

# Unterstützung von Kindern mit ADHS im Regelklassenunterricht



Vertiefungsarbeit zu Standard II  
Pädagogische Hochschule Zürich / Abteilung Kindergarten-Unterstufe

Vorgelegt von  
Rahel Eichenberger & Salome Thalmann

Eingereicht bei  
Herrn Peter Diezi- Duplain

Zürich, April 2015

## **Abstract**

Im Rahmen unserer Vertiefungsarbeit setzten wir uns mit dem Thema „Unterstützung von Kindern mit ADHS im Regelklassenunterricht“ auseinander. Der Begriff „ADHS“ ist heutzutage fast zu einem Modewort geworden. Kinder, die früher noch als „Zappelphilipp“ galten, sind heute ADHS-Kinder. Daher wollten wir in unserer Arbeit spezifisch auf die Diagnose von ADHS, die Ursache und auf Unterstützungsmöglichkeiten von Seiten der Lehrpersonen im Schulalltag eingehen.

Die Fachliteratur ist unsere Thematik betreffend sehr weitläufig und umfangreich. Daher mussten wir darauf achten, dass wir uns im Thema nicht „verlieren“ sondern uns auf unsere Leitfrage konzentrieren, wie wir betroffene Kinder unterstützen können. Diesbezüglich war es uns ein Anliegen, dass wir schlussendlich eine „Sammlung“ generieren, welche Hilfen für Lehrpersonen im Unterricht enthält.

Der Inhalt unserer Arbeit zeigt den aktuellen Stand der Forschung in Bezug auf das Thema, den theoretischen Hintergrund, Interviews mit verschiedenen Akteurinnen, sowie wichtige Punkte für Lehrpersonen auf, die als Unterstützung dienen können.

# Inhaltsverzeichnis

<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
1.1 Rechtliche Grundlagen	7
<b>2 ADHS UND RITALIN: AKTUELLER STAND</b>	<b>10</b>
<b>3 THEORIE</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Definitionen</b>	<b>14</b>
3.1.1 ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health	14
3.1.1.1 Gebrauch und Klassifikation der ICF	15
3.1.1.2 Abklärung anhand der ICF	21
3.1.1.3 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	21
3.1.1.4 Spezifische mentale Funktionen	22
3.1.2 ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	24
3.1.2.1 Abklärung anhand der ICD-10	24
3.1.3 DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	25
3.1.3.1 Abklärung anhand der DSM-V	25
3.1.4 Merkmale einer ‚ADHS‘	26
<b>3.2 Medizinischer Hintergrund</b>	<b>28</b>
3.2.1 Die Ursache von ADHS	28
3.2.2 Verlauf der ‚ADHS‘	30
3.2.3 Folgen der ADHS	31
3.2.4 Diagnose	31
<b>4 THERAPIE</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Medikamentöse Behandlung</b>	<b>32</b>
4.1.1 Was ist Ritalin?	32
4.1.2 Die Wirkung von Ritalin (Methylphenidat)	33
<b>4.2 Alternative Therapiemöglichkeiten</b>	<b>34</b>
<b>5 INTERVIEWS</b>	<b>35</b>
<b>5.1 Auswertung der Interviewfragen</b>	<b>35</b>

<b>6</b>	<b>PRAKTISCHE UMSETZUNG</b>	<b>45</b>
6.1	Bedeutung der Situation im Schulfeld	45
6.2	Wichtige Punkte für Lehrpersonen in Bezug auf ADHS	45
<b>7</b>	<b>REFLEXIONEN</b>	<b>49</b>
<b>8</b>	<b>SCHLUSSWORT</b>	<b>54</b>
<b>9</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>56</b>
<b>10</b>	<b>ANHANG</b>	<b>60</b>
A	MINDMAP	
B	INTERVIEWS	
C	SSG – FORMULAR	
D	ADHS – BEURTEILUNGSBOGEN	
	<b>URHEBERRECHTSBESTÄTIGUNG</b>	<b>71</b>

# 1 Einleitung

Während unserer bisherigen Ausbildung an der Pädagogischen Hochschule sind wir in mehreren Praktika Schulalltag miterlebt. In den Gesprächen unter den Lehrpersonen war der Umgang mit „verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schülern“ immer wieder ein Thema. Kinder mit ADHS scheinen besondere Herausforderungen zu sein. Der Einsatz von Ritalin zur Unterstützung der pädagogischen Massnahmen wird kontrovers diskutiert. Auch in Medien wurden wir auf das Thema ADHS und Ritalin aufmerksam. Empirische Zahlen, die wir bei der Recherche fanden, zeigen, dass weniger als 3% der Schülerinnen und Schüler wirklich eine ADHS- Diagnose haben. Wird das Thema also überbewertet? Auf jeden Fall- es scheint die Lehrpersonen zu bewegen.

„Die Melissa aus eurer Klasse wäre auch so eine Ritalin-Kandidatin.“

Dieser und einige ähnliche Sätze sind uns während unserer gemeinsamen Zeit im Quartalspraktikum des vierten Semesters begegnet. Zur gleichen Zeit lag im Lehrerzimmer ein Artikel auf, in welchem unter anderem stand, dass nicht die Schülerinnen und Schüler an die Schule angepasst werden sollten, sondern dass sich die Schule an die Bedürfnisse der Lernenden anpassen müsse. Die Umstrittenheit des Themas Ritalin hat unser Interesse geweckt.

**Sind es denn einfach die Schüler und Schülerinnen unserer heutigen Zeit, die ein Defizit an Aufmerksamkeit haben und dauernd hyperaktiv sind? Ist die steigende Zahl der ADHS- Diagnosen tatsächlich oder findet man einfach, wonach man sucht? Sind Medikamente eine gute Lösung? Und was hat das alles für uns als zukünftige Lehrpersonen zu bedeuten?**

Diese und viele weitere Fragen haben uns beschäftigt und zum Nachdenken angeregt. Im Mai 2014 haben wir uns demnach dazu entschieden, unsere Vertiefungsarbeit gemeinsam zu diesem Thema zu verfassen. Wir ordnen unsere Arbeit dem Standard 2 des Kompetenzstrukturmodells der Pädagogischen Hochschule Zürich zu.

## Standard 2: Lernen, denken und Entwicklung

Die Lehrperson versteht, wie Schülerinnen und Schüler lernen, denken und sich entwickeln. Sie ist fähig, Lernen und Denken zu fördern und dadurch die kognitive, soziale und persönliche Entwicklung ihrer Schülerinnen und Schüler anzuregen und zu unterstützen.

Es ist uns ein grosses Anliegen, dass wir alle Schülerinnen und Schüler individuell fördern und sie demnach in ihrer *sozialen, kognitiven und persönlichen Entwicklung unterstützen*. Wir müssen nachvollziehen können, wie sie lernen, denken und sich entwickeln. Wir haben festgestellt, dass unser Thema durch seine Vielschichtigkeit mit fast allen Standards in Bezug gesetzt werden könnte.

Ob Motivation und Interesse (Standard 3), Heterogenität (Standard 4) oder Kooperation, Partizipation und soziales Umfeld (Standard 5); alles spielt in diesem weitläufigen Thema mit. Da wir uns für diese Arbeit jedoch einschränken müssen, haben wir uns dazu entschieden, den Fokus auf die Entwicklung der Schülerinnen und Schüler mit ADHS zu legen. Hier untersuchen wir, welchen Anteil zur Förderung dieser Kinder wir als Lehrpersonen leisten können, aber auch welche Grenzen uns dabei gesetzt sind.

Nachdem wir uns dazu entschieden haben, die Vertiefungsarbeit auf diesem Gebiet zu verfassen, zeigte sich die breite und weitläufige Thematik als erste Schwierigkeit. Mit der beginnenden Recherche trifft man auf sehr unterschiedliche Literatur und verschiedenste Begriffe. Die Gefahr, sich zu verlieren, ist sehr gross. Wir überlegten uns demnach verschiedene Möglichkeiten, wie wir das Thema als Lehrpersonen zukünftig antreffen können und was für uns hilfreich wäre. Aufgrund unserer Auseinandersetzung mit der Thematik, der Literatur und mit Hilfe von unserem Betreuer Herr Diezi- Duplain hat sich für uns folgende Fragestellung herauskristallisiert:

Wie kann ich als Lehrperson Kinder mit ADHS- diejenigen mit sowie jene ohne Ritalinbehandlung- im Regelklassenunterricht unterstützen?

Nach dieser Arbeit wollen wir in der Lage sein, fundiertere Möglichkeiten zu kennen, wie wir als Lehrpersonen Kinder mit ADHS in unserem Unterricht unterstützen können. Wir wollen wissen, was sie brauchen, was ihnen hilft und welche Rolle wir dabei spielen. Zudem machen wir- wie in der Fragestellung formuliert- einen Unterschied zwischen Kindern mit und ohne medikamentöser Behandlung. Wir beziehen uns dabei auf das Medikament Ritalin, welches am häufigsten eingesetzt wird.

Ursprünglich hatten wir die Idee, eine Literaturarbeit mit einem empirischen Teil zu verfassen. Während unseren ersten Recherchen stellten wir jedoch fest, dass wir mit einem empirischen Teil unsere Möglichkeiten überschätzen würden. Deshalb haben wir uns auf die nachfolgende Form geeinigt. Wir vertiefen uns in bestehende Literatur zum Thema und verknüpfen diese mit Erfahrungsberichten von Betroffenen und unseren eigenen Erfahrungen.

Im folgenden Kapitel stellen wir die Theorie vor, welche wir zur Beantwortung der Fragestellung und zur Aneignung unseres Wissens benötigen. Wir gehen dabei basierend auf der Definition der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) auf die Diagnose ADHS ein und setzen uns mit den verwendeten Medikamenten und deren Wirkung auseinander.

Anschliessend stellen wir Antworten aus Interviews mit drei Personen vor, die alle eine andere Rolle, sowie eine andere Sicht auf die Thematik „ADHS“ und „Ritalin“ haben. Wir möchten selbst mit den Menschen in Kontakt treten, um ihre Sichtweise kennen zu lernen und zu verstehen. Selbstverständlich ist eine Verallgemeinerung der Aussagen und Erfahrungen nicht möglich. Anschliessend

gehen wir konkret auf die Unterstützung von Kindern mit ADHS im Unterricht ein.

Zum Schluss der Arbeit verfassen wir zwei getrennte Reflexionen, welche wir in einem abrundenden Schlusswort in Bezug auf die Zielerreichung der Arbeit vergleichen.

## 1.1 Rechtliche Grundlagen

Man kann sich fragen, weshalb wir uns überhaupt um das Wissen bemühen wollen, wie wir Kinder mit ADHS im Regelklassenunterricht unterstützen können. Einerseits ist dies für uns von einer eigenen Überzeugung geprägt. Wir werden in der Theorie sowie in unseren Interviews aufzeigen, welche verschiedenen Behandlungs- sowie Therapiemöglichkeiten es gibt, mit welchen Betroffene unterstützt werden können. In Bezug auf den Unterricht glauben wir jedoch, dass es auch stark darauf ankommt, wie die Lehrperson das Kind einschätzt und unterstützt. Unserer Meinung nach gibt es nicht einzig Medikamente und Therapien, sondern ebenso die Unterstützung im Alltag (Unterrichtsetting, Unterrichtsgestaltung, Umgang mit der Situation), welche wichtig ist. Im Folgenden verweisen wir auf zwei Rechtsgrundlagen, worauf wir uns in Bezug auf unser Bemühen stützen können.

§2 im 1. Teil: Grundlagen des Volksschulgesetzes (VSG) vom 7.2.05 besagt bezüglich der Bildungs- und Erziehungsaufgaben folgendes:

Die Volksschule erzieht zu einem Verhalten, das sich an christlichen, humanistischen und demokratischen Wertvorstellungen orientiert. Dabei wahrt sie die Glaubens- und Gewissensfreiheit und nimmt auf Minderheiten Rücksicht. Sie fördert Mädchen und Knaben gleichermassen. Die Volksschule ergänzt die Erziehung in der Familie. Schulbehörden, Lehrkräfte, Eltern und bei Bedarf die zuständigen Organe der Jugendhilfe arbeiten zusammen. Die Volksschule erfüllt ihren Bildungsauftrag durch die Gestaltung des Unterrichts und des Zusammenlebens in der Schule. Die Volksschule vermittelt grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten; sie führt zum Erkennen von Zusammenhängen. Sie fördert die Achtung vor Mitmenschen und Umwelt und strebt die ganzheitliche Entwicklung der Kinder zu selbstständigen und gemeinschaftsfähigen Menschen an. Die Schule ist bestrebt, die Freude am Lernen und an der Leistung zu wecken und zu erhalten. Sie fördert insbesondere Verantwortungswillen, Leistungsbereitschaft, Urteils- und Kritikvermögen sowie Dialogfähigkeit. Der Unterricht berücksichtigt die individuellen Begabungen und Neigungen der Kinder und schafft die Grundlage zu lebenslangem Lernen. (Frener 2015, 136)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Volksschule alle Kinder gleichermassen fördern muss. Sie muss dabei deren Entwicklung zu selbstständigen und gemeinschaftsfähigen Menschen unterstützen. Die Lehrkräfte müssen den Unterricht dementsprechend gestalten, wobei individuelle Neigungen und Begabungen der Kinder berücksichtigt sowie überfachliche Kompetenzen wie Dialogfähigkeit, Verantwortungswillen, Kritik- und Urteilsvermögen geschult werden sollen.

Volksschulverordnung (VSV) vom 28.6. 2006, 2. Teil: öffentliche Volksschule 5. Abschnitt: Stellung der Schülerinnen und Schüler sowie der Eltern, §55, Haltung der Lehrpersonen

„Die Haltung der Lehrpersonen gegenüber den Schülerinnen und Schülern ist durch Anerkennung, Verständnis, Konsequenz und Achtung geprägt. Schwierigkeiten sind in erster Linie im persönlichen Gespräch zu lösen“ (Frener 2015, 158).

Unserer Meinung nach muss auch erwähnt werden, dass alle Schülerinnen und Schüler vom Unterricht profitieren müssen. In Praktika haben wir erfahren, dass der Lärmpegel in Klassen ab und zu so hoch wird, dass ein konzentriertes Arbeiten schwierig war. Längst nicht nur Kinder mit ADHS sind dafür verantwortlich. Bei der Unterstützung von Kindern mit ADHS geht es nicht einzig und allein um die Betroffenen selbst. Als Lehrpersonen haben wir die Verpflichtung, auch die übrigen Schülerinnen und Schüler individuell zu berücksichtigen. Durch eine gute Unterstützung der von ADHS betroffenen Kinder kann je nach Umständen auch das Lernen für andere Kinder der Klasse verbessert werden. Lehrpersonen sollten stets abwägen, was die Schülerinnen und Schüler in einer bestimmten Situation brauchen, um die Ziele zu erreichen. Die Schweiz hat am 15. Mai 2014 die UNO-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Wir finden es wichtig, auch ein paar Punkte daraus zu erwähnen.

UNO- Behindertenrechtskonvention vom 16.2.2007, Artikel 8: Bewusstseinsbildung:

„2 Die hierfür erforderlichen Massnahmen umfassen

b) die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, namentlich bei allen Kindern von früher Kindheit an;“ (*Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung* 2007, 7).

## Artikel 2: Begriffsbestimmungen

-„Diskriminierung auf Grund einer Behinderung“ bezeichnet jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung auf Grund einer Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass die auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, staatsbürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Verweigerung angemessener Vorkehrungen;

-„angemessene Vorkehrungen“ sind notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen, wenn sie in einem bestimmten Fall benötigt werden, um Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen den Genuss und die Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten zu gewährleisten; (*Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung* 2007, 3)

Gemäss der UNO-Behindertenrechtskonvention müssen Lehrpersonen als Teil des Bildungssystems „angemessene Vorkehrungen“ zu treffen, welche Kinder mit Behinderungen so unterstützen, dass sie aufgrund der Behinderung in der Schule und im Unterricht nicht benachteiligt sind. Wir sind demnach als zukünftige Lehrpersonen verpflichtet, eine „respektvolle Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen“ (*Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung* 2007, 7) zu fördern und angemessene Vorkehrungen für eine Gleichberechtigung zu treffen.

Wir finden persönlich das Wort „Behinderung“ eigentlich nicht angemessen. Unserer Meinung nach sagt das Wort aus, dass eine bestimmte Person im Alltag von einer sogenannten Norm abweicht und an etwas gehindert wird bzw. in einem Zustand ist, der im Alltag hinderlich sein kann. Uns ist klar, dass es wohl sehr schwierig ist, Definitionen zu formulieren und für das allgemeine Verstehen eine Bezeichnung zu finden. Trotzdem finden wir, dass durch das Wort „Behinderung“ selbst wieder eine Gruppe von Menschen separiert wird, indem ihr Zustand als hinderlich also negativ bezeichnet wird. Bereits wird vielerorts das Wort „Beeinträchtigung“ verwendet, was für uns der Beschreibung dieser Lernenden besser entspricht.

Zusammenfassend kann man in Bezug auf die genannten Rechtsgrundlagen sagen, dass wir als Lehrpersonen die Verpflichtung haben, uns mit dem Thema AD(H)S auseinanderzusetzen. Wir müssen uns für die unterschiedlichen Lernbedürfnisse interessieren, denn nur so können wir- wenigstens annähernd- unseren Unterricht so gestalten und anpassen, dass er nicht diskriminierend<sup>1</sup>, allen zugänglich und für alle Schülerinnen und Schüler lernförderlich ist.

---

<sup>1</sup> Im Modul BE A200 an der Pädagogischen Hochschule Zürich hat uns Estelle Jacquemart, Dozentin für Lernen und Entwicklung, Sozialisation und Differenz an der PHZH, zwei Arten von Diskriminierung nähergebracht, nämlich die „direkte Diskriminierung durch Ungleichbehandlung Gleicher“ (z.B. ethnische Herkunft, Name) sowie die indirekte Diskriminierung durch Gleichbehandlung Ungleicher (z.B. Eltern müssen Betrag für Klassenlager bezahlen, Kinder mit Migrationshintergrund als Zweitsprachlernende in einer Schule mit Unterrichtssprache Deutsch)“ (persönliche Mitteilung, FS13).

## 2 ADHS und Ritalin: aktueller Stand

Um einen Überblick über den aktuellen Stand in Bezug auf ADHS zu verschaffen, beschränken wir uns auf die Aktualität des Themas in der Schweiz und werfen einen Blick auf eine Studie aus dem Kanton Zürich.

Über die Webseite der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sind wir auf einen Forschungsbericht aus dem Jahr 2014 gestossen, in welchem die Untersuchungen zur Behandlung von ADHS bei Jugendlichen und Kindern im Kanton Zürich aufgezeigt werden. Diesem Bericht zufolge bezogen im Jahre 2012 2,6% (3000) der Kinder im Schulalter im Kanton Zürich Ritalin. Dieser Wert liegt leicht über dem Schweizer Durchschnitt, welcher im gleichen Jahr (ohne den Kanton Zürich) bei 2,4% lag. Unter den Geschlechtern sind deutliche Unterschiede zu erkennen, wobei 3,9% der Knaben, jedoch nur 1,3% der Mädchen im Schulalter im Kanton Zürich Ritalin erhielten (Rüesch et al. 2014, 2). Im Zeitraum zwischen den Jahren 2006 und 2012 haben sich die Ritalin-Verschreibungen bei beiden Geschlechtern fast verdoppelt.

Primär hat dieses Wachstum jedoch zwischen 2006 und 2010 stattgefunden, anschliessend haben sich laut Rüesch et al. (2014) die Fallzahlen in dieser Altersgruppe stabilisiert und die Zahl der Neu- Bezüger/innen von Ritalin deutlich abgenommen. Aufgrund der schmalen epidemiologischen Datenlage kann die Ursache für diese Zunahme nicht genau eruiert werden. Rüesch et al. (2014) stellen eine Vermutung an, welche auch uns sehr plausibel erscheint. Für die Autoren ist es am wahrscheinlichsten, dass mehr Schulkinder in den letzten Jahren eine ADHS- Diagnose erhielten und/ oder diagnostizierte Kinder häufiger medikamentös behandelt wurden. Die Zunahme der Methylphenidat - Behandlungen wäre auch durch mehr diagnostizierte Fälle bzw. vermehrte Abklärungen und nicht einfach durch eine Veränderung der Behandlungspräferenzen in Richtung „mehr Medikamente“ erklärbar.

Aus der Sicht von Fachpersonen (z.B. Lehrpersonen, Heilpädagoginnen/innen, Ärzte/innen) hat die Bedeutung von ADHS in den letzten Jahren zugenommen. Die Gesellschaft habe ein „Label“, eine Etikette geschaffen, die zunehmend populärer werde. Diese Entwicklung wurde eher kritisch beurteilt, da der Begriff ADHS längst „überstrapaziert“ sei. Aus Sicht der Kinderärzten/innen kann dies dazu führen, dass ADHS [sic] Diagnosen unsauber ermittelt werden: sowohl Laien als auch Fachpersonen hätten heutzutage das Gefühl, auch bei geringer Erfahrung über ADHS Bescheid zu wissen; dabei würden jedoch die Auffälligkeiten und Verhaltensmuster der Kinder zu wenig differenziert untersucht. (ebd., 4)

Wir finden diese Aussage aus dem Forschungsbericht von Rüesch et al. (2014) sehr plausibel. Wir wagen zu behaupten, dass auch Lehrpersonen im Unterricht davon beeinflusst sind, dass heutzutage viel über ADHS und Ritalin publik gemacht wird und fast jedermann darüber Bescheid zu wissen scheint. Erfahrungen in Praktika mit Lehrpersonen, wie auch die Lehrerzimmerszene in der Einleitung haben uns gezeigt, dass Lehrkräfte manchmal auch vorschnell schubladisieren. Wir vermuten, dass sie Kinder daher auch schneller abklären lassen als früher. Und „wer sucht, der findet“.

Nach Rüesch et al. (2014) kann man aufgrund der Studie davon ausgehen, dass heute trotz der Zunahme der Ritalin-Verschreibungsprävalenz im Kanton Zürich noch mindestens die Hälfte der Kinder im Schulalter mit einer ADHS-Diagnose kein Ritalin einnimmt (ebd., 4).

„ADHS kann nicht allein als medizinisches Phänomen oder als eine Krankheit begriffen werden, sondern stellt auch ein soziales und kulturelles Phänomen dar“ (ebd., 4).

Aus der Studie von Rüesch et al. (2014) geht hervor, dass eine ADHS-Diagnose für die Betroffenen sowie deren Eltern auch im sozialen Bereich eine sehr grosse Belastung darstellen kann. Die Anforderungen, die heutzutage von der Schule und der Gesellschaft an die jungen Menschen gestellt werden, üben auf die Betroffenen einen grossen Druck aus. Nahezu alle befragten Mütter (N=105) der Studie erwähnten, dass ihr Kind ein eher niedriges Selbstwertgefühl habe, welches vor allem mit Misserfolgen in der Schule zusammenhängt (ebd., 51f).

Für die Eltern stellen sich neben der Schule auch im Alltag Herausforderungen. Im Folgenden ein paar Beispiele: Wenn das Kind medikamentös behandelt wird, wird von Personen im Umfeld (Bekannte, Angehörige, Nachbarn etc.) kritisiert, dass das Kind „ruhig gestellt“ werde. Andere mussten sich anhören, dass ihr Kind schlecht erzogen sei und jemand anders berichtete davon, dass das Kind von Kollegen/innen als „Tabletten-Junkie“ bezeichnet wird (ebd., 50).

