

Band 27

Psychoedukation bei AD(H)S

Hilfreiche Informationen für Erziehungsberaterinnen und -berater im Kanton Bern



Amanda Gassmann

Tanja Lorenz

Zeichnungen: Mägi Brändle, visualisierbar.ch

Abstract

Die vorliegende Arbeit widmet sich thematisch der Psychoedukation bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In einem ersten theoretischen Teil finden sich allgemeine
Informationen zum Störungsbild sowie Erkenntnisse aus der Forschung (z.B. Ätiologie, Entwicklung
über die Lebensspanne, Behandlungsmöglichkeiten, Ressourcen). Der Fokus der Arbeit liegt auf dem
praktischen Teil. Dabei trugen wir mittels Fragebogen bei den Mitarbeitern der
Erziehungsberatungsstellen des Kantons Bern Wissen und Erfahrungen in Bezug auf die
Psychoedukation bei AD(H)S zusammen. Anschliessend führten wir Interviews mit diversen
Fachstellen durch, um zu erfahren, wie ihre Haltungen und ihr Vorgehen hinsichtlich des Themas ADHS
sind. Aus dieser Fülle von Informationen erstellten wir eine Sammlung von hilfreichen Strategien und
Unterlagen, die bei der Psychoedukation von AD(H)S eingesetzt werden können. Das Endprodukt ist
ein illustrierter und beschrifteter Aufstellordner, der für die Beratung bei Kindern/Jugendlichen, Eltern,
Bezugspersonen und Lehrpersonen angewendet werden kann.

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	5
2.	PSYCHOEDUKATION	6
	2.1. DEFINITION	<i>6</i>
	2.2. RICHTLINIEN ZUR DURCHFÜHRUNG PSYCHOEDUKATIVER INTERVENTIONEN	6
3.	AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- / HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNGEN (ADHS)	7
	3.1. FALLBEISPIELE	
	3.2. DEFINITION UND KLASSIFIKATION	9
	3.3. ÄTIOLOGIE	12
	3.3.1. GENETIK UND NEUROCHEMIE	12
	3.3.2. NEUROANATOMIE UND STÖRUNG NEUROPSYCHOLOGISCHER FUNKTIONEN	12
	3.3.3. PRÄ-, PERI- UND POSTPARTALE RISIKOFAKTOREN	13
	3.3.4. PSYCHOSOZIALE FAKTOREN	14
	3.3.5. KOMORBIDITÄTEN	14
	3.4. PRÄVALENZ	15
	3.5. ENTWICKLUNG ÜBER DIE LEBENSSPANNE	17
	3.6. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN	20
	3.6.1. KONKRETE INTERVENTIONEN FÜR ZU HAUSE UND IN DER SCHULE	21
	3.6.1.1. WAS KANN DAS KIND RESPEKTIVE DER JUGENDLICHE TUN?	22
	3.6.1.2. WAS KÖNNEN ELTERN TUN, UM IHR KIND ZU UNTERSTÜTZEN (ELTERNARBEIT)?	23
	3.6.1.3. WAS KANN DIE SCHULE TUN, UM DAS KIND ZU UNTERSTÜTZEN?	
	3.6.2. RESSOURCEN UND DEREN AKTIVIERUNG	
4.	PRAKTISCHER TEIL	35
	4.1. FRAGEBOGEN	35
	4.1.1. QUALITATIVE AUSWERTUNG DER FRAGEBOGEN	35
	4.1.1.1. PSYCHOEDUKATION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	
	4.1.1.2. PSYCHOEDUKATION BEI ANGEHÖRIGEN	38
	4.1.1.3. PSYCHOEDUKATION BEI LEHRPERSONEN	41
	4.1.1.4. STOLPERSTEINE	42
	4.2. INTERVIEWS	43
	4.2.1. ZIELE UND INTERVIEWPARTNERINNEN	43
	4.2.2. ERKENNTNISSE AUS DEN INTERVIEWS	44
	4.2.2.1. ZEITPUNKT DER KONSULTATION	44
	4.2.2.2. KLIENTEL UND ANMELDEGRÜNDE	45
	4.2.2.3. DIE HÄUFIGSTEN FRAGEN UND THEMEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	45
	4.2.2.4. DIE HÄUFIGSTEN FRAGEN UND THEMEN VON ANGEHÖRIGEN	46

	4.2.2.5. DIE HÄUFIGSTEN FRAGEN UND THEMEN VON LEHRPERSONEN BEZIEHUNGSWEISE HEILPÄDAGOGINNEN UND HEILPÄDAGOGEN	47
	4.2.2.6. WAS ES BEI BERATUNGEN GENERELL ZU BERÜCKSICHTIGEN GILT	49
	4.2.2.7. PSYCHOEDUKATION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	49
	4.2.2.8. PSYCHOEDUKATION BEI ANGEHÖRIGEN	50
	4.2.2.9. PSYCHOEDUKATION BEI LEHRPERSONEN (JENNI UND RIETZLER)	51
	4.2.2.10. URSACHEN UND DIAGNOSTIK	52
	4.2.2.11. UNTERSCHEIDUNG ADS UND ADHS	53
	4.2.2.12. UNTERSCHEIDUNG POS UND ADHS	54
	4.2.2.13. BEHANDLUNGSMETHODEN	55
	4.2.2.14. STOLPERSTEINE BEI DER ABKLÄRUNG UND BERATUNG	56
	4.2.2.15. HALTUNGEN ZU APPS	56
5.	MATERIALTEIL	57
	5.1. BERATUNGS-FLIP	57
	5.2. WERKZEUGKISTE	58
	5.2.1. BÜCHER FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	58
	5.2.2. BROSCHÜREN	60
	5.2.3. BÜCHER / MANUALE	61
	5.2.4. WEBSITES	61
	5.2.5. SPIELE	62
	5.2.6. APPS	62
	5.2.7. WEITERES	62
6.	DANKSAGUNG	62
7.	LITERATURVERZEICHNIS	63
8.	ANHANG	66
	8.1. LEITFRAGEN FÜR DIE INTERVIEWS	66
	8.2. ILLUSTRATIONEN VON MÄGLBRÄNDLE	67

1. Einleitung

Erziehungsberater-/ Schulpsychologin Während unserer Ausbildung zur den Erziehungsberatungsstellen des Kantons Bern zwischen Februar 2019 und August 2020 begegneten uns immer wieder Kinder und Jugendliche mit einer AD(H)S- Symptomatik, welche teilweise massive Auswirkungen auf das familiäre System und den Schulalltag hatte. Dabei fiel uns auf, dass häufig ein deutlicher Leidensdruck von allen Seiten spürbar war, Vorurteile und Mythen nach wie vor stark verbreitet zu sein schienen und die Beteiligten oftmals nicht genau wussten, was das Störungsbild neben «verträumt sein» und «zappelig sein» sonst noch alles umfasst. Viele Eltern in unseren Beratungen standen unter grossem Druck von aussen, endlich etwas zu verändern und dem Kind Methylphenidat zu verabreichen. Oftmals wurde deutlich, dass wenig Wissen über die Wirkung von Medikamenten und anderen Behandlungsmöglichkeiten vorhanden war. Zudem verlor das Umfeld der Betroffenen vielfach den Blick für deren Stärken und Ressourcen. Diese Komplexität empfanden wir als Berufseinsteigerinnen als sehr anspruchsvoll und daher entstand das Bedürfnis, sich mit dieser Thematik in einer Praxisforschungsschrift vertieft auseinanderzusetzen. Aufgrund der oben gemachten Erfahrungen entschieden wir uns, mit unserer Praxisforschungsarbeit beratenden Personen eine Handreichung zur Psychoedukation von Betroffenen, Angehörigen sowie Lehrpersonen zur Verfügung zu stellen. Bei den ersten theoretischen Teilen geht es darum, Allgemeines zum Störungsbild und Erkenntnisse aus der Forschung zum Thema Psychoedukation zusammenzutragen. Im praktischen Teil werden einerseits die Ergebnisse unseres Fragebogens für die deutschsprachigen Erziehungsberatungsstellen im Kanton Bern präsentiert. Dieser zielt darauf ab, Wissen und Erfahrungen aus dem EB-Berufsalltag zu sammeln und den Bedarf festzustellen. Andererseits finden sich in diesem Abschnitt die zusammengefassten Erkenntnisse aus den durchgeführten Interviews mit diversen Fachpersonen aus anderen Institutionen. Zuletzt war es uns ein Anliegen, aus all diesen Informationen etwas Konkretes für die Beratung im Berufsalltag zu kreieren, weshalb ein illustrierter und beschrifteter Aufstellordner ausgearbeitet wurde (Materialteil).

2. Psychoedukation

2.1. Definition

Psychoedukation wird nach Mühlig und Jacobi (2011) als «systematische und strukturierte Vermittlung wissenschaftlich fundierter gesundheits- und/oder störungsrelevanter Informationen und Kompetenzen mit psychologischen Methoden» definiert (S. 478). Psychoedukation ist somit gemäss den Autoren als ein Bestandteil eines umfassenden Interventionskonzepts zu verstehen, der sich sowohl an Personen, die einer Risikopopulation angehören, an bereits von der Störung Betroffene als auch an deren soziales Umfeld richten kann.

2.2. Richtlinien zur Durchführung psychoedukativer Interventionen

Mühlig und Jacobi (2011) führen folgende zehn Punkte an, die bei der Durchführung psychoedukativer Interventionen zu beachten sind:

- 1. Die beratende Person soll sich auf die wesentlichen Informationen beschränken und diese den Klientinnen / Klienten auf prägnante Weise darlegen.
- 2. Die Wahl der Informationen soll sowohl am aktuellen Wissensstand des Gegenübers als auch an dessen bereits gemachten Erfahrungen angepasst werden.
- 3. Unter dem Stichwort Transparenz geben die Autoren die Empfehlung ab, bei der Präsentation der Informationen eine übersichtliche Gliederung zu wählen.
- 4. Es soll eine einfach verständliche Sprache gewählt und möglichst auf Fachausdrücke oder abstrakte Begriffe verzichtet werden.
- 5. Die Autoren weisen bei diesem Punkt auf die Nützlichkeit des Einsatzes von Mitteln zur Veranschaulichung wie beispielsweise der Verwendung von Beispielen, Analogien oder Metaphern oder der Wahl von multimodalen Darstellungsformen hin.
- Den Klientinnen / Klienten sollen konkrete Handlungsinstruktionen gegeben werden, worunter gemäss den Autoren das Aushändigen eines schriftlichen Aktionsplans (z.B. in Form von Hausaufgaben) zu verstehen ist.
- 7. Der Erwerb und die Erweiterung von Kompetenzen zum Beispiel im sozialen Bereich oder bezüglich Problemlösung soll durch praktisches Demonstrieren und Einüben erfolgen, indem etwa Rollenspiele oder Verhaltensübungen zum Einsatz kommen.
- 8. Es soll darauf geachtet werden, die Motivation der Klientinnen / Klienten aufrechtzuerhalten, indem deren Lernerfolge verstärkt werden (z.B. durch Lob, Ermunterung).
- 9. Es wird auf die Nützlichkeit der Durchführung einer Bilanzierung hingewiesen, indem das Relevanteste sowohl zu Beginn als auch am Schluss der psychoedukativen Massnahme nochmals zusammenfassend hervorgehoben werden soll.
- 10. Am Schluss soll nachgefragt werden, was die Klientinnen / Klienten von der Intervention mitnehmen.

3. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

Im vorliegenden Kapitel werden zunächst einige Fallbeispiele zum Thema ADHS präsentiert. Danach wird auf die Definition und Klassifikation, die Ätiologie, die Prävalenz sowie die Entwicklung des Erscheinungsbildes über die Lebensspanne eingegangen. Anschliessend erfolgt ein Überblick über Behandlungsmöglichkeiten, wobei auch konkrete Interventionen für zu Hause und in der Schule vorgestellt werden. Ressourcen von ADHS-Betroffenen und deren Aktivierung schliessen das Kapitel ab.

3.1. Fallbeispiele

Ein 9-jähriger Junge wird vorgestellt, weil er seit der Einschulung unter starkem (beidseitigem) Augenzwinkern leidet. Dieser Tic würde vor allem in Anspannungssituationen auftreten, während er im Urlaub nicht zu beobachten sei. In der vertiefenden Anamnese schildern sowohl die Eltern als auch die Lehrer, dass der Patient häufig unaufmerksam und insgesamt motorisch sehr aktiv sei. Häufig «platze» die Antwort aus ihm heraus. Er sei sehr intelligent und würde sich für viele Dinge interessieren, allerdings nicht immer alles zu Ende bringen.

Anamnese

Schwangerschaft und Geburt seien unauffällig gewesen. Wegen Koordinationsproblemen war der Patient schon früh in kinderärztlicher Behandlung, eine Frühförderung wurde mit guten Erfolgen durchgeführt. Von Beginn an sei er gut sozial integriert, aber auch schon immer wegen Impulsivität und Hyperaktivität auffällig gewesen. In der Schule sei er, bei guter sozialer Integration, sehr ehrgeizig. Wegen des Blinzeltics sei er kurzfristig von Mitschülern gehänselt worden. Der Patient habe eine ältere Schwester (15 Jahre), die sehr gut in der Schule mitkomme, ihr falle alles leicht. Beide verstünden sich gut, es bestehe aber eine deutliche Konkurrenz. Der Vater ist mit einem mittelständischen Betrieb selbstständig, die Mutter seit 2 Jahren wieder als Immobilienmaklerin berufstätig. (Petermann & Ruhl, 2011, S. 674)

In unserem EB-Alltag wurden bereits diverse Fragestellungen und Beschreibungen, die auf eine ADHS hindeuten, an uns herangetragen:

Ein Knabe, 2. Kindergartenjahr, habe Schwierigkeiten in Bezug auf Graphomotorik, Arbeitsorganisation und -tempo, Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer. Ausserdem bereite es ihm oft noch Mühe, sich selbst wahrzunehmen, die Bewegungen zu koordinieren und rechtzeitig zu stoppen. Des Weiteren schweife er im Kreis oder beim Umziehen oft ab, mache etwas anderes oder lasse sich vom Geschehen um ihn herum ablenken. Es scheine ihm in diesem Moment schwerzufallen, sich auf seine Tätigkeit und die Erledigung der Aufgabe zu fokussieren. Oft wirke es, als ob er in seinen Gedanken versunken sei und nicht bemerke, wenn jemand mit ihm spreche.

Ein Mädchen aus der 2. Primarklasse wird bei uns mit der Fragestellung angemeldet, ob eine ADS vorliege, da das Mädchen sowohl in der Schule wie auch zu Hause während des Tages immer mal wieder in seine eigene Welt abtauche und alleine kaum herausfinde. Zudem sei ihr Arbeitstempo sehr langsam und die Konzentrationsspanne liege bei maximal fünf Minuten. Das Mädchen zeige aktuell altersentsprechende Schulleistungen, jedoch drohe es den Anschluss aufgrund der beschriebenen Problematik zu verpassen.

Ein Junge aus der 5. Klasse mit einer bereits diagnostizierten ADHS wird für eine LRS-Abklärung angemeldet. Zusätzlich wird deutlich, dass er bei Tests Mühe hat, die richtige «Schublade» mit dem angeeigneten Wissen zu finden und zu öffnen. Unter Einnahme von Ritalin scheint dies jedoch etwas besser zu gelingen.

Hinsichtlich der Berufsschule wird eine Jugendliche mit diagnostizierter LRS und ADS Ende 9. Klasse erneut bei uns angemeldet, um das Vorhandensein der LRS erneut zu überprüfen. Während der Abklärung fallen diverse Sachen auf: schwankende Konzentration, zunehmende motorische Unruhe, grosse Kreativität und viele Ideen. Zusätzlich steht die Frage im Raum, ob und was dem Lehrbetrieb bzgl. ADS mitgeteilt werden soll.

3.2. Definition und Klassifikation

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sind durch folgende drei Kernsymptome gekennzeichnet: Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität (Döpfner & Banaschewski, 2013).

Für die Diagnose einer ADHS werden in den beiden aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 (World Health Organization [WHO], 2004) und DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013; deutsche Version 2015) unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet.

In der ICD-10 (WHO, 2004) findet sich diese Gruppe von Störungen unter den «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» und der Oberbegriff lautet «Hyperkinetische Störungen». Zudem wurden sowohl klinische Kriterien als auch Forschungskriterien für das Vorliegen der Störungen definiert. Erstere erfordern ein ausgeprägtes Vorliegen aller drei Kernsymptome, um die Diagnose «Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung» (F90.0) zu vergeben. Gemäss Letzteren müssen zur Diagnosestellung mindestens sechs von neun Symptomen von Unaufmerksamkeit, drei von fünf Symptomen von Hyperaktivität sowie eins von vier Symptomen von Impulsivität, in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass, über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, vorhanden sein (vgl. Tabelle 1). Als weitere Voraussetzung gilt ein Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr. Ebenso sollen die Kriterien in mehr als einer Situation erfüllt sein, also beispielsweise zu Hause und in der Schule. Darüber hinaus müssen die Symptome deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit verursachen. Schliesslich muss sichergestellt werden, dass weder die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-), noch diejenigen für eine manische Episode (F30.-), eine depressive Episode (F32.-) oder eine Angststörung (F41.-) erfüllt sind. Im Falle einer komorbid vorliegenden Störung des Sozialverhaltens lautet die Diagnose «Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens» (F90.1).

Demgegenüber wird die Störung im DSM-5 (APA, 2013; deutsche Version 2015) als «Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung» bezeichnet und es findet sich eine Dreiteilung, indem zwischen einem vorwiegend unaufmerksamen, einem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven sowie einem gemischten Erscheinungsbild unterschieden wird. Der vorwiegend unaufmerksame Typus wird dadurch definiert, dass bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahren mindestens sechs sowie bei Personen ab 17 Jahren mindestens fünf der in Tabelle 1 aufgeführten neun Symptome von Unaufmerksamkeit, über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, beständig und in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass, vorhanden sein müssen. Ein vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus liegt vor, wenn über die gleiche Zeitspanne und in gleichem Ausmass bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahren mindestens sechs sowie bei Personen ab 17 Jahren mindestens fünf Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität erfüllt sind und sich diese direkt negativ auf soziale sowie schulische respektive berufliche Aktivitäten auswirken (vgl. Tabelle 1). Demgegenüber müssen für die Diagnose eines Mischtypus sowohl die Kriterien für das vorwiegend

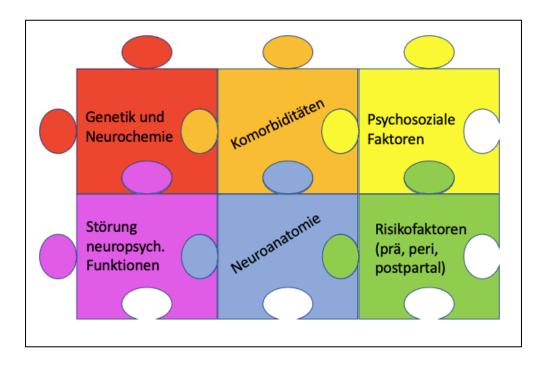
unaufmerksame als auch diejenigen für das hyperaktiv-impulsive Erscheinungsbild erfüllt sein. Unabhängig vom Erscheinungsbild müssen für die Diagnose einer ADHS zudem mehrere Symptome bereits vor dem Alter von zwölf Jahren aufgetreten sein. Als weitere Voraussetzungen gelten, dass mehrere Symptome in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen bestehen und sich störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus auswirken, respektive dieses reduzieren. Schliesslich darf die Symptomatik nicht ausschliesslich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auftreten und nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden können. Im Gegensatz zur ICD-10 stellt das komorbide Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung allerdings kein Ausschlusskriterium dar.

Tabelle 1
Forschungskriterien für Hyperkinetische Störungen gemäss ICD-10 und Diagnosekriterien der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gemäss DSM-5

	Symptome der Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nach ICD-10	Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung nach DSM-5
Unaı	Das Kind	
Unaufmerksamkeit	ist häufig unaufmerksam gegenüber Details oder macht Sorgfaltsfehler bei Schularbeiten / Arbeiten / Aktivitäten	a. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten / Arbeit / anderen Tätigkeiten
ceit	2. ist häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben / beim Spielen aufrecht zu erhalten	b. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben / beim Spielen aufrechtzuerhalten
	3. hört häufig scheinbar nicht, was ihm gesagt wird	c. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere es ansprechen
	 kann oft Erklärungen nicht folgen oder seine Schularbeiten / Aufgaben / Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens / weil die Erklärungen nicht verstanden wird) 	d. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten / andere Arbeiten / Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende
	5. ist häufig beeinträchtigt, Aufgaben / Aktivitäten zu organisieren	e. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben / Aktivitäten zu organisieren
	6. vermeidet häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern	f. vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern
	 verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind (z.B. Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen, Werkzeug) 	g. verliert häufig Gegenstände, die es für Aufgaben / Aktivitäten benötigt (z.B. Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug)
	8. wird häufig von externen Stimuli abgelenkt	h. lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
	9. ist im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich	i. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich
Hyper	1. fuchtelt häufig mit Händen und Füssen oder windet sich auf dem Sitz	a. zappelt häufig mit Händen und Füssen oder rutscht auf dem Stuhl herum
Hyperaktivität	2. verlässt seinen Platz im Klassenraum / in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird	b. steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
	3. läuft häufig herum / klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl)	c. läuft häufig herum / klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
	4. ist häufig unnötig laut beim Spielen / hat Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen	d. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen / sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
	5. zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext / Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind	e. ist häufig «auf dem Sprung» oder handelt oftmals, als wäre es «getrieben»
		f. redet häufig übermässig viel
Impulsivität	1. platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist	a. platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
ivität	2. kann häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis es bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommt	b. kann häufig nur schwer warten, bis es an der Reihe ist
	3. unterbricht / stört andere häufig (z.B. mischt sich ins Gespräch / Spiel anderer ein)	a. unterbricht / stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche / Spiele anderer hinein)
	4. redet häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren	

3.3. Ätiologie

Nach jahrelanger Forschung ist die Ursache einer ADHS nicht vollständig geklärt. Zweifelsfrei scheint es jedoch so zu sein, dass es sich um ein Zusammenspiel aus neurobiologischen und Umweltbedingungen d.h. um eine multifaktorielle Verursachung handelt (Steinhausen, 2016).



3.3.1. Genetik und Neurochemie

Die genetische Disposition spielt eine zentrale Rolle. Zwillingsstudien zeigen eine Heritabilität von 70-80% bei ADHS (Steinhausen, 2016).

Es gibt mittlerweile Hinweise auf bestimmte Gene, die für die Entstehung der ADHS-Symptomatik verantwortlich sind. Wie diese mit der Umwelt interagieren, scheint nach wie vor weitgehend unklar zu sein (Beispiele und Literaturangaben bei Rietzler & Grolimund, 2016 sowie Brown, 2018). Mehrere Studien bringen Genvarianten, die die Systeme diverser Botenstoffe (z.B. Noradrenalin, Dopamin, Serotonin) mitregulieren, mit der ADHS in Zusammenhang (Rietzler & Grolimund, 2016). Laut Brown (2018) liegt das Problem nicht in einer «chemischen Unausgeglichenheit im Gehirn», sondern in der Herstellung, Freisetzung und Verfügbarkeit von Botenstoffen in den Synapsen. Diese Prozesse können durch Medikamente verbessert werden (vgl. 3.6. Behandlungsmöglichkeiten).

3.3.2. Neuroanatomie und Störung neuropsychologischer Funktionen

Ursachen für eine ADHS-Symptomatik finden sich nebst genetischen Faktoren auch in Abweichungen in der Struktur und Funktionalität des Gehirns. Laut Brown (2018) finden sich auffällige Merkmale «in der Dichte des Rindengewebes, manchen Charakteristiken der parietalen und zerebellaren Regionen, den basalen Ganglien und in den Strängen aus weisser Materie, welche wichtige Hirnregionen

verbinden» (S. 20). Die Abweichungen scheinen dabei vor allem rechtshemisphärisch zu sein (Rietzler & Grolimund, 2016).

In der Forschung wird das Augenmerk oftmals auf den Frontallappen und auf die damit assoziierten Funktionen (Exekutivfunktionen) gelegt. Hierbei werden verschiedene Aspekte der Selbststeuerung (Inhibition, Planung, Arbeitsgedächtnis, selektive und dauerhafte Aufmerksamkeit, Wortflüssigkeit, kognitive Flexibilität) thematisiert (Steinhausen, 2016). Laut Brown (2018) ist es jedoch ein Mythos, dass jeder Mensch mit einer ADHS zwingend Schwierigkeiten mit den Exekutivfunktionen hat. Vielmehr scheint die Leistungsfähigkeit vom Kontext abhängig zu sein. Zudem scheinen sich Bereiche des Gehirns, welche für die Exekutivfunktionen zuständig sind, bei ADHS-Betroffenen drei bis fünf Jahre verzögert zu entwickeln.

Nebst den Defiziten in den Exekutivfunktionen nennt Steinhausen (2016) noch weitere mögliche Störungen neuropsychologischer Funktionen bei ADHS: Defizite in der Zeitverarbeitung, im Entscheidungsverhalten, in der Lern- und Merkfähigkeit, in der Sprache und Kommunikation sowie bei der Motivation. Letzteres findet sich auch in der Studie von Casey et al. (2011), welche postuliert, dass es sich bei der ADHS um eine neurobiologische Störung handelt, da sich Auffälligkeiten im Belohnungsaufschub (zentraler Botenstoff: Dopamin) bereits sehr früh manifestieren und Jahrzehnte lang stabil zu bleiben scheinen. Die Ursache dafür wird in den striatofrontalen Regelkreisen gesehen, welche Motivations- und Kontrollprozesse regulieren. Folgen einer beeinträchtigten Motivation können sich beispielsweise wie folgt äussern (Brown, 2005): Schwierigkeiten, sich selbst zu motivieren, um etwas zu beginnen, Aufgaben können nur unter starkem Druck (z.B. Abgabetermin) beendet werden, mangelnde Motivation sich vorzubereiten, Prioritäten setzen, Mühe, dem Drang zu widerstehen, etwas Interessanteres zu tun, etc. Laut einer Studie von Volkow et al. (2010) könnte die Ursache jedoch auch in einer Beeinträchtigung der Hirnregionen liegen, die für das Genusserleben zuständig sind.

⇒ Vgl. Kapitel 4.2.2. Erkenntnisse aus den Interviews

3.3.3. Prä-, peri- und postpartale Risikofaktoren

- Alkohol- und Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft
- Emotionale Probleme, Blutungen oder erhöhte Unfallrate der Mutter während der Schwangerschaft
- Toxine (z.B. erhöhte Bleiexposition oder Quecksilber)
- Geburtskomplikationen / Niedriges Geburtsgewicht / Frühgeburt
- Schwierigkeiten bei der Versorgung des Säuglings
- