ein modulares Fortbildungskonzept mit unterschiedlicher Gewichtung der Inhalte. Grundlage dieses Konzeptes soll empirisches Tatsachenwissen über Entstehung, Verlauf und Therapie von ADHS sein.

Die Grundlage für interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet ein allen Berufsgruppen zugängliches Basiswissen, dessen Vermittlung eine gezielte Fortbildung der unterschiedlichen Beteiligten erfordert. Eine fachübergreifende gemeinsame Fortbildung im Sinne einer wechselseitigen Erkenntniserweiterung ist anzustreben und ermöglicht eine qualifizierte Kooperation.

9. Interdisziplinäre Zusammenarbeit beruht auf der Fachkompetenz und dem wechselseitigen Respekt der beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortung für die Koordination der interdisziplinären Behandlung liegt in der Hand des zuständigen Arztes. Ziel ist ein abgestimmtes multimodales störungsspezifisches Vorgehen zur Behandlung der Kernsymptomatik und der Begleitstörungen auf Evidenzbasis.

10. Aus berufspolitischer Sicht der beteiligten Verbände besteht Klärungsbedarf im Hinblick auf Leistungsanreize und eine leistungsgerechte Honorierung bzw. Finanzierung der Versorgungstätigkeit. Unter Einbezug von Leistungsträgern und Leistungserbringern müssen solidarische Finanzierungsmodelle im Rahmen der Leistungen der SGB V, VIII und IX gewährleistet sein. Die Politik soll ihren Einfluss im Rahmen der Zuständigkeiten geltend machen.

11. Regionale und überregionale Netzwerke sollen gebildet und die vorhandenen Netzwerke ausgebaut werden. Von der Politik wird eine Hilfestellung bei der Bestandsaufnahme bestehender regionaler Netzwerke gewünscht. Diese regionalen Netzwerke sollen die Umsetzung der Leitlinien in die Praxis unterstützen. Die Politik soll die Bildung qualifizierter interdisziplinär orientierter Arbeitsgruppen zum Thema ADHS unter Einbezug von Betroffenenvertretern begleiten und unterstützen.

12. Zum Thema ADHS besteht weiterhin erheblicher Forschungsbedarf. Dies betrifft sowohl den langfristigen Einfluss medikamentöser Therapien, besonders des Methylphenidats auf die Entwicklung des Kindes, als auch empirische Untersuchungen zur Wirkungsweise weiterer

Behandlungsmaßnahmen bei ADHS. Auch die Intensivierung der Forschung zur Evaluation der Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisqualität in Bezug auf diese unterschiedlichen Therapieverfahren und die bedarfsgerechte Versorgung ist notwendig und erwünscht.

Parlamentarische Staatssekretärin und
Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Frau Caspers-Merk

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Prof. Dr. Resch

Für die Gesellschaften der Kinderheilkunde
und Jugendmedizin
Dr. Skrodzki



Kopiervorlagen

- Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung
- Zielplan „10-Stunden-Projekt“
- Stundenprotokoll „10-Stunden-Projekt“
- Zufriedenheitsthermometer „10-Stunden-Projekt“
- Gradmesser Zielerreichung „10-Stunden-Projekt“
- Ideen für einen Aufmerksamkeit fördernden Unterricht
- Ideen für einen rhythmisierten Unterricht

Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung

A. RAHMENBEDINGUNGEN

Name des Kindes:

Alter des Kindes: Jahre

Klasse:

Unterrichtsfächer:

Wochenstunden:

Klassengröße:

Ich unterrichte das Kind seit:

Meine Beziehung zum Kind bewerte ich wie folgt:

.....

.....

Sitznachbar des Kindes (falls zutreffend):

Sitzt eher

vorn

mittig

hinten

Gute/Eher gute Kontakte hat das Kind derzeit zu folgenden Mitschülern:

.....

.....

Schlechte/Eher schlechte Kontakte hat das Kind derzeit zu folgenden Mitschülern:

.....

.....

Der letzte Elternkontakt (telefonisch, persönlich) fand vor Wochen/Tagen statt.

Anlass:

.....

.....

Besteht eine formale ADHS-Diagnose?

ja

nein

Falls ja, ist mir diese bekannt seit

Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung

Womit beschäftigt sich das Kind gerne oder erfolgreich in seiner Freizeit?

Welche besonderen Interessen oder Begabungen, die außerhalb der Schule zum Tragen kommen, sind Ihnen bekannt?

Gibt es einen „typischen Verlauf“ der Auffälligkeiten

im Vergleich der einzelnen Wochentage (z. B. schlechter am Wochenanfang)

innerhalb des Schulvormittags (z. B. auffälliger in den ersten Stunden)?

Unter welchen Rahmenbedingungen gelingt es dem Kind, sich konstruktiv am Unterricht zu beteiligen oder etwas weniger stark aufzufallen?

Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung

B. VERHALTENSBEOBSACHTUNGEN

Block 1

Worin bestehen **leistungsbehindernde Verhaltensweisen** im Unterricht?
 Welche **leistungsbezogenen Fähigkeiten** sind wie gut entwickelt?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fängt sofort mit der Arbeit an →											
Kann sich längere Zeit auf eine Aufgabe konzentrieren →											
Nimmt konzentriert am Unterricht teil →											
Merkt sich Arbeitsanweisungen →											
Beteiligt sich aktiv am Unterricht →											
Erledigt schriftliche Arbeiten zügig →											
Sauberes Schriftbild →											
Drückt beim Schreiben/Malen normal auf →											
Kann seine Arbeitsmaterialien organisieren →											
Hat seine Materialien vollständig dabei →											
Kann sauber arbeiten →											
Weiß, was zu tun ist →											
Hausaufgaben werden vollständig erledigt →											
Schafft das komplette Pensum →											
Beherrscht Unterrichtsstoff auch während der Arbeiten →											
Erledigt anstehende Arbeiten sorgfältig und genau →											
Gut integriert bei Gruppenarbeiten →											
Sonstige: →											

Block 2

Was sind **positive Verhaltensweisen** und Eigenschaften des Kindes?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ist anderen gegenüber hilfsbereit →											
Hat freundliches Wesen/interessiert an seiner Umwelt /neugierig →											
Ist spontan →											
Hat viele, oft kreative Ideen →											
Kann sich für vieles begeistern →											
Besitzt ausgeprägtes Mitgefühl →											
Bringt andere zum Lachen →											
Hat ausgeprägten Gerechtigkeitssinn →											

Fragebogen zur Verhaltensbeobachtung

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ist anderen gegenüber nicht nachtragend →											
Setzt sich für andere ein →											
Kann den Unterricht oft bereichern →											
Begeistert sich für Sport →											
Sonstige: →											

Block 3

Worin bestehen **den Unterricht störende Verhaltensweisen**?

Welche **sozialen Fähigkeiten** sind wie gut entwickelt?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Meldet sich und wartet, bis das Wort erteilt wird →											
Kommentiert die Beiträge anderer angemessen →											
Bleibt an seinem Sitzplatz →											
Bewahrt am Sitzplatz/Tisch Ruhe →											
Bleibt auf dem Stuhl sitzen (ohne umzufallen) →											
Lässt Sitznachbarn in Ruhe arbeiten →											
Kann auch verlieren/akzeptiert, wenn andere Erster sind →											
Integriert sich bei Gruppenaktivitäten →											
Streitet im Unterricht mit anderen konstruktiv →											
Lässt andere Kinder in Ruhe arbeiten →											
sonstige: →											

Block 4

Worin bestehen **mich persönlich störende Verhaltensweisen** und Eigenschaften des Kindes (über das bereits Gesagte hinaus)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Widersetzt sich oft meinen Anweisungen →											
Beeinflusst andere Kinder/das Klassenklima negativ →											
Ist mir gegenüber oft frech und anmaßend →											
Bindet meine Aufmerksamkeit zu oft und zu lange →											
Kostet mich viel Zeit im Unterricht →											
Erfordert viele Kontakte zu Eltern/anderen Lehrern →											
Sonstige: →											

Zielplan „10-Stunden-Projekt“

Unsere gemeinsamen Ziele für morgen/die nächsten 3 Stunden/die nächsten 10 Stunden:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

Unsere gemeinsamen Ziele für die Zeit bis zu den Ferien/zum Halbjahreszeugnis/zum Zeugnis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

Stundenprotokoll „10-Stunden-Projekt“

Stunde Nr.

Eingesetzte Techniken:

1.

Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

2.

Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

3.

Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

4.

Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

5.

Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

6.

Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

7.

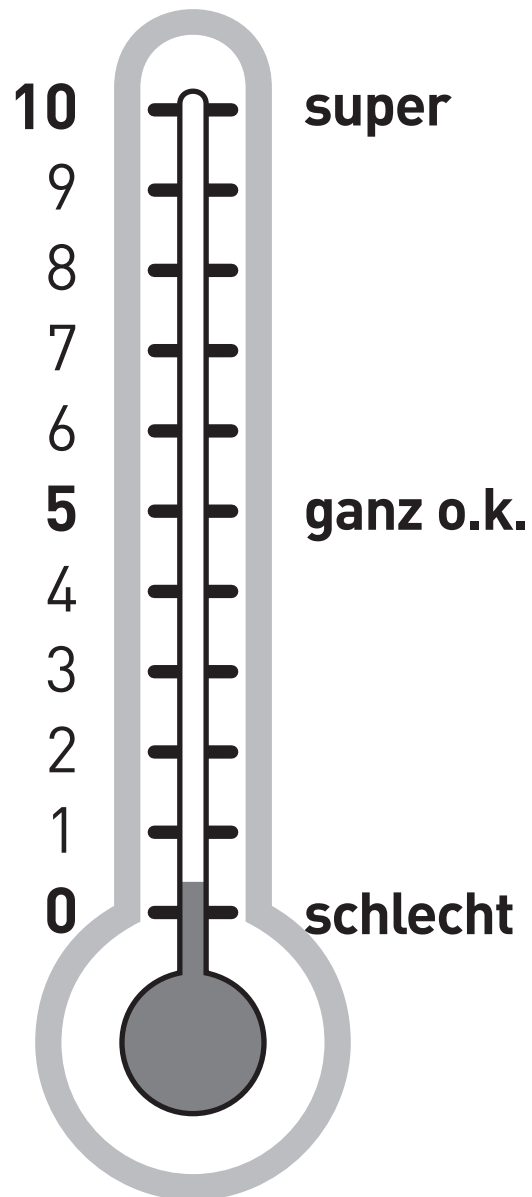
Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

8.

Erfolg: nutzlos 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr nützlich

Zufriedenheitsthermometer „10-Stunden-Projekt“

Ich fand mein Verhalten heute



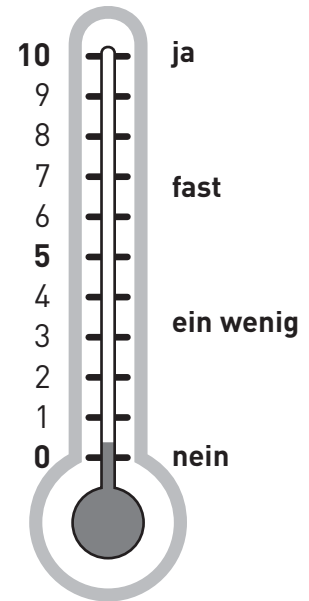
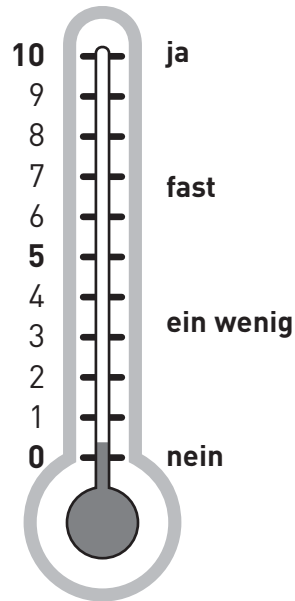
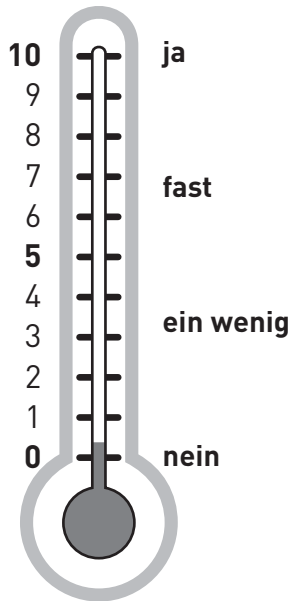
Gradmesser „10-Stunden-Projekt“

Haben wir die vereinbarten Ziele erreicht?

Ziel 1

Ziel 2

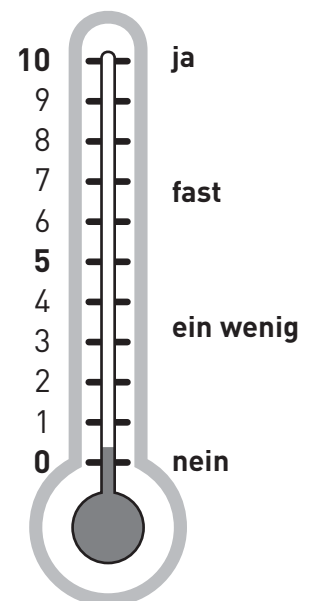
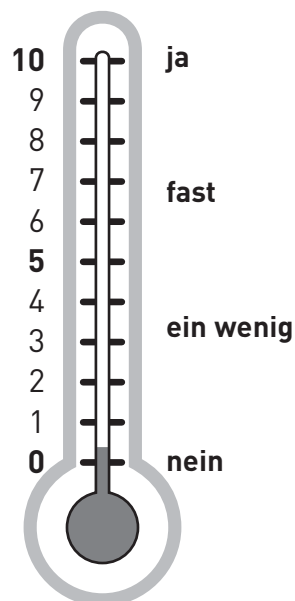
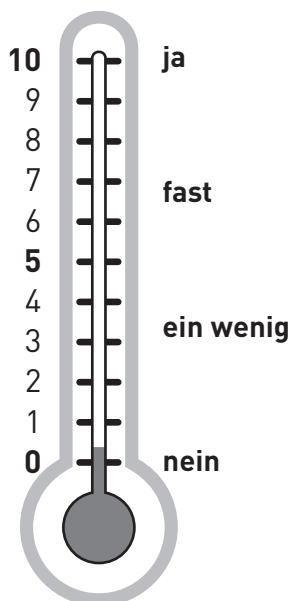
Ziel 3



Ziel 4

Ziel 5

Ziel 6



Ideen für einen Aufmerksamkeit fördernden Unterricht

Rhythmisierung des Unterrichts

- Deutliche Methoden- und Phasenwechsel (nach ca. 20 Minuten)
- Wechsel zwischen aktiven und passiven Phasen
 - Bewegungsspiele
 - Interaktionsspiele
 - Konzentrations- u. Stilleübungen
(Lauschen, Atemübung, Körperwahrnehmung, Fantasiereise, Ausmalen von vorgegebenen Strukturen oder Malen von Fantasiebildern)

Unterrichtsrituale

- Stuhlkreis am Montag Morgen (1. Stunde)
- Tägliche Begrüßungs- u. Abschiedsrituale
- Arbeit mit Signalkarten
- Feiern des Geburtstagskindes
- Hausaufgaben 5 Minuten vor Unterrichtsende auf derselben Tafelseite anschreiben

Lernen mit allen Sinnen

- „Be-greifen“ der Lerninhalte
(Montessorimaterialien; AOL-Verlag, Verlag an der Ruhr)
- Visualisierung von Unterrichtsinhalten und -strukturen
(Einsatz von farbstarkem Papier)
- Verwendung von Farben, Bildern, Anschauungsmaterialien, Lernspielen, Rollenspielen
- Weniger an Stoff anbieten (im Sinne exemplarischen Lernens nach Klafki), dafür immer wieder auf Strukturen achten, häufige Vertiefungsphasen

Klarheit, Strukturen sowie Empathie

- Erarbeiten von klaren Regeln mit der Klasse
(positiv formuliert; 1. Person Singular, Präsens Aktiv; gut sichtbar im Klassenraum aufgehängt:
Beispiel: „Ich melde mich und spreche erst, wenn ich an der Reihe bin“ statt „Nicht reinrufen!“)
- Sofortige Rückmeldung über die Genauigkeit der geleisteten Aufgabe (hilfreich ist die Metaebene: Skalierung von Null bis Zehn)
- Ständige Ermutigung, Hervorheben der Stärken, Fortschritte verbalisieren, Mutmachersätze unter Arbeiten schreiben! Wachstumsbereiche liebevoll oder sachlich benennen und über Skalierungsfragen entwickeln.

Prüfungssituationen

- Bei Leistungsbewertung und Testsituationen die Möglichkeiten des „Nachteilsausgleichs bei Behinderungen“ berücksichtigen:
1/3 mehr Zeit oder 1/3 weniger Aufgaben geben; Arbeit nur mit einer Bezugsperson in ruhigem Raum außerhalb des Klassenraums schreiben lassen (Kooperation mit KollegInnen), Notenschutz bei zusätzlichen LRS-Problemen neben gleichzeitiger Förderung.

Ideen für einen rhythmisierten Unterricht

Beispiel zur Struktur einer rhythmisierten Unterrichtsstunde

- Einstimmung mit einer kurzen Geschichte
(Vorlesen ohne Gespräch 2 Minuten)
- Thematisches Arbeiten
(Phasenwechsel beachten; ca. 20 Minuten)
- Interaktionsspiel zur Stärkung des guten Klassenklimas – Bewegung
(2 bis 5 Minuten)
- Thematisches Arbeiten
(15 bis 20 Minuten)
- Hausaufgaben anschreiben, abschreiben
(5 Minuten)

Und mit ruhiger Musik
entspannt es sich meist
noch leichter.

Was hat sich für Sie als hilfreich erwiesen? Was hat sich in Ihrer Arbeit bewährt?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

Lilly Deutschland GmbH
Werner-Reimers-Straße 2-4
61352 Bad Homburg
www.lilly-pharma.de
www.info-adhs.de

Schutzgebühr
EUR 4,90

ISBN 3-935966-19-9

DES TR00811a

The Lilly logo is written in a red, cursive script font.

Antworten, auf die es ankommt.