Interessant war für uns auch zu sehen, was die Mehrheit der Eltern über die Unterstützung von Seiten der Lehrpersonen zu sagen hatte:

Aus der Perspektive der Mehrheit der Eltern ist die Unterstützung von Seiten der Schulen und Fachpersonen allerdings mangelhaft. Die Eltern haben den Eindruck, dass die Lehrpersonen, Schulpsychologen/innen oder die Schulpflege oftmals ungenügend über ADHS informiert sind. Viele Befragte beschreiben, dass sie sich mit der ADHS-Problematik vor allem von den Lehrpersonen im Stich gelassen fühlten. Lehrpersonen hätten zu wenig Wissen über ADHS, würden die Symptome teilweise verharmlosen oder nicht ernst nehmen und hätten kein Verständnis für das auffällige Verhalten der Kinder in der Schule. Im Umgang mit den Kindern wären die Lehrpersonen zu wenig offen und „extrem unfair“ (MUTTER\_FG\_1). (ebd., 60)

Wir finden es sehr schade, dass die Mehrheit der in der Studie befragten Eltern von Kindern mit der Diagnose ADHS die Lehrpersonen nicht als unterstützend empfindet. Andererseits haben wir uns im Austausch zu zweit auch die Sicht der Lehrpersonen überlegt. Wir denken, dass grundsätzlich viele Lehrpersonen ihren Schülerinnen und Schülern gerecht werden möchten. Stellen wir uns die Situation vor, dass ein Kind sich nicht den Klassenregeln gemäss verhält, möchte man als Lehrperson für alle die gleichen Regeln und Konsequenzen durchsetzen. Das Problem ist nun, dass man dem Kind mit ADHS nicht gerecht wird, weil das Verhalten im Moment vielleicht nicht selbstverschuldet ist. In dieser Hinsicht verstehen wir die Eltern sehr. Auf der anderen Seite sollte das ADHS auch nicht zur dauernden Entschuldigung für das Verhalten des Kindes werden (obwohl es

vielleicht oft so ist). Wo ist die Grenze? Wann mache ich als Lehrperson das ADHS verantwortlich und wann das Kind als Person? Muss ich das unruhige Verhalten des Kindes, welches am Morgen erfahren hat, dass die Familie in den Ferien ans Meer fährt und sich deshalb vor Freude kaum halten kann, dulden? Muss ich berücksichtigen, dass einige Kinder nicht frühstücken und sich wohl auch deshalb um neun Uhr kaum mehr konzentrieren können?

Judith Hollenweger geht im Studienbuch „Inklusive Pädagogik und Didaktik“ spezifisch auf „Situationen“ ein.

In einer Situation wirken immer ganz bestimmte Faktoren zusammen, weil diese eine Bedeutung für die Durchführung einer Handlung oder die Ausübung einer Aktivität haben. Von den unzähligen Umweltfaktoren, die zu jedem Zeitpunkt irgendwie präsent sind, sind immer nur diejenigen bedeutsam, die in einer Situation eine Wirkung entfalten. Und damit externe Faktoren eine Wirkung auf Menschen entfalten können, müssen sie wahrgenommen und verarbeitet werden können. Man kann Situationen deshalb auch als das Zusammenspiel ausgewählter und organisierter Umweltfaktoren verstehen, die jeweils einen Einfluss auf eine Handlung oder Aktivität haben. (Hollenweger 2014, 46)

Um auf unsere im vorigen Abschnitt genannten Fragen zurück zu kommen vertreten wir die Meinung, dass eine Unterrichtssituation und darin vorkommende Schwierigkeiten von Seiten der Lehrperson stets mit Blick auf unterschiedliche Faktoren betrachtet und analysiert werden muss. Wie wir später auch noch im Kapitel 3.1.1.1 erwähnen werden, ist es daher von grosser Wichtigkeit, dass „Förderplanung“ interdisziplinär und unter Einbezug verschiedener Blickwinkel auf das Kind erfolgt.

Wir finden es für unsere Arbeit interessant und relevant zu sehen, aus welchen Gründen sich Eltern für oder gegen eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Die folgenden Tabellen aus der Studie von Rüesch et al. (2014) zeigen dies auf.

Gründe für eine medikamentöse Behandlung bei Kindern, welche seit der ADHS-Diagnose eine medikamentöse Behandlung in Anspruch genommen haben (Mehrfach-antworten)	
Gründe für eine medikamentöse Behandlung	Anteil
<ul style="list-style-type: none"> <li>Die schulischen Leistungsanforderungen waren durch die ADHS-Symptome nicht mehr zu bewältigen.</li> <li>Leidensdruck des Kindes durch ADHS</li> <li>Mangel an Unterstützung im Umgang mit ADHS von der Schule</li> <li>Die familiäre Belastung durch ADHS</li> <li>Die anderen Behandlungen und Massnahmen in Bezug auf ADHS waren nicht wirksam.</li> <li>Gute Erfahrungen mit der med. Behandlung von ADHS in der Familie (z.B. Geschwister)</li> </ul>	69% 69% 44% 39% 31% 12%
N	84
Mehrere Gründe konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.	

Tabelle 1: Gründe der medikamentösen Behandlung (Rüesch et al. 2014, 42)

Gründe gegen eine medikamentöse Behandlung bei Kindern, welche seit der ADHS-Diagnose auf eine medikamentöse Behandlung verzichtet haben (Mehrfach-antworten)	
Gründe gegen eine medikamentöse Behandlung	Anteil
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ablehnung durch die Eltern oder die Familie</li> <li>Leichte Ausprägung der ADHS</li> <li>Besorgnis über Nebenwirkungen (z.B. Schlafstörungen, Appetitreduktion)</li> <li>Besorgnis über negative Folgen (z.B. Wachstumsverzögerung)</li> <li>Besorgnis über Abhängigkeit</li> <li>Die andere Behandlung oder Massnahmen in Bezug auf ADHS sind oder waren wirksam.</li> <li>Ablehnung durch das Kind</li> <li>Stigmatisierende Wirkung (z.B. Besorgnis über Vorurteile)</li> <li>Andere Gesundheitsprobleme, die medikamentös behandelt werden/wurden (z.B. Allergien)</li> <li>Schlechte Erfahrungen mit der med. Behandlung von ADHS in der Familie (z.B. Geschwister)</li> <li>Unverträglichkeit</li> </ul>	55% 45% 35% 25% 20% 20% 15% 5% 5% 5% 0%
N	20
Mehrere Gründe konnten angegeben werden. Die Anteile addieren sich deshalb nicht zu 100%.	

Tabelle 2: Gründe gegen die medikamentöse Behandlung (Rüesch et al. 2014, 43)

Auffallend und alarmierend finden wir, dass sich die Mehrheit der Eltern, welche sich für eine medikamentöse Behandlung entschieden hat, diese Entscheidung aufgrund der als unbewältigbar gesehenen schulischen Leistungsanforderungen getroffen hat.

## 3 Theorie

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) hat eine internationale Klassifikation aufgestellt, welche Informationen zur Gesundheit gibt (z.B. Beschreibung der funktionalen Gesundheit). Sie verwendet eine standardisierte allgemeine Sprache, sodass eine weltweite Kommunikation über Gesundheit sowie gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen möglich wird. Wir beschreiben im Folgenden die Klassifikationen ICF, ICD-10, DSM-IV bzw. DSM-V, um zunächst einen Definitionsversuch des Konstrukts aufzubauen, da die Diagnose ADHS/ ADHD heute bereits in aller Munde ist.

Wir stützen uns in der weiteren Arbeit auf die ICF ab, da sie die Grundlage für das schulische Standortgespräch bildet.

### 3.1 Definitionen

#### 3.1.1 ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

In der deutschen Fassung wird die ICF **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit** genannt.

Die Klassifikation wurde von der WHO 2001 aufgestellt und herausgegeben. Sie ist die Nachfolgerin der **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)** von 1980.

Die ICF ist ein Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und das allgemeine Ziel der ICF-Klassifikation ist es, Gesundheitszustände sowie mit der Gesundheit zusammenhängende Zustände zu beschreiben. Da die ICF alle Aspekte der menschlichen Gesundheit und einige gesundheitsrelevante Komponenten des Wohlbefindens umfasst, bezieht sie sich vollends auf die Gesundheit des Menschen. Umstände, die nicht mit der Gesundheit zusammenhängen, deckt die ICF nicht ab. Die Klassifikation kann auf alle Menschen bezogen werden. „Mit Hilfe der ICF können der Gesundheitszustand und die mit der Gesundheit zusammenhängenden Zustände in Verbindung mit jedem Gesundheitsproblem beschrieben werden. Mit anderen Worten, die ICF ist universell anwendbar“ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005, 13).

Sie definiert Komponenten von Gesundheit sowie des Wohlbefindens, die mit Gesundheit zusammenhängen (Erziehung/ Bildung, Arbeit). Als Klassifikation dienen sogenannte Domänen für einen Menschen mit einem bestimmten Gesundheitsproblem. Der Begriff Funktionsfähigkeit, wie er oben erwähnt wurde, ist ein Oberbegriff für alle Körperfunktionen, Aktivitäten sowie Partizipation. Gleichzeitig werden Umweltfaktoren aufgelistet, die mit den eben genannten Domänen in Wechselwirkung stehen (ebd.,9).

### 3.1.1.1 Gebrauch und Klassifikation der ICF

Die ICF klassifiziert menschliche Funktionsfähigkeit und Behinderung. Es werden Domänen gruppiert, die jeweils gemeinsame Charakteristiken aufweisen. Für die Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Domänen werden Standarddefinitionen benutzt und enthalten allgemein verwendete Ankerpunkte für die Beurteilung. Daher kann man diese in Fragebögen übernehmen. Umgekehrt können auch Ergebnisse aus anderen Erhebungen in ICF-Begriffe kodiert werden.

Das ICF-System gebraucht Kleinbuchstaben zur Bezeichnung von Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe), sowie Umweltfaktoren. Darauf folgt eine Kapitelnummer (Ziffer), gefolgt von einer zweiten, dritten oder vierten Ebene (jeweils eine oder zwei Ziffern) (ebd.,26).

#### Core Set

Core Sets sind ein hilfreiches Tool um die alltägliche Handhabung der ICF zu vereinfachen und zu unterstützen. Die WHO hat 2001 das Core Set Projekt aufgegriffen, um Kategorien bezüglich der konkreten Gegebenheiten und Diagnosen zu definieren. Ein Core Set kann als eine geringste Richtlinie beschrieben werden, welche die typischsten Charakteristika und Auswirkungen einer Diagnose beschreibt. Zwei Typen von Core Sets werden beschrieben: ein umfassender, sowie ein knapper Core Set. Die umfassenden Core Sets beinhalten so viele Kategorien die nötig sind, um die Diagnose, bzw. die Umstände zu beschreiben. Man versucht jedoch so wenige Kategorien wie nötig zu brauchen, damit sie für medizinische Zwecke gebraucht werden können. Die kurzen Core Sets beinhalten eine minimale Anzahl an Kategorien und werden vor allem für Forschungszwecke gebraucht.

Für die Schule sind vor allem Beschreibungen beobachtbarer Verhaltensweisen relevant, welche man in unterschiedlichen Settings festhält (Söderström et al. 2014, 162).

Diesen letzten Aspekt finden wir als angehende Lehrerinnen sehr interessant. Wir sehen die Wichtigkeit von Beobachtungen im Schulalltag, vor allem im Klassenzimmer. Anhand verschiedener Perspektiven und Personen, welche auffällige Kinder in unterschiedlichen Kontexten beobachten, bekommt man ein breites Spektrum, welches als Grundlage für eine Förderplanung dienen könnte. Wir finden gut, dass keine Krankheiten erwähnt werden, sondern dass man aufgrund beobachtbarer Verhaltensweisen- die so unterschiedlich sein können, wie das „ADH-Syndrom“ selber- weitere Schritte entwickelt.

## Schulisches Standortgespräch

Leider konnten wir beide in unseren bisherigen Praktika noch kein Standortgespräch miterleben und konnten noch keine Erfahrungen in solchen oder ähnlichen Situationen machen. Wir finden es beide schade, dass man in der Ausbildung nicht mehr Möglichkeiten bekommt, dass man die Arbeit von Fachpersonen (IF-Lehrpersonen, Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, etc.) nicht besser kennen lernt und dadurch auch, mit welchen Kindern sie zusammenarbeiten. Daher können wir uns in unserer Arbeit auf die gefundene Literatur beziehen, aber keine eigenen praktischen Erfahrungen miteinbeziehen.

Das Schulische Standortgespräch (SSG)<sup>2</sup> beschreibt ein strukturiertes Vorgehen zur individuellen Standortbestimmung und zur Vereinbarung von Förderzielen. Es dient zur Klärung, welche individuellen Massnahmen für eine Schülerin oder einen Schüler in der momentanen Schulsituation wichtig wären. Alle beteiligten Personen versuchen durch ihre unterschiedlichen Beobachtungen und Sichtweisen zu einer gemeinsamen Sicht auf die Situation des Kindes zu kommen. Diese dient als Basis, um überhaupt Massnahmen und Förderziele festzulegen. Es ist wichtig, dass Schulpsychologen und Schulpsychologinnen die von ihnen verwendeten Begriffe (z.B. Lernbehinderung oder ADHS) „dekonstruieren“ und ihre Beobachtungen in einem gemeinsamen Rahmen verorten.

Grundlage und Orientierungsrahmen bildet die Domänen der Aktivitäten und Partizipation der ICF. Die ICF bietet eine nach Lebensbereichen gemeinsame Sprache an, die in verschiedenen Differenzierungsgraden verwendet werden kann (Hollenweger u. Luder 2010, 274/275).

Gleichzeitig hat die ICF den Vorteil, dass sie eine verständliche Sprache für Lehrpersonen, Eltern, sonderpädagogische und therapeutische Fachleute, Schulpsychologen und Schulärzte/innen hat. Dabei werden die Schwächen und Stärken des Kindes gleichermaßen berücksichtigt (Hollenweger u. Lienhard 2010, 5).

Wir möchten betonen und aufgreifen, dass wir es wichtig finden, im Gespräch mit Eltern und Fachpersonen die Beobachtungen darzulegen, ohne dass von einer Krankheit oder Störung gesprochen wird. Wir denken, dass die betroffenen Kinder selber spüren, dass sie anders sind als die anderen Kinder und dass sie z.B. Mühe haben über eine längere Zeit ruhig dazusitzen. Gleichzeitig wollen sie aber auch in der Gruppe eine Position, jedoch keine Sonderposition haben, geschweige denn, als krank zu gelten.

---

<sup>2</sup> Das Schulische Standortgespräch wurde von der Bildungsdirektion (2007) entwickelt und ist ein Verfahren zur Förderungplanung und Zuweisung von sonderpädagogischen Massnahmen. (Zürich, Lehrmittelverlag des Kantons Zürich). In unserer Arbeit verwenden wir die 7. unveränderte Auflage von 2010.

In den folgenden Lebensbereichen (Domänen der Aktivitäten und Partizipation), wird ein Kind beobachtet, dabei werden grob umschriebene Fähigkeiten, vorgegeben. Lehrpersonen beobachten vor allem soziale Situationen, d.h. sie fokussieren auf die Partizipation und weniger auf die Aktivität:

- **Allgemeines Lernen**

Dazu gehören alle Handlungen, die für das Lernen, den Erwerb von Wissen oder Fertigkeiten, sowie die Anwendung von Gelerntem wichtig sind.

Wir greifen einen Aspekt heraus, den wir hier für wichtig empfinden:

„Kann sie (der Schüler, die Schülerin) ihre Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Lerngegenstand lenken und aufrechterhalten? Kann sie (der Schüler, die Schülerin) über Aufgaben- oder Problemstellungen nachdenken und Probleme lösen?“ (Hollenweger u. Lienhard 2010, 18).

Hier wird das Kind Probleme und seine Mühen zeigen, da es sehr schnell abgelenkt wird und seine Aufmerksamkeit nicht über eine längere Zeit aufrechterhalten kann.

- **Mathematisches Lernen**

Hier steht der Umgang mit Zahlen und Operationen, sowie die Fähigkeit mathematische Problemstellungen zu verstehen im Zentrum.

- **Spracherwerb und Begriffsbildung**

In diesem Zusammenhang sind Fragen über

- einen angemessenen Wortschatz
- eine sinngemässe Verwendung von Wörtern und Ausdrücken
- ein situationsangemessenes Anwenden von Konzepten oder Begriffen, sowie
- das Bilden von verständlichen Sätzen

wichtig. Man kann die Kinder während dem Unterricht oder auf dem Pausenhof beobachten, in Gesprächen und bei Gesprächen zwischen Schülerinnen und Schülern einschätzen, wie weit ihr Spracherwerb sowie ihre Begriffsbildung entwickelt sind.

- **Lesen und Schreiben**

Hier ist es wichtig, dass Lesen und Schreiben neben dem Fach Deutsch auch als Grundlage für den Unterricht von anderen Fächern gesehen werden. Da viele Informationen schriftlich vorgegeben werden, müssen die Schülerinnen und Schüler Kenntnis über die Unterrichtssprache besitzen. In der Vorschule haben die Kinder ebenfalls bereits Kontakt mit der Schriftsprache und entwickeln ein Verständnis für schriftliche Symbolsysteme.

## ▪ **Umgang mit Anforderungen**

Es geht um den gesamten Bereich, von Handlungen, die man für bestimmte Aufgaben oder zum Erfüllen von Anforderungen ausführen muss.

Auch hier greifen wir wieder einige Fragen heraus, die wir in unserem Zusammenhang und Thema als wichtig empfinden:

- Versteht die Schülerin und der Schüler die gestellte Aufgabe und Anforderung (vom Sinn her)? Wie reagiert sie/er, wenn sie/er die Aufgabe nicht versteht?
- Kann sie/er die Hausaufgaben selbstständig erledigen? Macht das Kind in der Schule sein Ämtli?
- Kann das Kind eine Aufgabe alleine oder in der Gruppe erledigen, ohne abgelenkt zu werden?
- Wie folgt das Kind den notwendigen Routinen in der Schule?

## ▪ **Kommunikation**

Kommunikation sind in diesem Sinn Fähigkeiten der Schülerin oder des Schülers sich mit und ohne Sprache zu verständigen. Es ist wichtig, dass sie/ er mit anderen Schülerinnen und Schülern, den Eltern, sowie der Lehrperson ein Gespräch anfangen und dieses über eine längere Zeit aufrechterhalten kann.

Wenn Massnahmen geplant werden, ist es wichtig zu wissen, ob grundlegende Schwierigkeiten in der Kommunikation vorhanden sind oder ob Probleme des Sozialverhaltens im Vordergrund stehen.

## ▪ **Bewegung und Mobilität**

Hier geht es um Handlungen, die es für einen koordinierten Einsatz des Körpers und der einzelnen Gliedmassen braucht.

## ▪ **Für sich selber sorgen**

Zum Bereich ‚für sich selber sorgen‘ geht es darum zu beobachten, ob eine Schülerin/ ein Schüler essen, trinken, sich anziehen, auf die Toilette gehen und für die Zähne und andere Körperteile sorgen kann. Ausserdem muss beobachtet werden, ob die Schülerin/ der Schüler sich um ihre/ seine Gesundheit und das Wohlbefinden kümmert. Diese Fähigkeiten sind altersabhängig und werden stark von der jeweiligen individuellen Lebenssituation geprägt.

## ▪ **Umgang mit Menschen**

Zu diesem Bereich gehören Fähigkeiten, wie ein Kind mit anderen Menschen interagiert. Auch das Zeigen von gegenseitigem Respekt und Wärme in Beziehungen, sowie Toleranz und Umgang mit Kritik sind Bereiche und wichtige Handlungen. Solche Fähigkeiten werden oft als ‚Sozialkompetenzen‘ bezeichnet.

## ▪ **Freizeit, Erholung und Gemeinschaft**

In diesem Bereich stehen Handlungen, welche Kinder und Jugendliche in der Freizeit ausüben, im Zentrum. Es ist sinnvoll diesen Bereich anzusprechen, jedoch auch, dass man zwischen einem umfassenden Bild und dem Anspruch auf Privatsphäre eine Balance findet.

Neben diesem Aspekt sind Fragen wichtig, ob eine Schülerin oder ein Schüler alleine oder mit anderen spielt und welchen Stellenwert eine Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe einnimmt.

„Die Orientierung an diesen Lebens- und Erfahrungsbereichen erlaubt eine umfassende Einschätzung der Situation, wie sie sich im Zusammenhang mit dem Schulbesuch der Schülerin oder des Schülers zeigt. Diese Einschätzung bleibt nicht bei der Beschreibung von Schwierigkeiten oder Behinderungen stehen“ (ebd., 11).

Falls eine detaillierte Analyse nötig ist, können zusätzliche Fachpersonen zugezogen werden. Die Lebensbereiche werden in der Begleitbroschüre (ebd., 16-22) näher umschrieben. Sie bilden eine Scharnierfunktion, sowie eine gemeinsame Plattform, um die unterschiedlichen Befunde kohärent zusammenzuführen.

„Nicht Schädigung oder Krankheit stehen im Zentrum, sondern höchstens deren allfällige Auswirkungen auf die Partizipation an Bildungsprozessen und auf das schulische Zusammenleben“ (Hollenweger u. Luder 2010, 275).

Im Gespräch wird dabei thematisiert, welche Phänomene mit dem Kind (Lernvoraussetzungen, Fähigkeiten) oder seinem Umfeld (Schule und Familie) zusammenhängen können (ebd., 276).

Da die ICF in einer neutralen Sprache geschrieben wurde, ist es möglich, dass man sowohl auf Ressourcen sowie auf Defizite einer Person fokussieren kann. Wenn es um eine Abklärung geht, werden die Defizite im Vordergrund stehen. Sobald Massnahmen geplant werden, sollte aber auf den Stärken und den vorhandenen Kompetenzen der Schülerin, bzw. des Schülers aufgebaut werden.

Wir finden, dass die Broschüre zum schulischen Standort gute und wichtige Informationen zum Ablauf bietet. Man findet die Broschüre im Internet auf der Seite des Volksschulamtes unter der Rubrik ‚Sonderpädagogisches‘, ‚schulisches Standortgespräch (SSG)‘. Gerade als Berufseinsteiger oder Berufseinsteigerin kann man sich anhand dieser Informationen eine gute Basis an Wissen aneignen, worum es dabei überhaupt geht. Die Broschüre lässt sich gut und einfach verstehen, da zusätzlich praktische Beispiele den theoretischen Hintergrund beleuchten.

Das folgende Modell zeigt alle wichtigen Dimensionen, welche im SSG zur Sprache kommen.

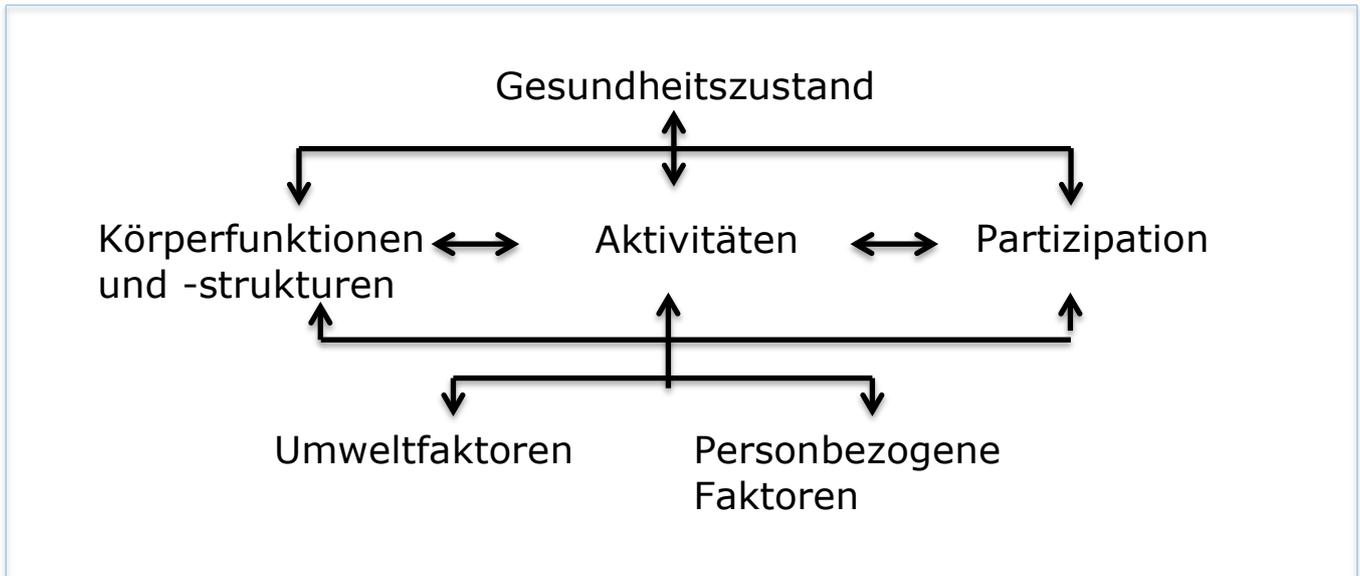


Abbildung 1: Modell der ICF (Hollenweger u. Lienhard 2010, 15)

In der Regel sind alle im Modell erwähnten Dimensionen wichtig, so dass die Elterngespräche auf diesem Modell basieren, auch wenn keine Probleme festzustellen sind. Das Kind wird nicht kategorisiert. Das SSG stellt keine Diagnosen auf, sondern die Teilnehmenden müssen

1. eine Situation beschreiben
2. eine gemeinsame Analyse erarbeiten und daraus abgeleitet
3. Massnahmen und Förderziele vereinbaren

Wichtig sind die Massnahmen und Förderziele, die nach einem halben Jahr wieder überprüft und allenfalls verändert, bzw. angepasst werden.

Das Verfahren des SSG wird zu Beginn eines Schuljahres allen Eltern vorgestellt. Dies erhöht die Verbindlichkeit und sichert das Verfahren. Alle Gespräche haben den gleichen Ablauf und werden in gleicher Weise protokolliert. So kann die Analyse für das einzelne Kind auch auf Klassenebene angeschaut werden (Hollenweger u. Luder 2010, 277).

Wir sind der Meinung, dass es wichtig ist, die Eltern von Anfang an einzubinden, um sie mit einem möglichen Gespräch vertraut zu machen. Uns hat vor allem das Interview mit der Mutter eines betroffenen Kindes, welches wir im Kap. 5 näher beschreiben, sehr nachdenklich gestimmt, da sie sich während dem Gespräch nicht eingebunden und sicher gefühlt hat. Wir finden, dass sich alle Beteiligten in einem Vorgespräch kennen lernen sollten, damit einerseits Vertrauen aufgebaut werden kann, weil dies ein Grundbaustein für gute Zusammenarbeit darstellt. Es gibt Eltern, die sich für eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Aber es gibt auch andere, welche eine Alternative finden möchten. In beiden Fällen ist die Unterstützung durch die Lehrkräfte, Fachpersonen und Schulleitung sehr wichtig und zentral. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die Eltern hinter ihrem Kind stehen. Da sollte die Behandlungsweise keinen Einfluss haben.

### 3.1.1.2 Abklärung anhand der ICF

In der ICF wird ADHS nicht als solches benannt und auch nicht im Einzelnen klassifiziert, was unserer Meinung nach für den schulischen Gebrauch wichtig und notwendig ist. Wir würden ADHS den spezifischen mentalen Funktionen (b140), sowie den Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (b130) zuordnen.

### 3.1.1.3 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs

z.B. **b130**  
**b**           Körperfunktionen  
**130**       Kapitelnummer

„Allgemeine mentale Funktionen, die physiologische und psychologische Vorgänge betreffen, welche bei einer Person ein nachhaltiges Streben nach Befriedigung bestimmter Bedürfnisse und die Verfolgung allgemeiner Ziele verursachen“ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005, 54).

Damit sind Funktionen gemeint, welche die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschliesslich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen.

**b1300**       Weitere Ebenen

**b1300**       Ausmass der psychischen Energie  
„Mentale Funktionen, die sich in Durchsetzungskraft und Durchhaltevermögen äussern“

**b1301**       Motivation  
„Mentale Funktionen, die sich in einem Anreiz zu handeln und in einer bewussten oder unbewussten Antriebskraft zu Handlungen äussert“

**b1304**       Impulskontrolle  
„Mentale Funktionen, die plötzliche intensive Handlungsimpulse regulieren und unterdrücken“

Das Erfassen von relevanten Körperfunktionen ist für Lehrpersonen schwierig bis unmöglich. Wenn eine spezielle Abklärung stattfindet, muss sich diese auch um die Körperfunktionen kümmern. Die Lehrperson beschränkt sich auf die Analyse der Aktivität und Partizipation und leitet davon die Lebens- und Erfahrungsbereiche des SSG ab.

Hier zeigt sich uns die Komplexität des ICF-Modells, welches wir im Kapitel 2.1.1.1 aufzeigen. Um ein vollumfängliches Standortgespräch durchführen zu

können, ist die Zusammenarbeit von Lehrpersonen mit Fachpersonen und Ärztinnen und Ärzten wichtig.

### 3.1.1.4 Spezifische mentale Funktionen

**b140**, Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005, 55) beschreibt die Funktionen der Aufmerksamkeit „Spezifische mentale Funktionen, die die Fokussierung auf einen externen Reiz oder auf innere Vorgänge für eine geforderte Zeitspanne betreffen“

Diese beinhalten Funktionen, wie Daueraufmerksamkeit, Wechsel der Aufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, mit anderen geteilte Aufmerksamkeit, Konzentration und Ablenkbarkeit.

**b1400** beschreibt die Daueraufmerksamkeit  
„Mentale Funktionen, die sich in der Konzentration über eine geforderte Zeitspanne äussern“

**b1401** Wechsel oder Lenkung der Aufmerksamkeit  
„Mentale Funktionen, die die Umlenkung der Konzentration von einem Reiz auf einen anderen zulassen“

**b1402** Geteilte Aufmerksamkeit  
„Mentale Funktionen, die die gleichzeitige Fokussierung auf zwei oder mehrere Reize zulassen“

**b1403** Mit anderen geteilte Aufmerksamkeit  
„Mentale Funktionen, die die Fokussierung auf denselben Reiz durch zwei oder mehrere Personen zulassen, wenn z.B. ein Kind und ein Betreuer sich gemeinsam auf ein Spielzeug fokussieren“

Gerade dieses Kapitel der ICF zeigt, dass aus wissenschaftlicher Sicht die Aufmerksamkeit in verschiedene Teilkompetenzen aufgeteilt werden müsste. Es ist daher gewagt zu behaupten, der Name sagt es bereits (ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit), dass ein Kind mit „ADHS“ keine ‚Aufmerksamkeitsleistung‘ erbringen kann und die ICF verschiedene Funktionen der Aufmerksamkeit auflistet.

Wie auch aus unseren durchgeführten Interviews (siehe Kap. 5) herausgegangen ist, haben die betroffenen Kinder Mühe sich über eine längere Zeit auf fremdbestimmten Inhalt zu fokussieren. Haben sie die Möglichkeit sich selber für etwas zu interessieren, sind sie unserer Meinung nach sehr wohl in der Lage, sich aufmerksam damit zu beschäftigen. Das Unterkapitel b140 (b1400-1403) zeigt klar auf, dass betroffene Kinder Schwierigkeiten haben, ihre Aufmerksamkeit im Unterricht auf einen Gegenstand (Aufgabe, etc.) zu lenken und zu steuern. Wir

sind der Meinung, dass kleine Lerngruppen geeignet wären, damit man als Lehrperson mehr Zeit für jedes einzelne Kind zur Verfügung hat und auf dessen Bedürfnisse besser eingehen kann. Leider entfernt sich unser Schulsystem mehr und mehr davon, so dass es für Kinder, die Mühe in einer grossen Schulklasse haben, fast keine andere Möglichkeit gibt, als sich bestmöglich mit der Unterstützung von der Lehrperson anzupassen. Die Kleinklassen wurden zugunsten der Integration und Inklusion aufgehoben.

### 3.1.2 ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

In der deutschen Übersetzung ist es die **internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme**.

Wir befassen uns mit dem Kapitel V, welches die internationale Klassifikation psychischer Störungen und Verhaltensstörungen beinhaltet.

„Die ICD-10 stellt eine „Diagnose“ von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung und diese Information wird mit der zusätzlichen Information zur Funktionsfähigkeit, welche die ICF liefert, erweitert“ (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2005, 10).

Die ICD liefert Informationen über Mortalität, die ICF über gesundheitliche Auswirkungen (ebd., 10).

Das Unterkapitel F90 des ICD-10 Kapitel V beschreibt hyperkinetische Störungen, welche charakteristisch einen frühen Beginn haben, sowie die Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen. Aufmerksamkeitsprobleme sind ein zentrales Merkmal hyperkinetischer Störungen. Der diagnostische Begriff Aufmerksamkeitsdefizit mit Hyperaktivitätsstörung (ADHD) ist heutzutage weit verbreitet und bekannt.

Weitere Merkmale sind mangelnde Ausdauer bei Beschäftigungen (z.B. in der Schule), die Tendenz von einer Tätigkeit zur anderen wechseln zu wollen, ohne dass etwas zu Ende gebracht wird, sowie eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität. Diese Schwierigkeiten bleiben vor allem in der Schulzeit unverändert und können bis ins Erwachsenenalter anhalten (Dilling et al. 2008, 317-319).

#### 3.1.2.1 Abklärung anhand der ICD-10

Wie bereits erwähnt, gehört ADHS zu den hyperkinetischen Störungen. Diese wiederum zählt man zu den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

„Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/ oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/ oder zu einer Beeinträchtigung führt“ (Steinhausen 2002, 15).

Ab wann genau ist ein Verhalten bzw. ein Erleben abnorm? Nach Steinhausen (2002) ist es wichtig, dass man die sozialen Komponenten mitberücksichtigt.

Zur Definition der ADHS nach den Kriterien der ICD-10 gehören diagnostische Leitlinien, wie eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität, wobei für die Diagnose beide notwendig sind und beide in mehr als einer Situation (z.B. zu Hause, im Klassenzimmer) vorkommen sollten.

Unter hyperkinetischen Störungen versteht man die Begriffe:

- Attention Deficit Hyperkinetic Disorder – ADHD
- Aufmerksamkeitsstörung (-syndrom) mit Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsstörung (-defizit) mit Hyperaktivitätsstörung

wobei hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens bei allen drei Begriffen ausgeschlossen werden müssen.

Somit zählt die ICD-10 die Diagnose ADHS zu den hyperkinetischen Störungen, wobei man darunter eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität feststellt und diagnostiziert (Dilling et al. 2008, 317-320).

Steinhausen (2002) führt weitere Begleitmerkmale der hyperkinetischen Störung im Sinne der ICD-10- Klassifikation auf. Dazu gehören Distanzstörung in sozialen Beziehung, Unbekümmtheit in gefährlichen Situationen, impulsive Missachtung sozialer Regeln, Lernstörungen und motorische Ungeschicktheit (Steinhausen 2002, 91).

Der deutsche Duden<sup>3</sup> beschreibt das Wort ‚hyperkinetisch‘ bzw. ‚Hyperkinese‘ dass unwillkürliche Bewegungen mit Muskelzuckungen stattfinden und dass es gleichzeitig zu deutlich vermehrter Muskelaktivität kommt.

Wir denken, dass sich die ADHS-Symptomatik nicht mit einem Begriff vollumfänglich erklären lässt, vor allem nicht als Einsteiger und Einsteigerin im Lehrberuf. Man wird früher oder später mit Kindern zu tun haben, die eine ADHS-Symptomatik zeigen. Wir gehen im folgenden Kapitel näher darauf ein. Wichtig ist vor allem eine gute und fundierte Aufklärung durch Fachpersonen (z.B. Ärzte, aber auch Betroffene), welche einem wichtige Informationen geben können, damit man sich nicht vorschnell mit dem Begriff ‚ADHS‘, welcher unserer Meinung nach oft unüberlegt verwendet wird, bzw. ‚Hyperkinetische Störung‘ zufrieden gibt.

### 3.1.3 DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-V steht für **diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen** und ist ein weiteres Klassifikationssystem der WHO.

#### 3.1.3.1 Abklärung anhand der DSM-V

Nach Steinhausen (2006) wird im DSM-V der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) verwendet, während im ICD-10 die Störung als hyperkinetische Störung bzw. als einfache Aktivitätsstörung- und Aufmerksamkeitsstörung bezeichnet wird. Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Klassifikationssystemen ist, dass nach ICD-10 (Forschungskriterien) für eine Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung neben ausgeprägter Aufmerksamkeitsstörung auch Überaktivität und Impulsivität in

---

<sup>3</sup> Deutscher Duden, s.v. «hyperkinetisch», Zugriff 9.3.2015, <http://www.duden.de/node/661418/revisions/1155700/view>

mindestens zwei Lebensbereichen vorliegen. Im DSM-V wurde der Schwellenwert herabgestuft, so dass die Diagnose bis zum zwölften Lebensjahr gefällt werden kann. Es werden dabei drei Subtypen definiert:

- Der Mischtyp: Es liegt sowohl eine Aufmerksamkeitsstörung, wie auch eine Hyperaktivität/ Impulsivität vor.
- Der vorherrschend unaufmerksame Typ: es liegt vor allem Aufmerksamkeitsstörungen vor. Die Hyperaktivität/ Impulsivität ist nicht stark ausgeprägt.
- Der vorherrschend hyperaktiv-impulsive Typ: Bei diesem Typ liegt vor allem die Hyperaktivität/ Impulsivität im Zentrum, während Aufmerksamkeitsstörungen nicht oder nicht hinreichend stark ausgeprägt sind.

Steinhausen (2006) beschreibt weitere Begriffe und fasst gleichzeitig DSM-V- und ICD-10-Kriterien zusammen (ebd., 178).

Wir greifen drei wichtige Begriffe auf, damit die oben beschriebenen Definitionen genauer erklärt werden. Gleichzeitig möchten wir die Bezeichnung ‚ADHS‘ (Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung), wenn man überhaupt von einer solchen Bezeichnung reden sollte, nochmals genauer aufgreifen, da sie im Kern durch die folgenden Merkmale gekennzeichnet ist.

### 3.1.4 Merkmale einer ‚ADHS‘

#### **Unaufmerksamkeit:**

1. Macht Flüchtigkeitsfehler bei Schulaufgaben oder anderen Aufgaben.
2. Hat Mühe, sich über eine längere Zeit aufmerksam mit einer Aufgabe zu beschäftigen oder das Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Kann Arbeiten am Platz nicht zu Ende bringen und führt häufig Anweisungen der Anderen nicht aus.
4. Mühe beim Organisieren von Aufgaben und Aktivitäten.
5. Vermeidet häufig Aufgaben oder länger andauernde geistige Anstrengungen im Unterricht.
6. Verliert oft Gegenstände und ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.
7. Lässt sich schnell ablenken.

#### **Hyperaktivität:**

1. Zappelt häufig mit den Händen oder Füßen und rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht oft vom Stuhl auf (im Klassenzimmer), in Situationen, in denen Sitzenbleiben gefordert wäre.
3. Läuft häufig herum.
4. Hat Mühe ruhig zu spielen.
5. Häufig „auf Achse“, als wäre er/sie „getrieben“. (nur DSM-V)

**Impulsivität:**

1. Kann mit seiner/ihrer Antwort nicht zurückhalten.
  2. Kann schlecht warten, bis er/sie an der Reihe ist.
  3. Unterbricht und stört oft, redet häufig übermässig viel.
- (ebd., 178)

Die Symptome müssen nach DSM-V, sowie ICD-10 den/die Betroffene/n in seiner/ihrer Entwicklung massgeblich beeinträchtigen, über einen längeren Zeitraum anhalten und in mindestens zwei Lebensbereichen konstant auftreten (z.B. in der Schule, in der Familie oder während der Untersuchungssituation) (Dilling et al. 2008, 318).

Laut Bundesärztekammer braucht es eine Dauer von mehr als sechs Monaten, eine nicht dem Alter und Entwicklungsstand entsprechende Ausprägung der Symptome, sowie ein früher Beginn. Da eine Grosszahl der Kinder mit einer ADHS auch noch komorbide psychische Störungen aufweisen, ist eine umfassende diagnostische Abklärung der begleitenden Symptome (Angststörungen, depressive Störungen, bipolare Störungen, Somatisierungsstörungen, oppositionelle Störungen, Störungen des Sozialverhaltens) dringend notwendig (Remschmidt et al. 2008, 215).

Unserer Meinung nach wäre eine Diagnose des ADHS mithilfe von DSM-IV, sowie ICD-10 mithilfe der oben erwähnten Merkmale sicher einfacher. Uns ist es wichtig zu zeigen, was Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bedeuten kann und wie eine Lehrperson oder Eltern solche Merkmale im Schulunterricht oder auch zuhause deuten können. Wir möchten auf keinen Fall das ADH-Syndrom als eine Störung bezeichnen, da sich das Erscheinungsbild und Auftreten in so unterschiedlichen Facetten zeigt. Wir bevorzugen die ICF-Kriterien, weil das Syndrom nicht als solches erwähnt wird. Die Lehrperson fokussiert auf die Partizipation und Aktivität im Schulunterricht und beobachtet daraufhin ihren Unterricht und ihre Schüler und Schülerinnen.

In unserer Arbeit verwenden wir den ADHS-Begriff, obwohl er unserer Meinung nach nicht „richtig“ verwendet wird. Viele denken, sie wüssten, was ADHS ist, weil es im Alltag und im Internet unzählige Artikel sowie Literatur gibt, die diese Thematik auffassen. Wir denken, dass vieles davon unbrauchbar ist und weder den Hintergrund noch die Ursache korrekt beschreibt. Der Begriff ADHS ist schon eher zu einem Modewort geworden und wird der eigentlichen Symptomatik nicht mehr gerecht. Früher war das betroffene Kind noch ein ‚Zappelphilipp‘ und heute das ‚ADHS-Kind‘. Unserer Meinung nach, wird zu schnell eine Verallgemeinerung vorgenommen.

Aus diesem Grund verwenden wir den Begriff der Einfachheit halber und möchten betonen, dass wir vor allem im Schulfeld davon abraten, vorschnell von ADHS oder einer Krankheit bzw. einer Störung zu reden. Wir verwenden in unserer Arbeit deshalb Ausdrücke, wie beispielsweise „Kinder mit der Diagnose ADHS“, „Kinder mit ADHS“, „Betroffene“, „betroffene Kinder“ u.ä.

## 3.2 Medizinischer Hintergrund

### 3.2.1 Die Ursache von ADHS

Ein spezifischer und allgemeingültiger Ursprung der hyperkinetischen Störung kann nicht angenommen werden. Steinhausen (2002) beschreibt neurobiologische Bedingungen, Störungen neurochemischer Systeme, sowie genetische Faktoren und Toxine, v.a. wenn ein Missbrauch (Alkohol- und Nikotinmissbrauch) in der Schwangerschaft vorliegt.

Die neurobiologischen Bedingungen zeigen, dass ein hirnorganischer Ursprung vorliegt. Bei einer Vielzahl hyperaktiver Kinder zeigen sich Risikofaktoren der prä-, peri- und postnatalen Entwicklung, sowie Zeichen einer neurologischen oder elektrophysiologischen Reifungsverzögerung. Bildgebende Verfahren haben gezeigt, dass ein verminderter Hirnstoffwechsel in verschiedenen Bereichen der Grosshirnrinde (Cortex<sup>4</sup>) und des Subcortex<sup>5</sup> nachgewiesen wurde (Steinhausen, 2002, 94).

ADHS-Betroffene haben ein geringes Reaktionshemmungssystem und können aus diesem Grund ihre Impulse schlechter kontrollieren. Die geringe Hemmung kann auch durch beschleunigte Antwortprozesse oder verlangsamte Hemmungsprozesse zustande kommen (Tannock 1998, zit. nach Remschmidt, et al. 2008, 217).

Remschmidt, Mattejat und Warnke nennen die Arbeitsgruppe um Krause, welche eine höhere Konzentration des Dopamin-Transportsystems<sup>6</sup> im Striatum<sup>7</sup> von erwachsenen Patienten mit ADHS nachweisen konnten. Sie bringen diese Ergebnisse mit einer verminderten DOPA-Decarboxylase-Aktivität<sup>8</sup> in Verbindung (Dresel et al. 2000, zit. nach ebd., 217).

Die Befunde besagen, dass der Dopamin-Stoffwechsel im fronto-striatalen System verringert ist, dadurch entwickelt sich, wie bereits angesprochen, ein Dopamin-Mangel. Neuere Untersuchungen haben gezeigt, dass auch das noradrenerge<sup>9</sup> System beteiligt ist (Barr et al. 2002, zit. nach ebd., 217). Man kann

---

<sup>4</sup> Cortex: in diesem Zusammenhang ist der Cortex cerebri (Grosshirnrinde) gemeint, welcher ein Teil des Endhirns ist und höhere Funktionen übernimmt, wie z.B. die Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen, Sehen, Hören, Lesen, Sprechen, Planung und Ausführung von Willkürbewegungen, Bewusstsein, komplexes Denken, etc.  
[http://flexikon.doccheck.com/de/Cortex\\_cerebri](http://flexikon.doccheck.com/de/Cortex_cerebri).

<sup>5</sup> Subcortex: Als Subcortex bezeichnet man diesen Teil des Hirns, welcher sich direkt unter dem Cortex cerebri befindet. E besteht aus drei Teilen, den Basalganglien, dem limbischen System, sowie dem Diencephalon (Thalamus und Hypothalamus).  
<http://psychology.wikia.com/wiki/Subcortex>.

<sup>6</sup> Dopamin ist ein Botenstoff (Neurotransmitter) im Gehirn. Er überträgt Impulse an den Schaltstellen von Nervenzellen (Synapsen). Wenn erregende Eindrücke auf das Gehirn wirken, wird mehr Dopamin ausgeschüttet, im Ruhezustand wird weniger Dopamin ausgeschüttet. [www.adhs-schweiz.ch](http://www.adhs-schweiz.ch).

<sup>7</sup> Das Striatum, auf Deutsch Streifenkörper, ist für die Regulation der willkürlichen Motorik zuständig. <http://flexikon.doccheck.com/de/Striatum>.

<sup>8</sup> Die DOPA-Decarboxylase ist für den Abbau von L-Dopa (u.a. ein Vorläufer von Dopamin) verantwortlich. Arbeitet die DOPA-Decarboxylase weniger schnell, ist die Konzentration von Dopamin im Gehirn vermindert. <http://flexikon.doccheck.com/de/Levodopa>.

davon ausgehen, dass weitere Transportsysteme beteiligt sind (Kent et al. 2002, zit. nach ebd., 218).

Der Einfluss der genetischen Belastung konnte anhand von Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien nachgewiesen werden. Für das Entstehen von ADHS ist eine Vielzahl von Genen verantwortlich. Erst das Zusammenspiel vieler Gene ist für die Vielfalt der Komorbiditäten verantwortlich, sowie die Untergruppen und das unterschiedliche Ansprechen auf verschiedene Medikamente.

Die Befunde und Forschungsergebnisse sind sehr unterschiedlich. So haben wir auch gemerkt, dass man sich nicht zu schnell mit der Dopamin – Mangel-Hypothese zufrieden geben darf, da die Ergebnisse zum Teil gegenteilig sein können. Professor Gerald Hüther (2007), Neurobiologe und Hirnforscher an der Universität Göttingen, stellt in einem Referat am Symposium in Bregenz das Gegenteil der Mangel-Hypothese vor. Es sagt, dass Kinder mit ADHS nicht an einem Dopamin-Mangel leiden, sondern an einem Dopamin-Überschuss. Dieser Überschuss führt zur Zappeligkeit. Das Ritalin aktiviert die Ausschüttung von Dopamin weiter. Dies führt bei den Kindern jedoch nicht zu einer Aktivität, da sie bereits überaktiv sind. Sie können diesen Unterschied kaum noch merken. Die übermässige Dopamin-Ausschüttung entleert die Speicher in dem Masse, dass es bald zu einem Mangel kommt. Dies bewirkt die Beruhigung nach der Ritalineinnahme (Psychologische ‚ADHS‘ Therapie Schweiz 2015).

Hüthers (2010) These ist, dass ADHS-betroffenen Kindern die Erfahrung des Gefühls der Zugehörigkeit zur sozialen Gruppe durch „shared attention“ fehlt. Dadurch haben sie Mühe, dass sie sich in einer Gemeinschaft zurechtfinden. Hüther betrachtet vor allem die hirnbioologischen Störungen als Folge von Umweltbedingungen (krankmachende Verhältnisse in der Familie, Schule, Gesellschaft allgemein) als Grund und Ursache für ADHS. Hüther untersucht vor allem den Einfluss früherer Erfahrungen auf die Hirnentwicklung, unter anderem wie sich Stress und Angst auswirken (Huether 2010).

Zusammenfassend kann als Ursache einer ADHS gesagt werden, dass gegenwärtig genetisch bedingte neurobiologische Funktionsstörungen angenommen werden. Es sind Hirnabschnitte betroffen, welche übergeordnete Steuerungs- und Koordinationsaufgaben übernehmen. Aus diesem Grund kann das Gehirn unwichtige innere und äussere Reize und Impulse schlecht filtern oder hemmen. Dies führt zur Ablenkbarkeit, Impulsivität und Zappeligkeit. Vor allem monotone und subjektiv empfundene langweilige Situationen machen sich in einer schwachen Impulshemmung bemerkbar. Wenn Situationen aber als spannend oder interessant empfunden werden, können sich betroffene Kinder sehr gut konzentrieren.

---

<sup>9</sup> Noradrenalin steuert u.a. die Reaktionskette der Stresshormone und der Botenstoffe (Neurotransmitter). Dadurch wird unser Körper bei höheren psychischen und physischen Belastungen aktiviert und die Körperfunktionen angepasst. Noradrenalin wirkt, indem sich die Blutgefässe verengen, dadurch steigt der Blutdruck und der Puls, die Konzentration, Aufmerksamkeit und Wachheit wird gefördert und es wirkt sich positiv auf die Motivation und die Motorik aus. [www.neurolab.eu/infos-wissen/wissen/neurotransmitter/noradrenalin/](http://www.neurolab.eu/infos-wissen/wissen/neurotransmitter/noradrenalin/).

Auch das Belohnungssystem läuft bei betroffenen Kindern nicht altersentsprechend ab. Kinder ohne ADHS können auch bei Unlust ihre Hausaufgaben erledigen, da die Aussicht auf ein gutes Gefühl aufkommt, wenn man die Hausaufgaben erledigen konnte. Dies setzt genügend neuronale Energie frei, um auch ohne sofortige Belohnung oder Bestätigung konzentriert an den Aufgaben zu bleiben (Rossi 2002).

Diese Gegensätzlichkeit der Forschungsergebnisse zeigt uns, dass die Themen ‚ADHS‘ und ‚Ritalin‘ noch lange nicht abgeschlossen sind und nach wie vor viele Uneinigkeiten vorliegen. Auch die Wirkweise von Ritalin ist noch sehr umstritten und die Meinungen gehen auseinander.

Wir waren ebenfalls überrascht von der Fülle und Diversität an Forschungsergebnissen und wollten sie aus diesem Grund kurz erläutern.

Für uns als angehende Lehrpersonen ist die Frage nach dem Ursprung und dem medizinischen Hintergrund weniger wichtig. Im Alltag geht es darum, dass wir mit ADHS-betroffenen Kinder weiterhin zusammen arbeiten können und Tools kennen, damit das Teilnehmen am Unterricht für diese Kinder leichter wird.

Von Bedeutung ist sicher, dass eine Situation in erster Linie durch die Lehrperson analysiert wird, wie auch eine auf gegenseitigem Vertrauen basierte Zusammenarbeit mit den Eltern. Dies führt zu einem sinnvollen Problemverständnis und es können hilfreiche Ziele durch die Lehrperson, die Eltern und Fachpersonen vereinbart werden.

### **3.2.2      Verlauf des ‚ADHS‘**

Die Symptomatik zeigt sich oft schon im Kindergarten, d.h. in der frühen Kindheit, sicher aber ab der ersten oder zweiten Klasse. Es entstehen zunehmend Probleme in der Entwicklung von zwischenmenschlichen und schulischen Kompetenzen. Die Symptome können sich auch erst später manifestieren. Die Symptome und Auswirkungen einer ADHS sind sehr einschränkend und behindern vor allem die persönliche Entwicklung eines Kindes. Betroffen ist nicht nur das Kind, sondern die ganze Familie. Etwa die Hälfte aller betroffenen Kinder leiden auch als Erwachsene an den Folgen der Störung. Im Erwachsenenalter verschwindet die hyperaktive Symptomatik oftmals, wobei hingegen die Unaufmerksamkeit, die emotionale Störung (Stimmungsschwankung, innere Unruhe) sowie die Impulsivität anhalten (ebd. 2002).

Wir haben keine Forschungsergebnisse darüber gefunden, dass die Symptomatik im Erwachsenenalter verschwindet und stehen dieser Aussage eher skeptisch entgegen. Wir denken eher, dass mit einer beginnenden und passenden Behandlung auf alle Fälle die Symptomatik im Alltag verbessert werden kann und sich die Betroffenen über die Jahre gelernt haben, sich der Gesellschaft und ihrem Umfeld anzupassen. Sie haben gelernt, wie sie sich verhalten müssen, um Teil einer Gruppe zu passen bzw. gesellschaftlich anerkannt zu werden.

### **3.2.3 Folgen des ‚ADHS‘**

Eine unbehandelte ADHS geht mit der Symptomatik selbst einher und gleichzeitig mit den Folgen wie Selbstwertprobleme, Frustration, Aggressionen, Probleme in der Schule, in der Familie und in der Freizeit. Sie kann zu Lernstörungen, Minderleistungen in der Schule und Minderwertigkeitsgefühlen führen. Später können Suchtprobleme, Depressionen, Angststörungen die Folgen sein (ebd. 2002).

Wir vermeiden bewusst, eine Verallgemeinerung der Folgen zu machen, da auch diese, wie schon bei der Ätiologie und dem Erscheinungsbild sehr unterschiedlich sein können und von vielen Faktoren abhängig sind. Auf alle Fälle ist es wichtig, ein betroffenes Kind als solches zu erkennen sowie weitere Schritte (SSG) einzuleiten.

### **3.2.4 Diagnose**

Eine Diagnose kann klinisch gemacht werden. Wir wollen aber die Möglichkeiten der Lehrkräfte aufzeigen.

Das Verfahren des Schulischen Standortgespräches (SSG) sollte zu einem gemeinsamen Problemlösungs- und Planungsprozess führen. Am Gespräch nehmen Schulpsychologinnen und Schulpsychologen teil, wie auch die Eltern, Lehrpersonen und sonderpädagogische Fachleute. Es ist wichtig Begrifflichkeiten, wie z.B. Lernbehinderung oder ADHS, zu dekonstruieren. Die ICF, wie bereits in Kapitel 2.1.1.1 erwähnt, bietet eine nach Lebensbereichen, dadurch auch Beobachtungs- und Entwicklungsfelder, organisierte gemeinsame Sprache an. Grundlagen bilden vor allem die Domänen Aktivität (Durchführung einer Handlung oder Aufgabe) und Partizipation (Einbezogenheit in die Lebenssituation) der ICF (Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, Interpersonelle Interaktion und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben).

Partizipation umfasst die Performanz, die Erfahrung von Kompetenz oder Wirksamkeit, Autonomie oder Selbstbestimmung, soziale Eingebundenheit oder sozialer Zugehörigkeit in Bezug auf die Durchführung einer bestimmten Aufgabe oder Handlung in einem bestimmten Kontext (Deci u. Ryan, 2000, zit. nach Hollenweger u. Luder, 2010, 274-276).

Die oben aufgeführten Lebensbereiche werden beim betroffenen Kind beobachtet, eingeschätzt und beurteilt. Die unterschiedlichen Befunde werden zusammengeführt. Wie im Protokoll zum schulischen Standortgespräch (siehe Kap. 10, Anhang) ersichtlich ist, werden aufgrund der Beobachtungen Schwerpunktthemen besprochen. Dabei orientieren sich alle Beteiligten vor allem an den Ressourcen der Schülerin oder des Schülers. Anschliessend werden beobachtbare und dadurch überprüfbare Förderziele vereinbart. Erst nach den Förderzielen folgen Massnahmen und Therapien.

Wichtig ist, dass nicht Schädigung oder Krankheit im Zentrum stehen sondern allfällige Auswirkungen auf die Partizipation, auf Bildungsprozesse und das schulische Zusammenleben. Anschliessend liegt der Fokus auf der Erarbeitung einer Förderplanung und –umsetzung (ebd., 274-276).

## **4 Therapie**

### **4.1 Medikamentöse Behandlung**

#### **4.1.1 Was ist Ritalin?**

Im folgenden Kapitel beschäftigen wir uns vor allem mit dem Medikament Ritalin, da es heutzutage das gängigste und meist verwendete Medikament zur Behandlung von ADHS ist.

Methylphenidat und Präparate, die diese Substanz enthalten (häufig unter dem Name RITALIN® bekannt) zählen zu den Betäubungsmitteln. Die rechtlichen Bestimmungen findet man im Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (BetmG) sowie in der Verordnung des Bundesrates vom 29. Mai 1996 über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (BetmV). Methylphenidat aktiviert das Nervensystem und ist aufgrund seiner Eigenschaft mit Amphetaminen vergleichbar. Bei Kindern wird es vor allem zur Behandlung von ADHS eingesetzt. Wir finden es wichtig zu erwähnen, dass neben Ritalin noch diverse andere Medikamente mit Methylphenidat existieren, so dass eine Behandlung individuell angepasst- beispielsweise unter Berücksichtigung von Allergien- erfolgen kann.

Swissmedic<sup>10</sup> untersuchte in einer Studie zwischen 1996 und 2000 die Anzahl Verschreibungen von Ritalin im Kanton Neuenburg. Sie weist darauf hin, dass in einem Bericht der Vereinten Nationen (UNO) über Ritalin darauf hingewiesen wurde, dass „die Verwendung von Methylphenidat zu medizinischen Zwecken in den 90er-Jahren weltweit massiv zugenommen hat. Die weltweite Produktion von Methylphenidat stieg von 2,8 Tonnen im Jahr 1990 auf 15,3 Tonnen im Jahr 1997“ (Montandon u. Médioni 2002).

Die UNO weist ebenfalls darauf hin, dass 85% dieser Produktion in den USA abgesetzt wurde. Das ist ein Zuwachs von 12,5 Tonnen innerhalb von sieben Jahren. Und es lässt die Vermutung offen, ob in den USA eine Überdiagnose sowie eine Überverschreibung von Ritalin bzw. ADHS stattgefunden hat.

Die Ergebnisse der Swissmedic- Studie über die Ritalin-Verschreibung im Kanton Neuenburg spiegelt sich zum Teil in der gesamte Schweiz wieder, da die Entwicklung in den meisten Kantonen ähnlich verläuft. Die grösste Zunahme war gesamtschweizerisch im Jahr 2000 erkennbar. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass die Mehrheit der Patienten zwischen 5 und 14 Jahre alt waren, wobei der Anteil an Knaben deutlich höher als der Anteil an Mädchen war. Ein weiterer

---

<sup>10</sup> Swissmedic ist die Schweizerische Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Heilmittel. Swissmedic sorgt dafür, dass die zugelassenen Heilmittel qualitativ einwandfrei, wirksam und sicher sind. <https://www.swissmedic.ch/ueber/00131/00560/index.html?lang=de>.

interessanter Punkt der Ergebnisse zeigten, dass 20-30% der Betroffenen nicht auf eine solche medikamentöse Behandlung ansprechen und daher alternative Therapien zum Zuge kommen müssen. Swissmedic weist darauf hin, dass zur Behandlung von ADHS auch andere Amphetamine eingesetzt werden können und dass für den Einsatz von Methylphenidat eine sorgfältige Diagnose dringend notwendig ist, vor allem in Kombination mit einer psychologischen Unterstützung durch qualifizierte Fachpersonen und Eltern, um den Betroffenen zu helfen (ebd. 2002).

#### 4.1.2 Die Wirkung von Ritalin (Methylphenidat)

Ritalin wirkt stimulierend auf das Zentralnervensystem sowie sympathomimetisch (Sympathikus- Aktivierung). Die Wirkung soll unter anderem durch die erhöhte Konzentration von Dopamin und Noradrenalin im zentralen Nervensystem hervorgerufen werden (PharmaWiki 2015).

Ritalin (Methylphenidat) blockiert jene Transportermoleküle, welche den Botenstoff aus dem synaptischen Spalt <sup>11</sup> befördern, dadurch kommt es nicht zu einer Wiederaufnahme ins präsynaptische Neuron und die Konzentration erhöht sich (Dahlinger 2013).

- Noradrenerges System: Aktivierung, Erregung, unspezifische Aufmerksamkeit
- Serotonerges System: Dämpfung, Beruhigung, Wohlbefinden
- Dopaminerges System: Antreibend, belohnungs-assoziiert, Neugierde
- Cholinerges System: Gezielte Aufmerksamkeit, Gedächtnissteuerung

Ritalin wirkt in verschiedenen Systemen und auf verschiedenen Systemen (Noradrenalin, Serotonin, Dopamin und Acetylcholin). Medikamente, wie Ritalin und weitere Amphetamine, führen dazu, dass die weitere Ausschüttung von Dopamin gehemmt wird, zumindest in übersteigerter Intensität. Dadurch erfolgt bei Stress nur noch eine gemässigte Reaktion. Es führt aber auch zu einer erhöhten Konzentration von Dopamin und Noradrenalin im synaptischen Spalt.

Weitere Auswirkungen:

- Weniger Antriebs- und Konzentrationsstörungen
- Eine erhöhte Selbststeuerung
- Weniger Stimmungsschwankungen, sowie eine steigende Ausgeglichenheit
- Keine direkten Auswirkungen auf die Wahrnehmungsfunktionen

In der Schule:

- Weniger Störverhalten
- Weniger Herumzappeln
- Die Aufgaben werden besser erledigt

<sup>11</sup> Als synaptischer Spalt wird der Raum zwischen Nervenzellen bezeichnet. Die Nervenzellen kommunizieren als Synapse, indem Reize von einer Nervenzelle zur anderen weitergeleitet werden. ([http://flexikon.doccheck.com/de/Synaptischer\\_Spalt](http://flexikon.doccheck.com/de/Synaptischer_Spalt))

#### Zu Hause

- Eine grössere Eltern-Kind-Interaktion
- Die Aufgaben werden besser erledigt
- eine Besserung der Compliance (Regeln werden eingehalten)

Aber auch die oben genannten Auswirkungen sind nur ein kleiner Teil davon, wie es in der Praxis wirklich aussieht und sollten nicht als allgemein gültig angesehen werden (Hunziker, Urs. „Psychostimulantien“, Folie 21-31. 12. November. Kinderklinik Kantonsspital Sozialpädiatrisches Zentrum).

## 4.2 Alternative Therapiemöglichkeiten

- Homöopathische Mittel
- Diätische Behandlung (z.B. Omega-3 Supplementierung)
- Psychotherapie
- Logopädie
- Neurofeedback
- Psychomotorik oder Mototherapie
- Kinesiologie
- Entspannungstraining
- Kunsttherapie
- Spieltherapie
- Lerntherapie
- Andere Behandlungen (=Bioresonanz, traditionelle chinesische Medizin [TCM])
- Ergotherapie
- Festhaltetherapie (Rüesch et al. 2014, 37)
- Heilpädagogisches Reiten (persönliche Mitteilung von Herrn Diezi-Duplain, 30.3.2015)

Wir haben keine seriösen Befunde gefunden, dass diese alternativen Methoden zu einer nachhaltigen Wirksamkeit führen können, sind aber auch der Meinung, dass diese Methoden ein betroffenes Kind unterstützen können.

## 5 Interviews

Um einen tieferen Einblick in den Alltag mit ADHS-Kindern zu bekommen, haben wir Interviews mit einer Lehrperson, einer Studentin mit ADHS-Diagnose, sowie einer Mutter geführt. Die Lehrperson unterrichtet in der Stadt Zürich und hat einen Jungen in ihrer Klasse (2. Primar), welcher eine ADHS-Diagnose erhalten hat.

Die Studentin (Mitte 20), mit welcher wir das Interview durchgeführt haben, ist von ADHS betroffen und erzählte uns von ihren Erfahrungen in der Primarschule und der Oberstufe. Das letzte Interview haben wir mit einer Mutter gemacht, deren Sohn (10 Jahre) die Diagnose ADHS erhalten hat. Die Diagnose wurde anhand von Beobachtungen und eines schulischen Standortgespräches (Eltern, Lehrperson, Ärztin, Fachpersonen) gestellt. Wir haben uns für diese Interviewpartnerinnen entschieden, weil sie alle drei in Bezug auf die ADHS-Diagnose eine andere Rolle einnehmen und wir dadurch die Möglichkeit bekommen haben, unterschiedliche Perspektiven kennen zu lernen. Die Interviews wurden einerseits von uns geführt und protokolliert (siehe Anhang, Kap. 10, Interview Studentin) und andererseits direkt schriftlich aufgeschrieben (siehe Anhang, Kap. 10, Interview Lehrperson und Mutter).

Im Anschluss an die Interviews folgt unsere Reflexion mit einer Verknüpfung zur Theorie, auf die wir im Kapitel 3 und 4 näher eingegangen sind.

### 5.1 Auswertung der Interviewfragen

#### **Was waren Anzeichen im Unterricht für die „ADHS-Symptomatik“?**

Bei allen drei Betroffenen kommt sehr stark die innere Unruhe zum Vorschein, sowie die Schwierigkeiten im Unterricht, sich bei Pflichtaufgaben zu konzentrieren. Den Kindern bereitet es Mühe, wenn sie warten müssen, bis sie an der Reihe sind. Schulaufgaben gelten schnell als langweilig, da es sein kann, dass ihre Ausdauer gering ist, sie sich nicht über eine längere Zeit mit solchen Aufgaben beschäftigen können u. ä. Das bedeutet nicht, dass sie den Aufgaben nicht folgen können. Für uns war es interessant zu sehen, dass die Kinder ihre Andersartigkeit selber spüren und sich irgendwie anders als die anderen fühlen. Als letzten Punkt möchten wir die Emotionalität (bzw. Impulsivität) hervorheben, die bei allen drei Kindern besonders hervorgekommen und im Interview zur Sprache gekommen ist. Sie zeigt sich in aggressivem Verhalten, häufig Streit mit den anderen, alles muss sofort gesagt oder getan werden. Eine gewisse Ungeduld kam aus allen Interviews als Stichwort heraus.

Im Kapitel 3.1.4 sind wir näher auf die Symptomatik der ADHS eingegangen und haben erklärt, wie sie sich im Alltag äussern kann. Nach Steinhausen (2006) sind es die drei Hauptmerkmale (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität), die auch in allen Interviews erwähnt werden. Die Symptome müssen bei den Betroffenen in mindestens zwei Lebensbereichen konstant auftreten. (ebd., 178)

Bezüglich der Intelligenz zeigt sich, dass viele Kinder mit einer ADHS-Diagnose sehr intelligent sind. Dr. Helga Simchen (2012), deutsche Kinderärztin, Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychotherapeutin, hat sich auf die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S spezialisiert. Sie konnte feststellen, dass weit mehr als 3% aller AD(H)S-Betroffenen einen Intelligenzquotienten haben, der vor allem im Verbalteil über 130% liegt. Da der Handlungsteil viele Defizite aufwies, konnten die Betroffenen nicht von ihrer guten Intelligenz profitieren. Laut Simchen (2012) spürten diese Kinder ihre Differenz deutlich früher als die anderen. Da sie den täglichen Ansprüchen, trotz grossem Bemühen nicht gerecht werden konnten, kam oftmals Enttäuschung und negativ emotionaler Stress auf. Sobald der Leidensdruck immer grösser wird und das Selbstwertgefühl immer kleiner wird, kann dies zur grossen psychischen Belastung werden (Simchen 2012).

Viele Betroffene und alle drei von ADHS Betroffenen unserer Interviews haben bzw. hatten Mühe, sich über einen längeren Zeitraum auf etwas zu konzentrieren, vor allem im Schulunterricht. Der Inhalt des Unterrichts ist fremdbestimmt und verlangt von allen Schülerinnen und Schülern, dass sie sich diesem anpassen können. Kindern mit der Diagnose ADHS fällt dies besonders schwer. Sobald sie sich jedoch mit etwas beschäftigen können, das sie interessiert und das ihnen Spass macht (Schach spielen, ein Instrument spielen, etc.) können sie sich sehr gut konzentrieren und zeigen Ausdauer.

Es zeigte sich in allen Interviews, auf welcher vielfältigen Art und Weise sich die Aufmerksamkeit, bzw. die Unaufmerksamkeit im Alltag (Schulunterricht) bemerkbar macht. Es gibt betroffene Kinder, die sich schnell ablenken lassen oder andere Mitschülerinnen und Mitschüler bei der Arbeit stören und ablenken. Neben der Unaufmerksamkeit sehen wir auch die Hyperaktivität (enorme Unruhe, nicht warten können, nicht ruhig sitzen können, sich mit etwas anderem beschäftigen, aus Langeweile heraus etwas tun).

Wir möchten aber nochmals aufgreifen, dass die Symptomatik ADHS, im Begriff schon selbst das Aufmerksamkeitsdefizit beinhaltet. Wenn die Betroffenen jedoch etwas mit Interesse bearbeiten (siehe Interview 3: Schach spielen, Gitarre spielen), zeigt sich eine grosse Ausdauer wie auch eine andauernde Aufmerksamkeit.

### **Wie hast du den betroffenen Schüler vor der medikamentösen Behandlung erlebt (Lehrperson & Studentin)?**

Die Beobachtungen der Lehrperson zeigen, dass das betroffene Kind unzufrieden, frustriert und schnell verärgert war. Bei beiden Interviewpartnern (Lehrperson über Schüler, Studentin) wurde der tiefe Selbstwert genannt. Dies könnte bedeuten, dass durch Unterstützung und Akzeptanz des Elternhauses sich das Selbstvertrauen und der Selbstwert verbessern können. Die Studentin erzählte mehrmals, dass ihr die anderen Kindern und ihre Familie ihr „anders sein“ aufzeigten („du heisst nie mit den anderen Kindern am Tisch sitzen, sondern bist immer um den Tisch gesessen.“, habe ihre Grossmutter gesagt).

Bei den betroffenen Kindern zeigten sich die ADHS-Merkmale (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität), wie wir sie im Kapitel 3.1.4 nach Steinhausen (2006) erläutert haben. Gleichzeitig zeigt sich ein unzufriedener Gemütszustand, Motivationslosigkeit, schnelle Frustrationsgrenze, sowie einen tiefen Selbstwert.

Die betroffenen Kinder leiden laut Rossi (2001) auch unter dem Anderssein, sie fühlen sich anderen Menschen und Aufgaben gegenüber als fremd, dumm, beziehungsunfähig, hysterisch, aggressiv u. a. Steht die Hyperaktivität bei den Kindern im Vordergrund der ADHS, so entwickeln die betroffenen Kinder nach Rossi vor allem Trotz und Rebellion. Weiter schreibt Rossi (2001) dass sich die Kinder für ihren Energieüberschuss schämen und wenn sie impulsive Dinge tun, die sie eigentlich gar nicht möchten (ebd. 2001, 112).

Gerade den Stellenwert des Selbstwerts war für uns von Bedeutung, weil es eine Begleiterscheinung der ADHS-Symptomatik ist, welche von aussen betrachtet selten gesehen wird, da man vor allem die Problematik der Hyperaktivität und der Unaufmerksamkeit sieht. Wir denken, dass die betroffenen Kinder an den sozialen Strukturen in der Klasse leiden (ausgelacht werden, wenig akzeptiert werden, sich nicht zugehörig fühlen, Mobbing, u.a.).

### **Wie hast du den betroffenen Schüler nach der medikamentösen Behandlung erlebt (Lehrperson & Studentin)?**

Hier zeigt sich in beiden Interviews eine positive Wirkung der medikamentösen Behandlung. Die Lehrperson zeigt auf, dass das betroffene Kind besser im Unterricht mitgemacht hat, motiviert war und die geforderten (fremdbestimmten) Aufgaben lösen konnte.

Bei der Studentin waren es die anderen Kinder und ihre Familie, welche die Veränderungen spürten und ihr mitteilten. Bei beiden gab es positive Veränderungen durch die medikamentöse Behandlung (Regeln werden eingehalten, Aufgaben können gelöst werden, motivierter, zufrieden, positiver Selbstwert).

Bei beiden Betroffenen wurden keine Nebenwirkungen durch das Medikament ausgelöst, wobei eine weitere ärztliche Betreuung weiterhin notwendig ist.

Gleichzeitig bestätigen die Interviewaussagen auch unsere theoretischen Erkenntnisse über die Wirkung von Ritalin im Kapitel 4.1.2:

- Beruhigung
- Wohlbefinden
- Weniger Antriebs- und Konzentrationsstörungen
- Weniger Stimmungsschwankungen
- Weniger Störverhalten in der Schule
- Die Aufgaben werden im Unterricht besser erledigt

(Dahlinger 2013)

## **Was hältst du von einer medikamentösen Behandlung?**

Diese Frage haben wir im Interview der Studentin und der Mutter gestellt, da beide sich mit der Frage „medikamentöse Behandlung: ja oder nein“ auseinander setzen mussten. Im Interview mit der Mutter hat sie klar Stellung bezogen, dass sie im Fall ihres Sohnes ganz klar dagegen ist und setzte sich auch dafür ein, dass es zu keiner Ritalinbehandlung gekommen ist. Sie rät dagegen, erst alternative Methoden (siehe Kapitel 4.2) anzuwenden, bevor eine medikamentöse Behandlung eingesetzt wird. Ihr Sohn hat alternativ grosse Freude am Gitarrenspiel gefunden, was ihn in eine grosse Ausdauer, Interesse und Eifer hervorruft. Ausserdem hat sie sich persönlich sehr dafür eingesetzt, herauszufinden, wie sie ihren Sohn bestmöglich unterstützen kann.

Auch im Interview der Studentin ist heraus gekommen, dass die medikamentöse Behandlung nicht das Einzige sein sollte, sondern nur als Hilfsmittel und weitere Unterstützung gedacht ist, um die Symptomatik zu reduzieren. Ebenso wichtig findet sie eigene Interessen (Sport, Musik, Bücher, etc.), Hobbies und die Unterstützung durch die Familie und Schule.

Aus unseren theoretischen Erklärungen in Kapitel 3 und 4 können wir diesbezüglich keine klare Entscheidung fällen, ob man direkt mit einer medikamentösen Behandlung starten sollte oder nicht.

Für uns ist wichtig zu erkennen, dass wir als Lehrpersonen die Aufgabe haben, alle Kinder genau zu beobachten und unsere Beobachtungen zu protokollieren, sodass wir das Kind im Unterricht besser kennen lernen können. In Verbindung mit einer guten Zusammenarbeit mit den Eltern kann man einen grösseren Einblick in das soziale System des Kindes erhalten. Im Unterricht sind uns vor allem Beobachtungen zur Partizipation von grosser Bedeutung. Durch gute Zusammenarbeit mit den Eltern und Fachpersonen (Heilpädagogen/ innen, u.a.) können anschliessend Förderziele vereinbart werden, um das betroffene Kind im Unterricht zu unterstützen. Das geschieht abgesehen davon, ob das Kind medikamentös oder mithilfe anderer Methoden behandelt wird. Wir sehen im Fall der Mutter, dass ihr Sohn mit dem Gitarrenspielen angefangen hat. Ausserdem haben ihren Aussagen zufolge auch gemeinsame Aktivitäten zu einer Besserung der Situation geführt.

Unserer Meinung nach kommt der Zusammenhalt der beiden im Interview sehr schön zum Vorschein. Sie als Team schaffen es gemeinsam!

## **Welche alternativen Therapiemöglichkeiten hast du eingesetzt?**

Die Frage bezüglich alternativer Therapieformen haben wir nur im Interview mit der Mutter gestellt, da es uns interessiert hat, wie sie mit der ADHS-Symptomatik ihres Sohnes umgegangen ist. Die Mutter beschreibt, dass eine offene Kommunikation und viele Gespräche mit dem Kind wichtig sind, damit die Problematik und die Situation im Unterricht gemeinsam besprochen und

angeschaut werden kann. Sie hat ihrem Sohn viele Gefühle und Einstellungen mithilfe von Filmen aufzeigen können, in denen es darum geht, dass man etwas (eine Aufgabe, etc.) mit der richtigen Einstellung schaffen kann. Gleichzeitig hat sie ihre eigenen negativen Emotionen reduzieren können, was sich unserer Meinung nach auch positiv auf ihren Sohn ausgewirkt haben könnte.

Die Mutter zeigt klar ihre Unterstützungsmöglichkeiten (gemeinsame Massagen, Familientherapie, Zeit füreinander). Ihr Sohn konnte „seine Langeweile durch das Gitarrenspielen durchbrechen“ und zeigte grosse Konzentration beim Schachspielen und Zeichnen.

Nach Rossi (2001) spielt vor allem die multimodale Therapie bei der Behandlung von ADHS eine wichtige Rolle. Dazu gehört ein grundlegendes Verständnis dafür, was die ADHS ist, welche Auswirkungen sie auf die Betroffenen hat und wie man den auftretenden Problemen begegnen kann. Auch Kindern sollte man laut Rossi (2001) entsprechend ihrem Alter ein Basiswissen über ADHS vermitteln. Dies ermöglicht es ihnen, ihre Schwierigkeiten zu identifizieren und sich nicht für dumm und unfähig zu halten. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die Therapie personenzentrierte Interventionen enthält. Die medikamentöse Behandlung spielt gemäss Rossi (2001) die „erste Geige“. Ergänzt werden sollte diese Behandlung durch verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie. Dazu gehört eine Selbstmanagement-Therapie (zur Verbesserung des Selbstbildes), eine Neurofeedback-Therapie, sowie ausgewählte Diät-Behandlungen. Rossi (2001) ergänzt, dass sich trotz fehlendem wissenschaftlich begründeten Nachweis auch die Ergotherapie bei betroffenen Kindern in vielen Fällen als wirksam herausgestellt hat. Er sieht den Grund darin, dass in der Ergotherapie auch verhaltenstherapeutische und neuropsychologische Therapieansätze angewendet werden (ebd., 31/32).

Vor allem im Interview mit der Mutter des von ADHS betroffenen Kindes hat es sich gezeigt, dass die Unterstützung durch die Familie für betroffene Kinder ganz zentral und wichtig ist. Wenn diese Hilfe von zuhause fehlt, ist es umso schwieriger für die Kinder, sich in ihrer Situation (Schule, Leistungsdruck, Familie, Symptomatik) zurecht zu finden. Eine solche Unterstützung, wie wir sie im Interview mit der Mutter wahrgenommen haben, können nicht alle Eltern wahrnehmen und als Lehrperson kann dies auch nicht erwartet werden. Wir als zukünftige Lehrpersonen können aber unsere Unterstützung und Hilfe anbieten, indem wir versuchen, familiäre Situationen zu sehen und zu akzeptieren. Durch die Unterstützung aller Beteiligten (Lehrperson, Eltern, Fachpersonen, evtl. Ärzte/ innen) können Förderziele für den Unterricht vereinbart werden. Wir können im Unterricht verschiedene Themen zur Andersartigkeit, aber auch Klassenzusammenhalt behandeln, damit sich betroffene Kinder wieder wohl fühlen und sich zur Gruppe zugehörig fühlen.

### **Welche Veränderungen zeigten sich im Unterricht? In Bezug auf die Leistung, persönlich beim Kind?**

Bei allen drei betroffenen Kindern zeigten sich positive Veränderungen im Unterricht (gute Leistungen, motiviert, zeigen Interesse am Unterricht, bessere Konzentration, bessere Eingliederung in die Schulklasse, soziale Verbesserung, Kind bringt oft Lob von der Schule mit und bekommt dafür Smileys).

Wie in Kapitel 4.1.2 bereits erläutert, wirkt Ritalin auf das Zentralnervensystem, indem eine erhöhte Dopamin- und Noradrenalin-Konzentration hervorgerufen wird. Dadurch verbessert sich die Konzentration, die Aufmerksamkeit, es wirkt beruhigend (ruhiger im Unterricht), antreibend (im Unterricht mitmachen wollen), belohnungs-assoziiert (wenn ich meine Hausaufgaben gemacht habe, kann ich etwas anderes machen) (Hunziker, Urs. „Psychostimulantien“, Folie 21-31. 12. November. Kinderklinik Kantonsspital Sozialpädiatrisches Zentrum).

Aufgrund der theoretischen Grundlagen (siehe Kapitel 3 und 4) sowie unserer Interviews sind wir der Meinung, dass Ritalin durchaus den Unterricht für Kinder mit ADHS positiv beeinflussen kann. Die betroffenen Kinder können sich oft besser konzentrieren, ruhig am Platz sitzen und Aufgaben lösen. Oftmals können sie besser am Unterrichtsgeschehen teilnehmen. Sie sind nicht „immer“ diejenigen, welche den Unterricht stören. Dies alles führt bei den betroffenen Kindern zu einem besseren Wohlbefinden und einem gesteigerten positiven Selbstwert („Ich kann etwas und gehöre dazu.“).

Anhand des Beispiels der Mutter mit ihrem Sohn haben auch die alternativen Methoden ähnliche bis gleiche Auswirkungen gezeigt, wie die medikamentöse Behandlung. Ihr Sohn zeigt eine verbesserte Aufmerksamkeit, kann seine Hausaufgaben bereits im Unterricht erledigen und bekommt oft Lob seitens der Lehrperson. Dies zeigt uns, dass eine medikamentöse, wie auch eine alternative Behandlung, positive Auswirkungen haben können und je nach Familie, Kind und Ressourcen individuell entschieden werden muss. Auch eine Kombination von medikamentöser und alternativer Behandlung kann sehr sinnvoll sein.

### **Wurde der Unterricht dem Kind angepasst?**

Die Lehrerin hat ihren Unterricht angepasst. Die Halbgruppe des ADHS-Kindes hatte jeweils von 8 – 10 Uhr bei ihr Schule, da die Konzentration in den ersten beiden Lektionen noch mehr vorhanden ist. So finden die eher „strengen“ Stunden direkt am Morgen statt und in den Stunden von 10 – 12 Uhr ist Handarbeitsunterricht.

Die Studentin erzählte, dass ihre Lehrpersonen- auch betreffend sozialer Probleme- keine Anpassungen vorgenommen haben. Gleichzeitig seien Diagnosen und Feststellungen von ADHS in ihrer Schulzeit noch anders

verlaufen. Es gab noch keine individuellen Förderungen, Förderpläne und daher musste sie lernen, sich anzupassen.

Auch im Fall von M. (drittes Interview) hat die Lehrperson keine Änderungen vorgenommen, da sich die Situation mithilfe der Therapie positiv verändert hat. (Unsere Anmerkungen: Es ist im Interview nicht zur Sprache gekommen, ob die Lehrpersonen effektiv ihren Unterricht verändert haben, da die Mutter nicht den Unterricht besucht hat. Für die Mutter war offenbar wichtig, dass die beginnende Therapie positive Verbesserungen mit sich brachte und dadurch eine Unterrichts Anpassung nicht mehr nötig war.)

Während eines Standortgespräches, welches von der Bildungsdirektion 2007 entwickelt wurde (siehe Kapitel 3.1.1.1), kann die Lehrperson mithilfe der Eltern und den Fachpersonen verschiedene Beobachtungen der Lebens- und Erfahrungsbereiche zusammentragen. Aufgrund der Beobachtungen vor allem seitens der Fachpersonen (Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) wird daraus eine Förderplanung für das betroffene Kind entwickelt. Gleichzeitig können Eltern mit der Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten darüber entscheiden, welche Behandlung (medikamentös oder alternativ) eingesetzt wird, um das Kind zusätzlich zu unterstützen (Hollenweger u. Lienhard 2010, 5).

Wir sind der Meinung, dass die Lehrperson bei einem betroffenen Kind vor allem die Partizipation in Bezug auf den Unterricht für ein mögliches Standortgespräch beobachtet und protokolliert. Gleichzeitig ist eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern ebenso wichtig und zentral.

Wie im Interview mit der Studentin in unserer ersten Interviewfrage herausgekommen ist, sind nicht immer Sonderprogramme nötig. Wie anhand ihrer Situation und an der Situation des Sohnes erkennbar ist, können betroffene Kinder überaus intelligent (hohe IQ-Werte) sein und folgend dem Regelunterricht sehr leicht folgen. Es ist unserer Meinung nach mehr die Art und Weise des Unterrichtssettings, welches eine grosse Herausforderung für die betroffenen Kinder darstellen kann (offene Unterrichtsgestaltung, individuelle Weiterarbeit, schülerzentriertes Arbeiten), weshalb Kinder mit ADHS viel Struktur, klare Regeln und Grenzen im Unterricht brauchen.

## Wie stehst du zum Einsatz von Ritalin bei ADHS-betroffenen Kindern?

Das Beispiel der Lehrerin mit einem betroffenen Kind im Unterricht, wie auch das Beispiel der Studentin, die heute noch ein Retard-Präparat von Ritalin einnimmt, zeigen, dass Ritalin sehr gute Auswirkungen haben kann.

Wichtige Hinweise für die Lehrpersonen wären:

- Den Eltern eine enge ärztliche Begleitung empfehlen
- Gute Zusammenarbeit mit den Eltern, gegenseitiges Vertrauen
- Ganz genaue Beobachtungen mittels Kriterien der Lebens- und Erfahrungsbereiche (siehe Anhang: ADHS-Beurteilungsbogen)
- Genaue Beobachtungen in Bezug auf die Partizipation

Die aktuelle Situation (siehe Kap. 2), wie auch Rossi (2001) zeigen, dass mehr Kinder medikamentös behandelt werden (steht an erster Stelle) als alternativ (ebd., 31, Tabelle 1+2, 13).

Ritalin kann, wie jedes andere Medikament auch, Nebenwirkungen auslösen. Es kann zu Schläfrigkeit und Schwindel, Nervosität und Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, sowie Rückgang des Appetites kommen (Bainermann 2005<sup>12</sup>).

Daher ist unserer Meinung nach eine enge ärztliche Betreuung für die Eltern vor allem in der Anfangsphase einer medikamentösen Behandlung sehr wichtig, um bei Nebenwirkungen sofortige Anpassungen und Veränderungen vorzunehmen.

Gleichzeitig empfehlen wir, nicht nur auf die medikamentöse Behandlung zu zählen, sondern sofern möglich, auch alternative Methoden aufzugreifen, um das betroffene Kind zusätzlich zu unterstützen (je nach Interesse des Kindes, Musik, Sport, Bücher, etc.). Wir haben mögliche alternative Therapiemöglichkeiten im Kap. 4.2 erläutert, deren Wirksamkeit jedoch nicht wissenschaftlich erforscht wurde. Gleichzeitig ist die Unterstützung durch die Familie ein wichtiger Punkt. Die Familie sollte einerseits über ADHS aber auch über die medikamentösen sowie die alternativen Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.

Wir sind bereits auf die positive Wirkung von Ritalin zu sprechen gekommen

Wie man in zwei unserer Interviews sieht (Studentin und Lehrperson) haben beide Kinder positiv auf Ritalin angesprochen. Ritalin kann bewirken, dass die betroffenen Kinder wieder besser am Unterricht teilnehmen können (bessere Konzentration, wie auch Ausdauer und Aufmerksamkeit, u.a.). Gleichzeitig und dies ist von grosser Bedeutung, ist es möglich, dass durch kleine Erfolge, die durch die verbesserte Partizipation am Unterricht entstehen, der Selbstwert der betroffenen Kinder gesteigert wird.

## Was hättest du an deiner Stelle gebraucht?

Die von uns befragte Studentin hat im Interview geäußert, dass ihr die Unterstützung seitens ihrer Klasse und ihrer Lehrperson gefehlt hat. Sie sagte dies mit Nachdruck und mit dem Hinweis, dass ihrer Meinung nach ein guter

---

<sup>12</sup> Laut Quelle : Joel Bainermann entschied sich dazu, Ritalin bei seinem Kind abzusetzen, nachdem er von den potenziellen Gefahren des Medikamentes erfahren hatte.

Klassenzusammenhalt für Kinder mit ADHS sehr wichtig ist. Weiter betonte sie, dass die Lehrperson mit den Kindern eine offene Gesprächskultur pflegen sollte, um auch mit schwierigen Situationen umgehen zu können. Jedes Kind habe seine Stärken und Schwächen. Darum ist es ihrer Meinung nach die Aufgabe von Pädagoginnen und Pädagogen, dass sie viel Zeit in die Arbeit mit Kindern investieren. Neben der Unterstützung hätte sie auch mehr Ruhe benötigt, denn sobald im Klassenzimmer zu viel Unruhe herrschte, viel ihr das konzentrieren noch schwerer.

Zu diesem Thema hat die von uns interviewte Mutter andere Erfahrungen gemacht. Sie betonte die gute Zusammenarbeit mit der Schule. Was sie gebraucht hat, hat sie von der Schule erhalten (Aufmerksamkeit auf das Problem, Offenheit, Verständnis, Geduld, sowie emotionale Unterstützung für ihren Sohn). Gleichzeitig fordert sie das „Schulsystem“ und demnach die Lehrpersonen auf, dass sie den betroffenen Kindern Aufgaben geben, die sie einerseits meistern können, aber auch herausgefordert werden. Die Aufgaben sollten das Interesse des Kindes wecken, aber auch das Gefühl geben von „ich kann etwas schaffen“ (Selbstwert stärken).

Diese beiden Aussagen schienen uns auf Anhieb sehr konträr. Uns wurden zwei unterschiedliche Situationen geschildert. Die Studentin hat keine Unterstützung seitens ihrer Lehrpersonen erfahren, wogegen der Sohn von seinen Lehrpersonen grosse Unterstützung erhalten und die Mutter diese Unterstützung und Hilfe sehr geschätzt hat.

Dies zeigt uns nochmals die Bedeutung unserer Rolle als angehende Lehrpersonen auf. Wir haben selber die Erfahrung in unserer Ausbildung gemacht und diverse Module in diesem Bereich gehabt (Konfliktmanagement, Elternarbeit, Heterogenität, u.a.) und die Wichtigkeit der Tätigkeiten neben dem Unterrichten erfahren.

### **Was rätst du angehenden Lehrpersonen, vor allem uns als Berufseinsteigerinnen?**

Bezüglich dieser Frage sind ähnliche Schlussfolgerungen herausgekommen, wie bereits bei der vorhergehenden Frage, was die Betroffenen in ihrer Situation benötigt hätten. Diese Punkte sind auch hier von Wichtigkeit und wir möchten sie nochmals kurz erläutern, verzichten aber auf eine eingehende Vertiefung, da wir im Kapitel 7 „praktische Umsetzung – wichtige Punkte für Lehrpersonen in Bezug auf ADHS“ nochmals darauf zu sprechen kommen:

- Eine enge Zusammenarbeit im Schulhaus (mit Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, den Schulsozialarbeitern, der Schulleitung, sowie den Eltern).
- Kontaktaufnahme mit den Schulpsychologinnen und Schulpsychologen.
- Gegenseitiges Vertrauen aufbauen.
- Den Unterricht strukturieren, Regeln und Grenzen setzen.
- Im Unterricht die Andersartigkeit, den Zusammenhalt, sich zugehörig fühlen u. ä. thematisieren.

- Es ist wichtig das Gruppengefühl innerhalb der Klasse zu stärken.
- Für die Lehrperson ist es wichtig, dass sie selber innerlich zur Ruhe kommt, um hektische und auch laute Schulsituationen zu meistern und professionell zu handeln.
- Eine gute Unterrichtsvorbereitung und -planung zeigt sich auch hier als sehr wichtig und hilft, in stressigen Situationen einen kühlen Kopf zu bewahren.
- Mit interessanten Aufgabenstellungen kann das Interesse der Kinder gewonnen und aufrecht erhalten werden.
- Einen Schwerpunkt in der Vorbereitung auf die Einrichtung des Klassenzimmers legen, sodass es ruhige Plätze zum Arbeiten gibt.
- Neben diesen Unterrichtsspezifischen Unterstützungen ist es zudem wichtig, dass man sich gute und wertvolle Literatur zum Thema „ADHS“ sucht, um die Vielschichtigkeit des Themas zu erfassen.

Unsere Sammlung wichtiger Punkte für Lehrpersonen in Bezug auf ADHS (siehe Kap. 7.2) können den Lehrkräften Unterstützung bieten.

## **6 Praktische Umsetzung**

### **6.1 Bedeutung der Situation im Schulfeld**

Die Abbildung 1 im Kapitel 3.1.1.1 sowie das Zitat von Judith Hollenweger (2014) im Kapitel 2 haben uns aufgezeigt, wie viele unterschiedliche Faktoren in eine Situation hineinspielen. Wir haben für uns selbst ein eigenes Mindmap erstellt (siehe Anhang), wobei wir auf wissenschaftlich fundierte Bezüge verzichtet haben. Es stellt weder Verallgemeinerungen noch Pauschalisierungen dar, sondern sollte uns selber schlichtweg einen Überblick geben. Dabei haben wir erneut gemerkt, wie komplex das gesamte Netzwerk um ein Kind aufgebaut ist und wie die verschiedenen Bereiche einander unterschiedlich beeinflussen. Als Lehrpersonen ist es unserer Meinung nach unabdingbar über den Unterricht und die Institution Schule hinauszublicken und andere Faktoren aus dem Leben eines Kindes miteinzubeziehen. Dies gilt unseres Erachtens nicht nur auf unser Thema bezogen, sondern für alle Schülerinnen und Schüler.

Für uns beschreibt das folgende Zitat sehr treffend unsere Einstellung in Bezug auf die Unterstützung von Kindern mit (aber für diejenigen ohne) ADHS im Regelklassenunterricht.

Situationen lassen sich verändern, nicht jedoch das Verhalten des Anderen; ein gutes Verständnis situativer Eigenschaften und ihrer Bedeutung für das Verhalten des Gegenübers ist deshalb sehr wichtig für Lehrpersonen. Damit Lehrpersonen im schulischen Alltag ihre Aufgaben und ihre Verantwortung übernehmen können, muss es ihnen gelingen, Situationen zu schaffen, in denen Schülerinnen und Schüler sich beteiligen können und dabei etwas Relevantes lernen (Partizipation an Bildung). Zwar haben Lehrerinnen und Lehrer nur beschränkten Einfluss auf Situationen, denn das Gegenüber gestaltet diese mit. Dennoch ist die Planung und Gestaltung von (Unterrichts-) Situationen Kernaufgabe von Lehrpersonen. (Hollenweger 2014, 45)

Auf den von Hollenweger (2014) im letzten Satz genannten Bereich der Planung und Gestaltung von (Unterrichts-) Situationen gehen wir im Folgenden ein.

### **6.2 Wichtige Punkte für Lehrpersonen in Bezug auf ADHS**

Erste Tipps und Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder mit ADHS im Regelklassenunterricht haben wir im Kapitel 5 „Auswertung der Interviewfragen“ angesprochen. Wir möchten jedoch hier noch eine überschaubare Zusammenstellung aufzeigen und somit eine konkrete, für Lehrpersonen griffbereite Sammlung darstellen.

Bei der Literaturrecherche ist uns aufgefallen, dass bereits eine grosse Menge an Unterstützungsmöglichkeiten von Seiten der Lehrperson im Unterricht definiert ist. Wir wollten jedoch unabhängig und unvoreingenommen von dieser bestehenden Literatur unsere eigene Sammlung aufgrund unserer gewählten theoretischen Grundlagen (siehe Kap. 2 und 3) und der geführten Interviews (siehe Kap. 5) erstellen.

Zur Überschaubarkeit haben wir die „wichtigen Punkte“ in grobe Kategorien unterteilt.

### **Im Unterricht:**

- Genaues und mehrfaches Beobachten aller Schülerinnen und Schüler im Unterricht ist von grosser Wichtigkeit. Für den Überblick sollte das Formular für das Standortgespräch verwendet werden (siehe Anhang: SSG-Formular) → Kompetenzen und Schwierigkeiten des Kindes in konkreten Situationen adäquat beschreiben.
- Im Unterricht werden Themen aufgegriffen, bei welchen der Klassenzusammenhalt gestärkt und Andersartigkeit positiv thematisiert wird (Lieder, Theater, Geschichten, Spiele, gemeinsame Ausflüge, Klassenrat).
- Regeln für ein gutes Zusammenleben werden gemeinsam aufgestellt und im Zimmer gut sichtbar aufgehängt.
- Im Klassenzimmer gibt es ruhige Arbeitsplätze.
- Hörschutz anbieten
- Den Unterricht strukturieren und Aufgaben klar und gezielt formulieren → Welche Aufgaben müssen bis zum Zeitpunkt XY erledigt werden.
- Für ADHS betroffene Kinder müssen keine Sonderprogramme aufgestellt werden.
- Betroffene Kinder sollten nicht allgemein als hyperaktiv, unaufmerksam bzw. impulsiv angesehen werden. Die Symptome äussern sich bei betroffenen Kindern in einer grossen Variabilität und sind situationsabhängig.
- Kinder mit ADHS können eine hohe Intelligenz zeigen. Unaufmerksamkeit im Unterricht kann auch ein Zeichen für Unterforderung sein.
- Unterrichts Anpassungen treffen: Betroffenes Kind arbeitet direkt am Morgen im Klassenzimmer mit der Lehrperson, da dann die Konzentration meistens am höchsten ist.

### **Elternarbeit**

- Eine gute und enge Zusammenarbeit mit den Eltern, mit Fachpersonen und der Schulleitung ist für eine Förderplanung unabdingbar.
- Bei anhaltenden Schwierigkeiten mit einem Kind sollte ein Termin für ein Elterngespräch gesucht werden. → Die Eltern in die Arbeit einbinden und sie über Schwierigkeiten im Unterricht informieren. → Mit den Eltern gemeinsam die Situation besprechen und einschätzen.
- Die Lehrperson muss gegenüber den Entscheidungen der Eltern (medikamentöse oder alternative Therapie) offen sein.
- In Gesprächen sollte vermieden werden, Begriffe wie ADHS, Aufmerksamkeitsstörung, Krankheit, wie auch von einer Störung im Allgemeinen zu sprechen.
- Die Lehrperson darf keinen Druck auf die Eltern ausüben. Den Eltern können durchaus Strategien und Unterstützungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden (z.B. viel Bewegung, Ausflüge machen, dort

ansetzen, wo das betroffene Kind Freude zeigt). Aber die Grenze zum Privatleben und in Bezug auf die Erziehung muss unbedingt gewahrt werden.

- Die Lehrperson muss versuchen, die Eltern von ihrer Seite her zu verstehen und sollte ihnen dies auch zeigen.

### **Weitere Zusammenarbeit:**

- Alle Personen, dazu zählen die Eltern, andere Mitschülerinnen und Mitschüler, Fachpersonen für die schulische Heilpädagogik, Logopädie, Psychomotorik-Therapie, Deutsch als Zweitsprache, sowie die Schulpsychologin und der Schulpsychologe, die etwas zur Unterstützung beitragen können, einbeziehen, damit ein gemeinsames Verständnis der beobachtbaren Schwierigkeiten entwickelt wird.
- Im Falle eines Standortgesprächs ist der Handlungsbedarf zu klären. Wenn kein weiterer Klärungsbedarf besteht, legen alle Beteiligten am Ende des Standortgesprächs Förderziele fest. Bei Bedarf können sonderpädagogische Massnahmen und Vereinbarungen getroffen werden.

### **Theoretische Grundlagen:**

- Eine Lehrperson mit von ADHS betroffenen Kindern in der Klasse sollte sich um gute und aussagekräftige Literatur über die ADHS-Problematik, sowie Ritalin bemühen. Man darf sich nicht mit einer schnellen Literatursuche im Internet und Zeitungsartikeln zufrieden geben, denn meist wird ADHS sehr oberflächlich behandelt.
- Auch andere Lehrpersonen sollten sensibilisiert werden, wenn es um Themen wie „ADHS“ und „Ritalin“ geht.
- ADHS bedeutet mehr als „nur“ Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität. Es gibt viele Begleiterscheinungen (z.B. tiefer Selbstwert), welche für betroffene Kinder schlimmer sein können, als das ADHS selbst.
- ADHS kann genetisch bedingt sein (betroffene Eltern und Verwandten).

### **Für das betroffene Kind**

- Die Kinder spüren oftmals selber, dass und sie „anders“ als die anderen Kinder sind und sich anders verhalten.
- Als Lehrperson muss man sensibel überlegen, was dem Kind helfen könnte. Mit dem betroffenen Kind kann z.B. ein Bewertungssystem vereinbart werden, damit gemachte Verbesserungen für das Kind sichtbar werden.
- Die Lehrperson sollte die Interessen der betroffenen Kinder herausfinden, um zu erkennen, in welchen Bereichen sie besonders ausdauernd und konzentriert arbeiten können. Dies können auch Bereiche sein, welche die Kinder in ihrer Freizeit ausüben (z.B. ein Instrument spielen, eine Sportart ausüben, etc.).
- Wenn die familiäre Unterstützung fehlt, ist das Kind besonders auf Hilfe und eine gute Beziehung zur Lehrperson angewiesen.

Weitere Informationen zum schulischen Standortgespräch (Vorbereitung und Ablauf) findet man unter [www.vsa.ch](http://www.vsa.ch) → Schulbetrieb und Unterricht → Sonderpädagogisches → Schulisches Standortgespräch (SSG) → Informationen zum schulischen Standortgespräch - Schulische Standortgespräche (Ordner 3, PDF).

Rückblickend können wir sagen, dass alle aufgeführten Punkte generell wichtige Merkmale des Unterrichts, der Zusammenarbeit mit den Eltern, sowie für die Beziehung mit den Kindern sind. Wird man mit der Thematik im Unterricht konfrontiert, sollte man die zuvor genannten Punkte nochmals überdenken. Grundsätzlich kommt es unserer Meinung nach darauf an, dass die Lehrperson die jeweilige Situation und die Kinder als Individuen erkennt und sie auf ihrem Stand abholen kann – unabhängig davon, ob bei einem Kind die Diagnose ADHS gestellt wurde oder nicht.

## 7 Reflexionen

### Rahel Eichenberger

Als ich mich zu Beginn unserer Arbeit in die Literatur der Themen ADHS und Ritalin einlas, wurde mir stark bewusst, wie weitläufig und umstritten unsere Thematik ist. Man findet unzählige Artikel, Internetseiten, Ratgeber etc., manche wissenschaftlich, viele auch nicht. Da das Thema für mich generell sehr interessant ist und ich mir gerne vorerst einen Überblick darüber verschaffen wollte, schmökerte ich zuerst sehr lange in der gesamten Literatur. Wir haben uns zu Beginn vorgestellt, dass wir wohl durch einen Gesamtüberblick bald auch eine konkrete Idee zur Einschränkung des Themas finden würden. Leider hat sich dies bei diesem weitläufigen Thema als Gefahr herausgestellt, da man sich in der Menge von Informationen schnell verirrt.

Ich habe bereits aus der Literaturrecherche am Anfang sehr viel gelernt. Selbstverständlich ist es wichtig, sich vorerst über die Thematik zu informieren und einen Überblick zu erhalten. Dann sollte jedoch möglichst bald eine Einschränkung stattfinden, wobei man sich bei der Literaturrecherche dazu überwinden muss, nicht bei anderen spannenden Bereichen der Thematik hängen zu bleiben.

Ähnlich war es für mich bei der Auswahl der Theorie. Beim Lesen habe ich sehr vieles als wichtig erachtet und wir mussten uns immer wieder erneut fragen: „Was braucht man, was muss man wirklich wissen, wenn man sich mit diesem Thema und der gewählten Fragestellung befasst?“. Hier lag meiner Meinung nach der Vorteil der Partnerarbeit. Wir konnten an verschiedenen Punkten der Arbeit gemeinsam darüber reflektieren, diskutieren und verschiedene Wege und Möglichkeiten besprechen. Wir waren nicht immer einer Meinung und das ist meines Erachtens gut so, weil wir deshalb unsere Arbeit auch auf verschiedenen Ebenen hinterfragt haben.

Die Interviews mit drei Personen, die alle auf eine andere Weise mit dem Thema ADHS in Kontakt sind, fand ich persönlich eine sehr interessante Erfahrung. Mir wurde dadurch einen direkten und auch emotionalen Zugang zur Thematik eröffnet. Wir haben nach unserem erarbeiteten theoretischen Hintergrundwissen einen Einblick in die Realität verschiedener Akteure erhalten, was meiner Meinung nach das ganze Thema lebendiger machte. Die Interviewantworten haben sich weitgehend mit der Theorie gedeckt, was mir gezeigt hat, dass diese beiden Bereiche durchaus aufeinander abgestimmt sind und einander nicht widersprechen, sofern man sich an fundierte Quellen hält. Wie bereits erwähnt haben wir jedoch bei der Literaturrecherche gemerkt, dass es auch unzählige unzuverlässige Quellen gibt. Hier sehe ich eine Gefahr und ein Problem im Lehrerberuf, denn nicht alle Lehrpersonen befassen sich so vertieft mit dem Thema, wie wir dies nun gemacht haben. Ich finde es sehr schade, dass das Thema AD(H)S und der Umgang damit in der Schule den Lehrpersonen nicht näher gebracht wird. Generell wird meiner Meinung nach „Inklusion“ zwar von den Lehrpersonen verlangt, aber viel zu wenig vermittelt.

Ich werde sicherlich persönlich versuchen, an meinem künftigen Arbeitsort meinen Kolleginnen und Kollegen in Gesprächen eventuell mein Wissen näherzubringen und die Augen zu öffnen. Andererseits denke ich, dass ich durch meinen Unterrichtsstil und meinen Umgang mit den Schülerinnen und Schülern anderen Lehrpersonen vielleicht Anregungen geben kann, wie man Kinder mit der Diagnose ADHS optimal in den Unterricht einbinden kann. Ich stelle mir vor, dass es schwierig sein kann, die ganze Einstellung in den Köpfen anderer zu ändern. Ich werde demnach vorerst einmal vor meiner eigenen Türe wischen und darauf achten, dass ich meine Einstellung und Haltung einer inklusiven Pädagogik in meinem Unterricht gut umsetzen kann.

Ich erinnere mich daran, wie ich zu Beginn dieser Arbeit geglaubt habe, ich könne mir dann schlussendlich eine Meinung darüber bilden, ob ich für oder gegen eine medikamentöse Behandlung bin. Nun weiss ich: Meine Meinung ist nicht gefragt! Und das ist auch gut so, denn wo kämen wir hin, wenn die Lehrpersonen auch hier mitentscheiden könnten, obwohl sie oftmals viel zu wenig über die Thematik wissen. Während der Arbeit ist mir klar geworden, dass es nicht einfach eine „richtige“ Lösung für Kinder mit der Diagnose ADHS gibt. Bei jedem Kind muss wieder individuell die beste Hilfe und Unterstützung gefunden werden, wobei auch die Familie und das gesamte Umfeld eine wichtige Rolle spielen. Als Lehrperson habe ich durchaus die Möglichkeit, meinen Unterricht so zu gestalten, dass es für Kinder mit der Diagnose ADHS unterstützend ist (siehe Kap. 6). Ich bin jedoch nicht alleine und eine gute Zusammenarbeit mit allen am Schulfeld beteiligten Akteuren ist unabdingbar. Im Rahmen des „Lernfeld 4: Schule als Organisation“ dieses Semesters habe ich ein Interview mit einer Lehrperson für Deutsch als Zweitsprache geführt. Ein Satz, der mir besonders geblieben ist, war: „Integration und Separation hat nichts mit den Räumen zu tun, sondern mit Zusammenarbeit.“ Oftmals beschwerten sich Lehrpersonen, dass die Heilpädagogin, der Heilpädagoge oder die DaZ-Lehrperson die Kinder aus dem Zimmer holt und diese dann die Lektionen verpassen. Dies ist meiner Meinung nach nicht der Sinn von Stützunterricht. Aber als Klassenlehrperson habe ich die Aufgabe, mit den Fachpersonen zu kommunizieren und Wege zu finden, die für die Kinder am hilfreichsten und sinnvollsten sind.

Dass wir ein Interview mit einer Mutter eines betroffenen Kindes geführt haben, hat mir geholfen, in die Elternsicht einzutauchen. Ich finde es wichtig, dass man als Lehrperson nicht vergisst, dass die Eltern meist das Beste für ihr Kind wollen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Lehrpersonen und Eltern kann vieles erleichtern.

Ich bin froh, dass wir unsere Arbeit zu dieser Thematik verfasst haben. Ich habe dabei für meine zukünftige Lehrertätigkeit viel dazugelernt. Ich denke jedoch, dass das Thema „ADHS“ für mich mit dieser Arbeit nicht abgeschlossen sein darf. Ich möchte mich stets weiter darüber informieren sowie in anderen Bereichen der Thematik vertiefen.

## **Salome Thalmann**

Meine Tandempartnerin, Rahel Eichenberger, und ich haben uns dafür entschieden, dass wir die Vertiefungsarbeit zusammen schreiben möchten, weil wir beide dasselbe Interesse bezüglich der Thematik „Ritalin“ und „ADHS“ zeigten. Unser Interesse bezüglich der ADHS-Situation kam aufgrund einer Thematik im Lehrerzimmer, welche uns dazu veranlasste unsere Arbeit diesem Thema zu widmen.

Schon die erste Literatursuche gab mir bereits einen vertiefteren Einblick in die Situation und Thematik von Ritalin und ADHS.

Ich habe einerseits die Problematik gesehen, dass ADHS als Modewort verkommen ist und Diagnosen sehr schnell gemacht werden, auf der anderen Seite konnte ich erkennen, dass die Diagnose ADHS ein grosses Feld nach sich zieht, in dem meiner Meinung nach noch viel und lange geforscht wird.

Wie bereits angesprochen bin ich bzw. sind wir während dem Quartalspraktikum zum ersten Mal mit dem Thema „ADHS bei Kindern“ gestossen, als wir Gespräche im Lehrerzimmer diesbezüglich mithören konnten. Es ist mir als angehende Lehrperson wichtig, dass ich mir ein Wissen über dieses wichtige Thema aneigne, um in Alltagssituationen gut (fachlich, wie auch persönlich) und kompetent handeln kann.

Ich war froh, dass wir drei Interviewteilnehmerinnen gefunden haben, die unterschiedliche Sichtweisen aufzeigen konnten und die Problematik jeweils von einer anderen Seite geschildert haben.

Für mich waren die drei Interviews sehr aufschlussreich, da es drei ganz unterschiedliche Ansichten waren. Sie zeigten mir nochmals die Vielfalt des Themas auf.

Mich beeindruckte vor allem das Interview mit der Mutter, die ihren Sohn in der Schule, wie auch zuhause unterstützte. Für mich war es besonders spürbar, dass sie zu hundert Prozent hinter ihrem Sohn stand und alles dafür tat, dass er keine medikamentöse Behandlung mit Ritalin bekommt. Die alternativen Methoden zeigen ihre Wirkung, indem es ihrem Sohn heute wieder viel besser im Unterricht, aber auch zuhause geht. Ich bin der Meinung, dass diese Interventionen die Unterstützung des Elternhauses benötigen.

Gleichzeitig denke ich, dass alternative Therapiemöglichkeiten als erste Wahl bei einem Kind mit der Diagnose ADHS sehr unterstützend wirken können. Ich würde mich als Elternteil um eine sehr umfassende (viele Sinne ansprechen, abwechslungsreich, viel Zeit mit dem Kind verbringen, u.a.) Therapie kümmern.

In der Rolle der Lehrperson habe ich die Möglichkeit den Unterricht zu verändern, der Situation anzupassen und vor allem darauf zu achten, dass die Klasse als Gemeinschaft und als Gruppe zusammen hält (offene Kommunikation, Themen mit der ganzen Klasse ansprechen, Regeln gemeinsam aufstellen, Klassenrat).

Mir als Lehrperson liegt es vor allem am Herzen, dass sich alle Kinder wohl fühlen und gerne in die Schule kommen.

Daher ist es hilfreich, wenn man verschiedene Ansichten und Meinungen von Lehrpersonen, Betroffenen und Eltern kennen lernt, damit sich der Blickwinkel vergrössert und man verschiedene Handlungsstrategien mitbekommt. Auch

unsere „wichtigen Punkte für die Lehrperson“ in Kap. 7.2 haben keine Allgemeingültigkeit. Ich kann die Punkte aber selber im Unterricht und in der Zusammenarbeit mit den Eltern einsetzen und sie dienen mir als wichtige Hinweise.

Ich habe zu Beginn meinen Beweggrund bezüglich des gewählten Themas erläutert. Ich möchte diesbezüglich aber nochmals meine Einstellung erwähnen, die sich während der Arbeit verändert und erweitert hat. Ich hatte, vor allem zu Beginn unserer Arbeit, das Gefühl, dass ich schon „viel“ weiss über das Thema „Ritalin“ und „ADHS“. Wahrscheinlich waren es auch wichtige und einige relevante Ansätze dabei, doch ich war mir der Fülle und der Vielschichtigkeit (Vielseitigkeit) der Thematik nicht im Klaren. Es gibt heutzutage eine Unmenge von Literatur, Ratgeber, Artikeln, Seiten im Internet, Foren, Blogs, etc. die sich alle mit diesem Thema beschäftigen. Leute, Eltern, Lehrpersonen, Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, die alle gute Tipps und Ratschläge geben wollen, wie man sich in Alltagssituationen (zu Hause, in der Schule) zu verhalten hat oder was man tun sollte.

Nach vertieftem Einlesen in gute und ausgewählte Literatur bin ich der Meinung, dass die Thematik „Ritalin und ADHS“ sehr komplex daher kommt und man sehr individuell in jeder Situation mit dem jeweiligen Kind zusammenarbeiten sollte. Es ist vor allem wichtig, keine Verallgemeinerungen aufzustellen, sondern die Situationen individuell zu analysieren.

Das Einlesen in die Theorie hat mir geholfen, den medizinischen Hintergrund von ADHS kennen zu lernen, was mich aufgrund meines Interesses für die Medizin sehr interessiert hat. Da mein Ausbildungsweg mit dem Medizinstudium angefangen hat, ich aber dann auf die Pädagogik gewechselt habe, war mir der medizinische Aspekt sehr wichtig und bedeutungsvoll.

Generell bin ich der Meinung, dass die wichtigen Punkte, die wir in Kap. 7 erläutern, auf alle Kinder übertragbar sind. Die Punkte enthalten Hinweise von gutem Unterricht und sollten in den Alltag eingebaut werden (z.B. eine gute Planung, Organisation, verschiedene Niveaus, Individualisierung, u.a.).

Als angehende Lehrperson war es wichtig für mich, dass ich mich tiefer mit dem Thema des schulischen Standortgesprächs auseinandersetzen konnte und ich damit den Ablauf kennen lernen konnte. Ich hatte leider noch nicht die Möglichkeit einer praktischen Umsetzung, doch ich kenne nun den Ablauf und ein mögliches Vorgehen und weiss, worauf es basiert und was das Ziel eines Standortgesprächs ist.

Ich bin froh darüber, dass wir unsere Arbeit den wichtigen Themen „Ritalin“ und „ADHS“ gewidmet haben, um die Problematik von verschiedenen Seiten aufzuzeigen und es nicht einfach einem „normalen“ Ratgeber gleichzutun. Es war mir wichtig aufzuzeigen, dass betroffene Kinder Unterstützung durch die Schule benötigen und was Lehrpersonen beitragen können, damit sich Kinder mit ADHS im Unterricht integrieren und mitmachen können.

Ohne die Zusammenarbeit mit Rahel Eichenberger, die gemeinsamen Diskussionen, sowie die gegenseitige Unterstützung wäre das Erstellen dieser Arbeit nicht so einfach verlaufen. Mich hat der Austausch immer wieder auf neue Ideen gebracht und eine andere Perspektive aufgezeigt, wofür ich sehr dankbar bin.

## 8 Schlusswort

Im Austausch über unsere individuellen Reflexionen haben wir gemerkt, dass diese Vertiefungsarbeit für uns beide sehr bereichernd war und unsere Einstellung sowie unser Wissen erweitert hat. Im theoretischen Teil konnten wir beide unser Wissen über die Hintergründe von ADHS und Ritalin erweitern. Die Interviews mit Personen, die auf unterschiedliche Weisen mit der Diagnose zu tun haben, waren für uns sehr faszinierend und haben unseren Blick auf ADHS durch den Perspektivenwechsel verändert. Für uns als zukünftige Lehrpersonen zeigte diese Erfahrung generell und auch unabhängig von ADHS auf, dass wir in unserer Position die anderen Sichtweisen nicht vergessen dürfen. Das schulische Standortgespräch zielt stark darauf ab, das Kind in unterschiedlichen Situationen zu wahrzunehmen und daraus individuell angepasste Massnahmen und Ziele zu vereinbaren. Dafür ist eine enge Zusammenarbeit- wie alle drei unserer Interviewpartnerinnen betonten- mit den verschiedenen Akteuren (Eltern, Fachlehrpersonen etc.) wichtig.

„Wie kann ich als Lehrperson Kinder mit ADHS- diejenigen mit sowie jene ohne Ritalinbehandlung- im Regelklassenunterricht unterstützen?“

So lautete unsere Leitfrage, welche wir uns zu Beginn der Arbeit gestellt haben. Wir finden, dass diese Frage in unserer Arbeit beantwortet wurde. Im Kapitel 7.2 stellen wir zusammenfassend aufgrund unserer Theorie und der Interviews einige Punkte dar, wie man Kinder mit ADHS im Regelklassenunterricht unterstützen kann. Schlussendlich haben wir gemerkt, dass viele dieser Punkte jedoch auch für Kinder ohne ADHS- Diagnose gelten und im Unterricht für gutes Lernen eingehalten werden sollten. Man muss unserer Meinung nach als Lehrperson deshalb auch immer wieder von neuem den eigenen Unterricht hinterfragen und überlegen, ob grundlegende Elemente vorhanden bzw. nicht vorhanden sind. Wir möchten das ADHS keineswegs verharmlosen. In Bezug auf unsere Fragestellung sollte es für uns als Lehrpersonen jedoch keine Rolle spielen, ob ein Kind mit Ritalin behandelt wird oder nicht, da man sowieso individuell auf das Kind eingehen muss. Bei jedem Kind sollte die Entscheidung für eine medikamentöse oder alternative Behandlung individuell erfolgen, weil jedes Kind anders auf die Therapien anspricht und sich in einem anderen Umfeld befindet.

Wir wagen es, in Bezug auf den Unterricht Kritik am pädagogischen Konzept zu üben, welches uns an der Pädagogischen Hochschule vermittelt wird. Es wird dabei grossen Wert auf Individualisierung und möglichst offener Unterricht gelegt. Eine offene Aufgabe zeichnet sich dadurch aus, dass jedes Kind die Aufgabe auf seinem Niveau lösen kann, was ja an sich eigentlich eine gute Sache ist. Nach dem Verfassen unserer Arbeit haben wir jedoch gemerkt, dass diese extreme Individualisierung und Offenheit nur für jene Kinder von Vorteil ist, die damit umgehen können. So braucht es beispielsweise viele Lernstrategien um sich selber etwas einzuteilen (Stichwort Wochenplan). Das kann für einige Kinder eine grosse Hürde sein. Wir denken, dass auch hier pädagogisches Feingefühl gefragt ist und man als Lehrperson merken muss, weshalb ein Kind im Unterricht beispielsweise unaufmerksam ist. Gute Beobachtungen sind demnach zentral. Es sollte also nicht einfach die störende Hyperaktivität als Problem im Zentrum

stehen. Vielmehr muss die Lehrperson auch Hintergründe zu erkennen versuchen (z.B. Selbstbild, soziale Probleme).

Wir haben diese Arbeit in Bezug auf den *Standard 2: Lernen, denken und Entwicklung* verfasst. Dabei haben wir uns vorerst einen theoretischen Hintergrund zu den Themen „ADHS“ und „Ritalin“ angeeignet. Durch die anschließenden Interviews, welche uns verschiedene Sichtweisen auf die Thematik eröffnet haben, konnten wir schlussendlich für uns wichtige Punkte zur Unterstützung von Kindern mit ADHS im Regelklassenunterricht herausfiltern, welche es uns ermöglichen, „die kognitive, soziale und persönliche Entwicklung unserer Schülerinnen und Schüler anzuregen und zu unterstützen“.

Zum Schluss möchten wir uns herzlich bei unserem Betreuer Herrn Peter Diezi-Duplain bedanken. Er stand uns für unsere Fragen stets sehr offen zur Verfügung und teilte uns seine Ansichten und Meinungen mit. Wir haben die Zusammenarbeit als sehr unterstützend und hilfreich empfunden.

Ebenfalls gilt unser Dank unseren drei Interviewpartnerinnen, welche unsere Arbeit mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen bereichert und auf diese Weise möglich gemacht haben.

## 9 Literaturverzeichnis

- Bainermann, Joel. 2005. Ritalin verursacht Depressionen. Letzte Änderung 22.2.2015. <http://www.zentrum-der-gesundheit.de/ia-ritalin-nicht-unschaedlich.html>).
- Dahlinger, Laura. 2013. «ADHS – Konzentrationshilfe mit Folgen. Dauerhafte Ritalingabe erhöht die Anzahl der Dopamintransporter». pdf. Letzte Änderung 21.5.2013. <http://www.spektrum.de/news/konzentrationshilfe-mit-folgen/1194781>.
- Dilling, Horst, Werner Mombour und Martin Schmidt, Hrsg. 2008. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber Verlag, Hogrefe AG.
- Frener, Hans. 2015. «Recht 2». Modul REU200, 1. Januar. Pädagogische Hochschule Zürich.
- Hollenweger, Judith, Peter Lienhard. 2010. Herausgegeben von der Bildungsdirektion Zürich. Schulisches Standortgespräch. Ein Verfahren zur Förderplanung und Zuweisung von sonderpädagogischen Massnahmen. Zürich: Lehrmittelverlag des Kantons Zürichs. [http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb\\_und\\_unterricht/sonderpaedagogisches0/ssg/\\_jcr\\_content/contentPar/downloadlist\\_0/downloaditems/1138\\_1308922615860.spooler.download.1392986445764.pdf/broschuere\\_ssg.pdf](http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb_und_unterricht/sonderpaedagogisches0/ssg/_jcr_content/contentPar/downloadlist_0/downloaditems/1138_1308922615860.spooler.download.1392986445764.pdf/broschuere_ssg.pdf).
- Hollenweger, Judith, Reto Luder. 2010. Schulische Standortgespräche. Ein Verfahren zur Förderplanung und Zuweisung von sonderpädagogischen Massnahmen. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 3, 271-286.
- Hollenweger, Judith. 2014. «ICF als gemeinsame konzeptuelle Grundlage». In: *Inklusive Pädagogik und Didaktik*, hrsg. v. Luder, Reto, André Kunz und Cornelia Müller Bösch, 30-54. Zürich: Publikationsstelle der PH Zürich.
- Hunziker, Urs. «Psychostimulantien». 12. November. Kinderklinik Kantonsspital Sozialpädiatrisches Zentrum. [www.ksw.ch/Portaldata/1/Resources/.../Behandlung\\_ADHS.pdf](http://www.ksw.ch/Portaldata/1/Resources/.../Behandlung_ADHS.pdf).
- Hüther, Gerald. 2007. «Hirnforscher stellt gängiges Erklärungsmuster für das ‚ADHS‘ in Frage». Zugriff 9.3.2015. [http://www.adhs-schweiz.ch/wissenschaft\\_kritisch2.htm](http://www.adhs-schweiz.ch/wissenschaft_kritisch2.htm).
- Hüther, Gerald. 2010. Interview. *Psychologie Heute*. Zugriff 9.4.2015. <http://www.adhs-schweiz.ch/Bilder/hirnforscher.pdf>.

- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. 2005. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf.
- Jacobs, Claus, Dietmar Heubrock, Despina Muth und Franz Petermann. 2005. Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Montandon, Jean-Blaise, Laurent Médioni. 2002. «Entwicklung der Anzahl Verschreibungen für RITALIN® (Methylphenidat) im Kanton Neuenburg zwischen 1996 und 2000».pdf.
- Psychologische ‚ADHS‘ Therapie Schweiz. 2015. Zugriff 9.4.2015. [http://www.adhs-schweiz.ch/wissenschaft\\_kritisch2.htm](http://www.adhs-schweiz.ch/wissenschaft_kritisch2.htm).
- Remschmidt, Helmut, Fritz Mattejat und Andreas Warnke. 2008. Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Rossi, Piero. 2002. ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Informationen aus der Praxis für Betroffene, Angehörigen und Fachpersonen. ISBN: 978-3-033-02962-0. Stauf. E-book (ePub). Zugriff: 18.3.2015. [http://www.adhs.ch/?page\\_id=19283](http://www.adhs.ch/?page_id=19283).
- Rüesch, Peter, Szilvia Altwicker- Hãmori, Sibylle Juvalta und Dominik Robin. 2014. «Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich». Forschungsbericht. Zürich: Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Zugriff: 9.3.2015. [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/bevoelkerung/krankheit\\_unfall/\\_jcr\\_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/behandlung\\_von\\_adhs\\_.spooler.download.1418826515909.pdf/behandlung\\_adhs\\_forschungsbericht\\_zhaw\\_2014.pdf](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/bevoelkerung/krankheit_unfall/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/behandlung_von_adhs_.spooler.download.1418826515909.pdf/behandlung_adhs_forschungsbericht_zhaw_2014.pdf).
- Simchen, Helga. 2012. AD(H)S und Hochbegabung – eine Balance zwischen hohem Selbstanspruch und ständiger Enttäuschung. Zugriff 27.3.2015. <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/Schule/AD-H-S-und-Hochbegabung.aspx>.
- Söderström, Staffan, Richard Petterson, Kerstin-Edlund-Söderström, Gunnar Ganse, Eva Holmkvist, Olof Westin und Lena Haglund. 2014. „Development of a Swedish Comprehensive International Classification

of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Adult Patients with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).“ *Nordic Journal of Psychiatry* 68 (4): 161-168. doi: 10.3109/08039488.2013.789072. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/08039488.2013.789072>.

Steinhausen, Hans-Christoph. 2002. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München: Urban & Fischer.

Steinhausen, Hans-Christoph, Hrsg. 2006. *Schule und psychische Störungen*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

*Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. 2007. Herausgegeben vom deutschen Übersetzungsdienst der Vereinten Nationen. pdf.

### **Internetseiten**

[http://www.adhs-schweiz.ch/wissenschaft\\_kritisch2.htm](http://www.adhs-schweiz.ch/wissenschaft_kritisch2.htm). Zugriff 3.3.2015.

<http://www.duden.de/node/661418/revisions/1155700/view>. Zugriff 15.3.2015.

PharmaWiki. s.v. «Methylphenidat». Zugriff 8.3.2015.

<http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Methylphenidat>.

### **Abbildungsverzeichnis**

Titelbild: Changing Education Paradigms – ADHD, Creativity and the Education System. Foto: Sir Ken Robinson. Zugriff 10.4.2015.

<http://softpedia.ws/files/adhd%20epidemic&id=mix>.

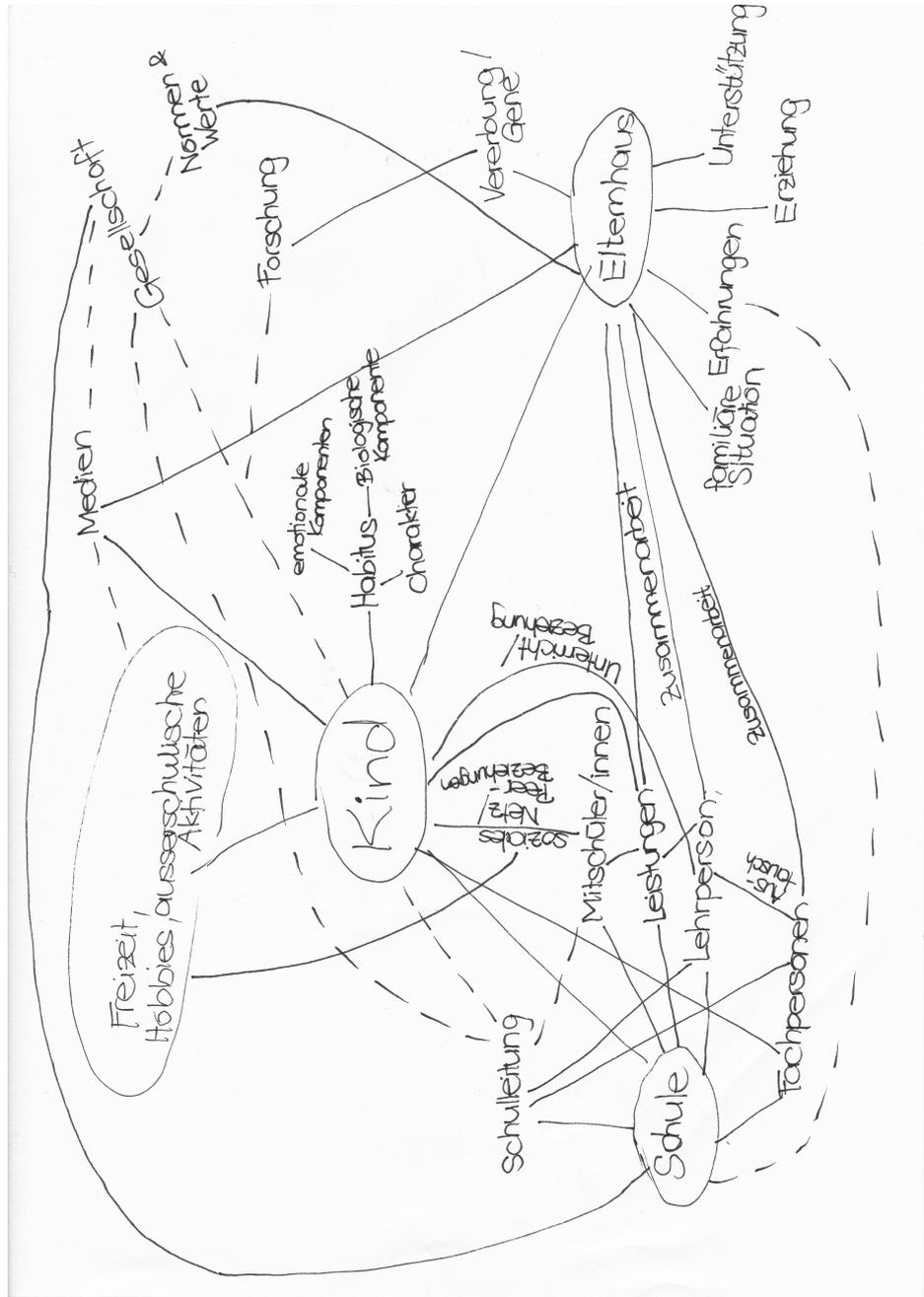
Abbildung 1: Modell der ICF. Hollenweger Judith, Peter Lienhard. 2010. Herausgegeben von der Bildungsdirektion Zürich. *Schulisches Standortgespräch. Ein Verfahren zur Förderplanung und Zuweisung von sonderpädagogischen Massnahmen*. Zürich: Lehrmittelverlag des Kantons Zürichs.

[http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb\\_und\\_unterricht/sonderpaedagogisches0/ssg/\\_jcr\\_content/contentPar/downloadlist\\_0/downloaditems/1138\\_1308922615860.spooler.download.1392986445764.pdf/broschuere\\_ssg.pdf](http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb_und_unterricht/sonderpaedagogisches0/ssg/_jcr_content/contentPar/downloadlist_0/downloaditems/1138_1308922615860.spooler.download.1392986445764.pdf/broschuere_ssg.pdf)

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gründe der medikamentösen Behandlung. Rüesch, Peter, Szilvia Altwicker- Hámori, Sibylle Juvalta und Dominik Robin. 2014. „Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich“. Forschungsbericht. Zürich: Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Zugriff: 9.3.2015. [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/bevoelkerung/krankheit\\_unfall/\\_jcr\\_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/behandlung\\_von\\_adhs\\_.spooler.download.1418826515909.pdf/behandlung\\_adhs\\_forschungsbericht\\_zhaw\\_2014.pdf](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/bevoelkerung/krankheit_unfall/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/behandlung_von_adhs_.spooler.download.1418826515909.pdf/behandlung_adhs_forschungsbericht_zhaw_2014.pdf).

Tabelle 2: Gründe gegen die medikamentöse Behandlung. Rüesch, Peter, Szilvia Altwicker- Hámori, Sibylle Juvalta und Dominik Robin. 2014. „Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich“. Forschungsbericht. Zürich: Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Zugriff: 9.3.2015. [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/bevoelkerung/krankheit\\_unfall/\\_jcr\\_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/behandlung\\_von\\_adhs\\_.spooler.download.1418826515909.pdf/behandlung\\_adhs\\_forschungsbericht\\_zhaw\\_2014.pdf](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/bevoelkerung/krankheit_unfall/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/behandlung_von_adhs_.spooler.download.1418826515909.pdf/behandlung_adhs_forschungsbericht_zhaw_2014.pdf).



## Erfahrung einer Lehrperson

*Eine Lehrperson erzählt von ihren Erfahrungen im Unterricht mit einem von ADHS betroffenen Kind, welches Ritalin bekommt.*

### **Was waren Anzeichen im Unterricht für die „ADHS-Symptomatik“?**

- Enorme Unruhe allgemein, knabbern an Stiften/ Pulliärmel, Stifte werden fast „aufgegessen“
- Ständiges lautes Reinschwatzen
- Nicht warten können in der Reihe
- Fast nicht aushalten können, wenn Lehrperson gerade keine Zeit hat
- Regeln nicht beachten
- Ablenken anderer Schüler durch herumlaufen im Schulzimmer während dem Arbeiten
- Häufig Streit in der Pause mit anderen Kindern
- Keine Impulskontrolle, alles muss sofort gemacht oder gesagt werden

### **Wie hast du den betroffenen Schüler vor der medikamentösen Behandlung erlebt?**

- Obige Symptome
- Sehr unzufrieden, teilweise aggressiv, schnell verärgert, motivationslos, frustriert, sehr tiefer Selbstwert

### **Und wie danach?**

- Wie ausgewechselt → in eine positive Richtung
- Kann sich nun an Regeln halten (im Unterricht, aber auch Zwischenmenschlich)
- Geforderte Aufgaben werden alle gelöst
- Motiviert
- Will mitmachen, will es richtig machen
- Zufrieden
- positiverer Selbstwert

### **Welche Veränderungen zeigten sich im Unterricht? In Bezug auf die Leistung, persönlich beim Kind?**

- Sehr gute Leistungen
- Motiviert, will mitmachen, interessiert

### **Hast du den Unterricht dem Kind angepasst?**

- Halbgruppe des ADHS-Kindes jeweils von 8 – 10 Uhr bei mir im Unterricht

### **Wie stehst du zum Einsatz von Ritalin bei ADHS-betroffenen Kindern?**

- Es braucht einen sehr guten Draht zu den Eltern und viele Vorgespräche, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen
- Enge ärztliche Begleitung
- Ganz genaue Beobachtung (mittels Kriterien, siehe Anhang: ADHS-Beurteilungsbogen) während der Anfangsphase der Ritalineinnahme
- Ritalin ist nicht „nur“ negativ, mit der Einnahme können betroffene Kinder plötzlich lernen und gute Ergebnisse erzielen. Dies macht die Kinder stolz und der Selbstwert wird stärker.

- Bisher habe ich nur positive Erfahrungen mit Ritalin gemacht (habe bis jetzt 3 Schülerinnen und Schüler mit Ritalin gehabt)

### **Was rätst du angehenden Lehrpersonen, vor allem uns als Berufseinsteigerinnen?**

- Enge Zusammenarbeit im Schulhaus mit Heilpädagogen und Heilpädagoginnen, den Schulsozialarbeitern sowie mit der Schulleitung
- Kontaktaufnahme mit Schulpsychologen und Schulpsychologinnen
- Aufbau des Vertrauens bei den betroffenen Eltern, viele Gespräche
- nicht das Gefühl haben, dass es an einem selbst liegt
- Andersartigkeit in der Klasse thematisieren

**Wir bedanken uns bei dir, dass du uns einen Einblick in deinen Schulalltag gegeben hast und uns deine Erfahrungen mitgeteilt hast.**

### **Erfahrung einer betroffenen Studentin**

*Eine Studentin erzählt von ihren Erfahrungen im Primarschul- und Oberstufenunterricht als ADHS-Betroffene. Sie nimmt nach wie vor Ritalin (Retard-Präparat) ein. Sie erzählt uns, dass sie nur mithilfe des Medikamentes ihre bisherige Schullaufbahn so erfolgreich machen konnte.*

### **Was waren Anzeichen im Unterricht für deine „ADHS-Symptomatik“ aus deiner Sicht und der Sicht der anderen?**

„Es ist schwierig, diese Frage einem betroffenen Kind zu stellen. Ich wusste schon früh, dass ich anders bin und was ich nicht gut gemacht habe. In solchen Situationen konnte ich aber nichts ändern. Gleichzeitig wusste und spürte ich, dass ich von den anderen Kindern nicht gleich akzeptiert wurde.“

Ich habe schon früh immer andere Sachen gemacht und über die Zeit merkte ich aber, wie ich mich anpassen musste, um doch weiter zu kommen. Man sagt zwar und hört oft, dass alle Kinder die gleichen Chancen haben, aber viele Kinder mit ADHS sind sehr intelligent und doch bekommen sie Sonderprogramme im Unterricht, welche sie oftmals unterfordern. Ich konnte glücklicherweise immer alles mit meiner Intelligenz kompensieren.

Bei mir wurde ein POS<sup>13</sup> diagnostiziert (4 von 5 Punkten wurden festgestellt). Früher wurde die Diagnose noch anders gestellt.

Es gibt kein typisches „ADHS-Kind“. Fest steht, dass es verschiedene Formen gibt. Nach den Kriterien der ICD-10 gibt es verschiedene Punkte, die zutreffen könnten.

Bei vielen Kindern mit ADHS ist es so, dass die Kinder es selber merken, dass sie nicht ruhig dasitzen können und sich nicht gut konzentrieren können. Man spürt es selbst als Kind. Es wurde mir als Kind aber auch gesagt. Z.B. sagte mir meine Grossmutter, dass ich mit den anderen Kindern nicht am Tisch sitzen konnte, sondern dass ich mich immer auf den Tisch gesetzt habe. In der Schule habe ich

<sup>13</sup> POS ist die Abkürzung für Psycho-Organisches Syndrom. Bei der schweizerischen Invalidenversicherung ist es als Geburtsgebrechen anerkannt und wird dadurch unterstützt, sofern die Diagnose vor dem neunten Lebensjahr gestellt wird und bereits mit einer medizinischen Behandlung begonnen wurde. [http://www.elpos.ch/pos\\_adhs.htm](http://www.elpos.ch/pos_adhs.htm)

Der Begriff POS ist nur in der Schweiz anerkannt und es handelt sich vor allem um einen juristischen und versicherungsrelevanten Begriff. Im Gegensatz dazu ist ADHS eine international anerkannte Diagnosebezeichnung für eine „Krankheit“. <http://praxis.adhs.ch/?p=236>

oft Tinte getrunken, oder meine Gummis gegessen. Ich weiss noch gut, dass ich ein sehr emotionales Kind war.

### **Wie hast du die medikamentöse Behandlung erlebt?**

Die medikamentöse Behandlung mit Ritalin hat am Ende der ersten Klasse begonnen. Meine Lehrerin ist sogar mit an die Sitzung gekommen. Die Dosis wurde auf 5mg am Morgen festgesetzt.

Ich weiss, dass mir Ritalin sehr geholfen hat, aber ich kann mich nicht mehr daran erinnern.

### **Wie ging es dir im Anschluss?**

Vor allem meine Lehrerin und die anderen Kinder haben die Veränderung bemerkt. In der vierten Klasse wollte der damalige Lehrer, dass man das Ritalin absetzt.

Doch seit einem Jahr nehme ich wieder ein Retard-Präparat des Ritalins, was mir sehr hilft in meiner jetzigen Ausbildung.

### **Gab oder gibt es bei dir Nebenwirkungen von Ritalin?**

Nebenwirkungen gibt es, aber bei mir hat sich nichts ins Negative (z.B. kein Hunger, etc.) verändert. Ich spüre, dass ich mich als Person verändert habe.

### **Welche Veränderungen zeigten sich im Unterricht? In Bezug auf deine Leistung und persönlich bei dir?**

Die anderen haben gesagt, dass ich mich besser konzentrieren konnte. Meine Primarschulzeit habe ich nicht in guter Erinnerung aufgrund vieler sozialer Probleme. Mein allgemeines und grösstes Problem war der soziale Anschluss zu anderen Mitschülerinnen und Mitschülern.

Bis in der BEZ (Bezirksschule) wurde ich noch als „Gummifresser“ bezeichnet.

In der Oberstufe wurde es so schlimm, dass ich nicht mehr zur Schule gehen wollte. Das Schlimmste war das Mobbing in Kombination mit dem ADHS. Dies hat bis zur Oberstufe gedauert. Später wurde es dann besser.

### **Hat deine Lehrperson den Unterricht auf dich angepasst?**

Die Lehrpersonen haben nichts gemacht, auch betreffend sozialer Probleme und unserem Zusammenhalt in der Klasse. Heutzutage würde man sozial mehr hinschauen, mithilfe von schulischen Sozialarbeitern, etc. aber früher, als ich noch zur Schule ging nicht.

Eine Lehrerin hat mal gesagt, dass sie nichts von unseren sozialen Problemen und meinem ADHS hören will. Sie hat die Schüler vor mir gewarnt und wollte darüber aber nicht reden.

Zu meiner Primarzeit war es anders als heutzutage, da die Diagnose und Feststellung von ADHS noch ganz anders verlief. Heute wird die Diagnose sehr schnell gestellt. Früher wusste man nicht, wie man damit umgehen sollte. Die Lehrkräfte sind einfach anders mit den betroffenen Kindern umgegangen, es gab keine individuelle Förderung. Ich war zu intelligent für eine Sonderschulung und bin daher in der Regelschule geblieben.

Ich musste und habe gelernt, ruhig dazusitzen und mich anzupassen, sonst hätte ich die Schulbildung nicht geschafft.

### **Wie stehst du zum Einsatz von Ritalin bei ADHS-betroffenen Kindern?**

Ich bin klar für den Einsatz von Ritalin aber nicht im Übermass. Wichtig ist, dass die Gesellschaft über Ritalin aufgeklärt wird. Es hat mit Synapsenverbindungen

zu tun. Man sollte ins Lehrerzimmer gehen und die Lehrpersonen diesbezüglich aufklären. Es geht aber auch darum, wie das Kind auf die medikamentöse Behandlung anspricht. Es gibt noch andere Präparate neben dem Ritalin.

Ritalin ist nur ein Hilfsmittel. Man kann Ritalin geben, damit das Kind mehr Zeit zu überlegen hat. Daneben braucht es noch andere alternative Therapieformen wie Verhaltenstherapie. Wichtig ist auch, sich regelmässig zu bewegen und Sport zu treiben. Verhaltenstherapie ist wichtig, da die betroffenen Kinder nicht wissen, wie man sich in einer Gruppe verhalten muss.

Individueller und offener Unterricht ist für das ADHS-Kind am schwierigsten, weil da die Struktur fehlt. ADHS- Kinder sind damit überfordert. Es ist zu viel für das Kind. Es ist wichtig, dass die Lehrpersonen vor allem Lernstrategien vermitteln und ihren Unterricht strukturieren. Struktur ist wichtig, gerade für ADHS- Kinder. Die neuen Unterrichtsformen sind gut, aber es kommt auf das Kind darauf an. Einige Kinder brauchen Struktur. Die neuen Lernformen, die wir in unserer Ausbildung an der Pädagogischen Hochschule lernen, sind alle sehr offen gestaltet und die Struktur fehlt.

### **Was hättest du an deiner Stelle in der Schule gebraucht?**

Wenn ein betroffenes Kind in einer guten Klasse ist und ein guter Klassenzusammenhalt da ist, wird das ADHS-Kind gehalten. Dies entsteht, indem die Lehrperson viel mit den Kindern macht und eine offene Gesprächskultur pflegt. Jedes Kind hat seine Stärken und Schwächen. Es ist wichtig, dass Pädagogen und Pädagoginnen viel in die Arbeit mit Kindern investieren.

Gleichzeitig ist aber auch Ruhe sehr wichtig. Wenn es zu laut ist, fällt es vor allem dem ADHS-Kind schwer, sich zu konzentrieren. Das ADHS-Kind kann Nebengeräusche nicht ausschalten, es hört alles, darum ist auch die Schule sehr anstrengend. Daher sind beispielsweise ein Hörschutz oder stille Arbeitsplätze in einem Nebenraum sehr geeignet, da man dann Nebengeräusche nicht wahrnimmt.

Bezüglich der Lernmethoden sollte die Lehrperson zeigen, wie man am besten lernt, wie man seinen Tag strukturiert, Prioritäten setzt und wie man seinen Tag gestalten kann.

### **Was rätst du angehenden Lehrpersonen, vor allem uns Berufseinsteigerinnen?**

In erster Linie sollte man sich gute Informationen über ADHS, Artikel, Zeitschriften, Bücher anschaffen und lesen. Es gibt auch die Möglichkeit Seminare zu besuchen. Es ist wichtig, dass die Informationen von mehreren Quellen stammen. Gleichzeitig ist wichtig, dass es die Unterscheidung zwischen ADS und ADHS gibt, man sollte sich vor einer Stigmatisierung fernhalten.

- Im Unterricht ist kein Sonderprogramm nötig, da das betroffene Kind meistens genug intelligent ist.

- Klare Ansagen geben: „Heute erwarte ich von dir, dass du ... machst.“

Das bedeutet, dass die Lehrperson ganz klare Ziele und Ansagen vorgibt.

Was die Symptomatik ADHS sehr schwierig macht, ist, dass die Gesellschaft vor allem die Hyperaktivität ins Zentrum stellt. Aber es gibt auch die sozialen Probleme, Gefühlsschwankungen, ein negatives Selbstbild, das tiefe Selbstwertgefühl, all das kumuliert sich. ADHS-Kinder sind oft sehr wortgewandt. Sie können viel reden und dadurch verdecken. Aber es bleibt ein Verdecken, da es sich Strategien aneignet, um bei den anderen gut anzukommen.

- Wichtig sind regelmässige Bewegung, Sport und Meditation, aber das kann ich noch nicht, da es mir zu ruhig ist.

Ich habe Psychomotorik gemacht. Es war sehr gut, da nur eine Person für mich da war und ich genügend Aufmerksamkeit bekommen habe. Daneben habe ich noch etwas Ähnliches wie Qi Gong (für Kinder) gemacht. Bücher und Musik waren immer super, da ich mich dadurch voll konzentrieren konnte.

Da ADHS dominant vererbt werden kann, ist es wichtig, dass die Familienverhältnisse angeschaut werden.

In meiner Familie haben meine Cousins ebenfalls ADHS. ADHS kann mit einer Sucht, wie zum Beispiel Alkohol und Drogen korrelieren.

Jedoch macht die Einnahme von Methylphenidat (Ritalin), wenn man ADHS hat nicht abhängig. Es gibt Substanzen, z.B. Kokain, die eine ambivalente Wirkung im Körper auslösen. In der Regel wird es als Aufputzmittel eingesetzt, bei ADHS-Betroffenen hat es eine beruhigende Wirkung.

Bei der Verabreichung von Methylphenidat muss man aufpassen, da einige Kinder keinen Hunger mehr haben. Gleichzeitig kann das Medikament ein Kind völlig ruhigstellen. Aus diesem Grund ist eine regelmässige Abklärung wichtig und zentral.

Aus eigenen Erfahrungen weiss ich, dass es von Bedeutung ist, dass ADHS in der Familie akzeptiert wird. Daher müssen auch alle Familienmitglieder über die Ursache, den Ursprung und die Symptome von ADHS aufgeklärt werden.

### **Hast du das Gefühl, dass die Diagnose wirklich effektiv gestiegen ist, oder ist es ein „man findet was man sucht“?**

Früher gab es schon mehr ADHS Kinder aber man hat es anders gehandhabt. Es gab viele lebhaftere Kinder, man ist viel raus spielen. Es gibt unterschiedliche Stärken von ADHS. Von der Schule aus war der Druck kleiner. Heutzutage ist der Druck gestiegen und die Schule ist extrem wichtig geworden. Heute weiss man mehr und man findet daher auch mehr.

Die vielen Medien, allen voran der Fernseher, ist eine extreme Stimulation. Das gleiche ist auch in der Ernährung der Fall mit dem Überschuss von Zucker. Ich merke selber, dass mir Zucker nicht gut tut, da es mich aufputscht und anschliessend mein Blutzucker wieder runterfällt. Darum versuche ich, möglichst auf Zucker zu verzichten Das sind bereits Veränderungen, die stattgefunden haben.

Unterdessen verdienen die Pharmaindustrien auch viel Geld mit solchen Medikamenten.

### **Wir danken dir für deine Erfahrungen und schätzen deine Offenheit, dass du mit uns über deine Geschichte und die Problematik von ADHS auseinandergesetzt hast.**

#### **Erfahrungen einer Mutter**

*Eine Mutter erzählt von ihren Erfahrungen im Alltag mit ihrem von ADHS-betroffenen Kind.*

Die ADHS-Diagnose stammt von einer Ärztin (Psychiatrie) und wurde anhand von Umfragen mit der Schule, uns Eltern, der Kindertagesstätte, unterschiedlichen Tests mit M., welche zwei Stunden dauerten, sowie Gesprächen mit mir (ebenfalls zwei Stunden) gestellt. Ich ging zur ärztlichen Abklärung auf einen Hinweis der Lehrerin.

Ich habe mit den Lehrerinnen und mit der Gruppenleiterin der Kindertagesstätte (Tagi) gesprochen. In der Tagi gab es nie Probleme, jedoch wurde M. in der Schule viel mehr als ADS-Kind betrachtet. Zu Hause wurde ich an meine emotionalen Grenzen getrieben.

### **Was waren Anzeichen im Alltag für die „ADHS-Symptomatik“ aus deiner Sicht?**

M. hatte Schwierigkeiten mit der Konzentration vor allem bei Pflichtaufgaben in der Schule. Dafür zeigte er stundenlange Konzentration z. B. beim Schachspiel oder beim Zeichnen.

Die Zahlreichen Provokationen machten den Alltag zu Hause oft schwierig. Es gab eine permanente Widerstandseinstellung ("Nein!"), die oft vom Satz "es ist langweilig" begleitet wurde. Aus dieser Langeweile heraus folgte ein "Zerstörungspotenzial" (v. a. das Spiel des kleineren Bruders stören) und eine aggressive Verhaltensweisen bei Verboten (Gegenstände herum schmeissen, beleidigen, schlagen).

### **... aus der Sicht deines Sohnes?**

Er konnte es erst im nachhinein (jetzt) "diagnostizieren". Und staunt selber, dass es so schwierig war.

### **Was hältst du von einer medikamentösen Behandlung?**

Diese sollte sicher nicht gleich am Anfang eingesetzt werden!

### **Welche alternativen Therapiemöglichkeiten hast du eingesetzt?**

Wir haben sehr, sehr viel miteinander gesprochen. Und sprechen immer noch.

Das Wichtigste war, ihm zu sagen, dass das meiste vom Kopf abhängt. Wenn er die Entscheidung trifft, sich anders zu verhalten, schafft er es. Ich habe ihm dabei viel Mut gegeben, wir haben Trickfilme geschaut, die ihn begeistern (Kung fu Panda<sup>14</sup>, Ninjago<sup>15</sup> etc.) und diese so interpretiert, dass man viel erreichen kann: Erstens, wenn man das Herz aufmacht und zweitens durch Übung.

Die negativen Emotionen (auch bei mir selbst) versuchte ich möglichst runterzuschrauben, damit man nicht in einen zerstörerischen Emotionen-Strudel gerät.

Wir haben vor ca. einem halben Jahr eine Familientherapie bei einer Therapeutin angefangen. Sie arbeitet mit Schreikindern und erteilt "emotionale erste Hilfe" für Babys, Kinder und Eltern. Ebenso bereitet sie Frauen und Paare auf die Geburt vor. Sie arbeitet sehr viel mit Körperberührung. So hat sie uns auch gezeigt, wie wir uns gegenseitig (beide Kinder und ich) massieren können. Es hat

---

<sup>14</sup> Kung Fu Panda ist ein amerikanischer Animationsfilm von DreamWorks Animation aus dem Jahr 2008. Die Geschichte erzählt über den Pandabär Po, der eines Nachts davon träumt, dass er mit den Furiosen Fünf (Tigress, Crane, Monkey, Mantis und Viper) welche alle Schüler des berühmten Kung-Fu-Meisters Shifu sind, gegen das Böse der Welt kämpft. Po gerät mitten ins Geschehen und wird ein weiterer Schüler des grossen Meisters. Die Geschichte erzählt von Pos Hartnäckigkeit und Leidenschaft. Damit etwas was Besonderes wird, muss man nur glauben, dass es besonders ist. Und das ist gleichzeitig die Weisheit, welche der Film aufzeigen möchte.

([http://de.wikipedia.org/wiki/Kung\\_Fu\\_Panda](http://de.wikipedia.org/wiki/Kung_Fu_Panda))

<sup>15</sup> Ninjago ist eine Geschichte, die von LEGO entwickelt wurde. Diese erzählt über das Land Ninjago, welches vor vielen Tausend Jahren vom ersten Spinjitzu-Meister erschaffen wurde. Ninjago ist auf der einen Seite ein ganz wundervoller Ort, aber auch ein sehr gefährlicher. Es geht darum, mithilfe der grössten Kampfkunst, das Land vor dem Bösen zu schützen. (<http://www.lego.com/de-de/ninjago/explore/ninjagopedia/chapter1>)

vom ersten Mal an etwas ausgelöst und etwas befreit. Es hilft wunderbar. Seitdem massieren wir uns auch (unregelmässig) mit einer Yoga-CD. M. hat zusätzlich die Langeweile durch Gitarrenübungen gefüllt. Der Satz "es ist langweilig" kommt jetzt kaum mehr vor. Er nimmt seit August wöchentlich Gitarrenstunden, erst seit ein paar Monaten übt er aber spontan fast täglich.

Ich versuche M. auch etwas mehr Freiraum zu geben und Vertrauen zu zeigen, bin weniger stur, wenn es (viel seltener) zum Widerstand kommt. Wenn ich (mit Erklärung, warum) nachgebe, gibt er auch meistens sofort nach.

### **Welche Veränderungen zeigten sich im Alltag und in der Schule?**

Seit der ADHS-Diagnose hat M. in der Schule ein Heft mit Smileys. Am Anfang war er oft beim "traurigen Smiley". Seitdem wir mit der Therapie angefangen haben, hat er sich extrem verbessert. Er bringt oft Lob aus der Schule mit und bekommt dafür Smileys mit Krone einer (Superstar). Fast immer sind es die lachenden Smileys, die er nach Hause bringt. Er schafft es auch meistens, die Hausaufgaben bereits in der Schule fertig zu machen.

Wir sprechen viel darüber, was geschieht. Er erklärt die positive Veränderung damit, dass er sich viel Mühe gibt und ist sehr stolz auf sich selbst. Ich bestätige es und zeige, wie alles einfacher wird, wenn ich ihn belohnen kann, anstatt ihn zu bestrafen. Er darf viel mehr Sachen machen, die er gerne hat, was ihn positiv stimuliert.

### **Hat die Lehrperson den Unterricht an deinen Sohn angepasst?**

Es gab Versuche, den Unterricht an seine Bedürfnisse anzupassen. Wenn er gestört hat und nach dem Grund gefragt wurde, kam sie Antwort, er langweile sich und würde lieber Comics lesen. Die Lehrerinnen haben gemeinsam überlegt, ob sie ihm das ermöglichen sollten. Da er sich dann aber mit der Therapie mehr (positiv) angepasst hat, war es meinem Wissen nach nicht mehr nötig.

### **Wie stehst du zum Einsatz von Ritalin bei ADHS-betroffenen Kindern?**

Im Falle meines Sohnes bin ich absolut dagegen. Die Ärztin hat mir erklärt, das ADHS-Problem liege im Gehirn und M. wird wohl Schwierigkeiten zuerst in der Schule, dann aber auch im Beruf und Alltag haben. Ich denke, dass mein Sohn sehr intelligent ist (die Tests zeigten überdurchschnittliche IQ-Werte), aber er kann seine Emotionalität nicht steuern (Hirnfehler). Nur Ritalin könne dagegen helfen.

Ich habe den ärztlichen Rat, sofort mit einer medikamentösen Behandlung anzufangen, intuitiv abgelehnt und eine Einstellung entwickelt: "WIR – mein Sohn und ich – schaffen es!". Ich vermute, M. hat stark gespürt, dass ich dem ADHS (nicht aber meinem Sohn!) einen Kampf ohne Rückzugsmöglichkeit angesagt habe. Wir wurden stark, sind mehr zusammengewachsen und ich bin sehr glücklich, dass wir es ohne Medikamente schaffen. Es ist ein Prozess, nichts ist abgeschlossen und für immer "geheilt".

### **Was hättest du von Seiten der Schule gebraucht?**

Das, was die Schule uns gegeben hat: Aufmerksamkeit auf das Problem, Offenheit, Verständnis, Geduld, emotionale Unterstützung für meinen Sohn.

Weniger gut finde ich, dass sich die Schule versucht anzupassen. Meiner Meinung nach soll sie viel mehr das Kind auffordern und unterstützen, damit es sich (positiv) anpassen kann. Es sollten mehr interessante Aufgaben geben– das Kind soll das Gefühl haben, dass es etwas erreicht hat und nicht, dass es immer ausweichen kann, wenn es Schwierigkeiten gibt.

**Was rätst du angehenden Lehrpersonen, vor allem für uns Berufseinsteigerinnen?**

Sich in einen Zen-Zustand zu versetzen bevor sie das Klassenzimmer betreten!  
Und im Ernst: Die Kinder maximal motivieren. Sie sind viel zu clever für das Schulprogramm! Sie interessieren sich für Geografie, Astrologie, neue Medien... Wenn sie schon gezwungen werden, zwei Semester lang die Buchstaben, die sie bereits mit vier Jahren kennen, zu schreiben, würde ich Geschichten über mittelalterliche Klöster erzählen, wie alte Mönche gemeinsam kalligrafieren, Spionage-Geschichten zur Schrift schmuggeln, kurze Filmfragmente zu entsprechenden Themen zeigen... Die ADHS-Kinder, die ich in der Klasse meines Sohnes erlebt habe (mein Ehemann und ich haben im November eine "Foto-Stunde" für seine Klasse durchgeführt und konnten die Energie der Klasse 2b erleben:.) sind einfach sehr neugierig! Das soll unterstützt werden!

## Persönliche Vorbereitung eines Standortgesprächs

### Gemeinsames Verstehen und Planen

Name des Kindes: .....

Alle, die am Standortgespräch teilnehmen, erhalten ein solches Blatt und bringen es ausgefüllt ans Gespräch mit. Wenn etwas unklar oder schwierig einzuschätzen ist, notiert man eben nichts und geht zum nächsten Punkt. Dieses persönliche Vorbereitungsformular kann nach dem Gespräch wieder mitgenommen werden.

Datum Standortgespräch: .....

Meine Umschreibung der derzeitigen Situation in Stichworten:

Pro Bereich 1–2 Kreuze	Begriffe, die besonders wichtig sind, können unterstrichen werden	Hier können allfällige Bemerkungen und Beobachtungen zu den einzelnen Bereichen in Stichworten notiert werden:
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Allgemeines Lernen</b> Das Kind kann zuhören, zuschauen, hinspüren; aufmerksam sein; sich Verse, Melodien, Bewegungen merken und wiedergeben; Formen benennen, beschreiben und darstellen; durch Spielen Dinge und Beziehungen erkunden; Lösungen finden und umsetzen; Strategien anwenden; planen; üben	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Spracherwerb und Begriffsbildung</b> Das Kind kann lautgetreu nachsprechen; den Sinn von Wörtern und Symbolen verstehen; korrekte Sätze bilden; einen altersentsprechenden Wortschatz aufbauen; Sprache dem Sinn entsprechend modulieren (Erst- und Zweitsprache)	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Mathematisches Lernen</b> Das Kind kann zählen; sich in räumlichen Zusammenhängen orientieren (hinten/vorne, oben/unten); Grössen und Mengen erfassen sowie nach eigenen oder vorgegebenen Kriterien sortieren; Gesetzmässigkeiten erkennen; sich im Zahlraum orientieren	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Umgang mit Anforderungen</b> Das Kind kann allein oder in der Gruppe eine Aufgabe ausführen; Verantwortung übernehmen; den Tagesablauf einhalten; sich in eine Aufgabe vertiefen; das eigene Verhalten steuern; mit Freude und Frust umgehen	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Kommunikation</b> Das Kind kann verstehen, was andere sagen und ausdrücken (nonverbal und verbal); seine Gedanken so ausdrücken, dass andere diese verstehen (nonverbal und verbal); Gespräche und Diskussionen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen führen	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Bewegung und Mobilität</b> Das Kind kann grobmotorische Bewegungsabläufe planen, koordinieren und nachahmen; feinmotorische Bewegungen planen, koordinieren und nachahmen; Zeichen- und Schreibgeräte kontrolliert führen	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Für sich selbst sorgen</b> Das Kind kann Kleider und Schuhe an- und ausziehen; auf die Körperpflege, die Gesundheit und die Ernährung achten; sich vor gefährlichen Situationen schützen	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Umgang mit Menschen</b> Das Kind kann mit anderen Menschen Kontakt aufnehmen; Achtung, Wärme, Toleranz entgegenbringen und annehmen; Nähe und Distanz regeln; mit Kritik umgehen; Freunde finden und behalten	
Stärke ↑ ↓ Problem	<b>Freizeit, Erholung und Gemeinschaft</b> Das Kind kann am gemeinschaftlichen Leben in Schule, Familie und Nachbarschaft teilnehmen; in Spiele und andere Freizeitaktivitäten einbezogen sein; eigene Lieblingsaktivitäten pflegen	

D ADHS – Beurteilungsbogen

**ADHS-Tagesprofilbogen für Lehrer/Eltern**

Name des Kindes:.....

Beurteiler:.....

Datum heute:..... Beurteilungszeitraum:.....

Wie problematisch war nach Ihrer Einschätzung das Verhalten des Kindes?

Problemverhalten	Vormittag		Nachmittag	
	Gar nicht	sehr stark	Gar nicht	sehr stark
1. Unaufmerksamkeit: ist unaufmerksam, ablenkbar, kann sich nicht konzentrieren oder passt nicht auf.	0	1 2 3 4 5	0	1 2 3 4 5
2. Unruhe: ist unruhig, <u>übermässig</u> aktiv, zappelig oder kann nicht sitzen bleiben.	0	1 2 3 4 5	0	1 2 3 4 5
3. Impulsivität: ist impulsiv, kann nicht abwarten, unterbricht andere oder handelt ohne zu überlegen.	0	1 2 3 4 5	0	1 2 3 4 5
4. Hält sich nicht an Regeln und Anweisungen.	0	1 2 3 4 5	0	1 2 3 4 5
5. Argert, provoziert andere, zeigt aggressives Verhalten, oder hat Wutausbrüche.	0	1 2 3 4 5	0	1 2 3 4 5
6. Wie problematisch ist das Verhalten insgesamt?	0	1 2 3 4 5	0	1 2 3 4 5

Beurteilen Sie noch bitte, wie stark Sie folgende Verhaltensweisen und Probleme bei dem Kind beobachten konnten.

1. Wirkt ängstlich oder besorgt.	0	1 2 3 4 5
2. Wirkt traurig oder bedrückt.	0	1 2 3 4 5
3. Wirkt müde apathisch oder lustlos.	0	1 2 3 4 5
4. Zieht sich zurück oder macht nichts mit anderen zusammen.	0	1 2 3 4 5
5. Wirkt mürrisch oder reizbar.	0	1 2 3 4 5
6. Hat nervöse Zuckungen oder Tics.	0	1 2 3 4 5
7. Zupft sich, <u>beisst</u> Fingernägel, <u>beisst</u> auf die Lippen.	0	1 2 3 4 5
8. Klagt über Kopfschmerzen	0	1 2 3 4 5
9. Klagt über Bauchschmerzen.	0	1 2 3 4 5

Fällt Ihnen sonst noch etwas an dem Kind auf?

Vielen Dank!

## Urheberschaftsbestätigung

### Urheberschaftsbestätigung

#### Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir eigenständig verfasst wurde und keine anderen als die von mir angegebenen Hilfsmittel verwendet wurden.

Alle Stellen der Arbeit, die aus anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach übernommen wurden, sind mit Angaben der Quellen als Zitate bzw. Paraphrasen gekennzeichnet.

Ich nehme zur Kenntnis,

- dass Arbeiten, die unter Beizug unerlaubter Hilfsmittel entstanden sind, und insbesondere fremde Textteile ohne entsprechenden Herkunftsnachweis enthalten, als „nicht bestanden“ bewertet und ungültig erklärt werden.
- dass unredliches Verhalten bei Leistungskontrollen und unredliche Verwendung fremder Arbeitsergebnisse ohne Quellenangabe als Disziplinarverstoss gelten und zur Anordnung einer Disziplinarmaßnahme führen können (vgl. §§ 8 ff. Verordnung zum Fachhochschulgesetz).

Eichenberger Rahel

Name Vorname

Zürich, 10.4.15, R. Eichenberger

Ort, Datum, Unterschrift

### Überprüfung der Arbeit mit einer Plagiatssoftware

#### Einwilligung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorliegende Arbeit mit einer Plagiatserkennungssoftware überprüft werden darf.

Eichenberger Rahel

Name Vorname

Zürich, 10.4.15, R. Eichenberger

Ort, Datum, Unterschrift

## Urheberschaftsbestätigung

### Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir eigenständig verfasst wurde und keine anderen als die von mir angegebenen Hilfsmittel verwendet wurden.

Alle Stellen der Arbeit, die aus anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach übernommen wurden, sind mit Angaben der Quellen als Zitate bzw. Paraphrasen gekennzeichnet.

Ich nehme zur Kenntnis,

- dass Arbeiten, die unter Beizug unerlaubter Hilfsmittel entstanden sind, und insbesondere fremde Textteile ohne entsprechenden Herkunftsnachweis enthalten, als „nicht bestanden“ bewertet und ungünstig erklärt werden.
- dass unredliches Verhalten bei Leistungskontrollen und unredliche Verwendung fremder Arbeitsergebnisse ohne Quellenangabe als Disziplinarverstoss gelten und zur Anordnung einer Disziplinar-massnahme führen können (vgl. §§ 8 ff. Verordnung zum Fachhochschulgesetz).

Thalmann Salome

Name Vorname

Zürich, 10.4.15, Salomé Thalmann

Ort, Datum, Unterschrift

## Überprüfung der Arbeit mit einer Plagiatssoftware

### Einwilligung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorliegende Arbeit mit einer Plagiatserkennungssoftware überprüft werden darf.

Thalmann Salome

Name Vorname

Zürich, 10.4.15, Salomé Thalmann

Ort, Datum, Unterschrift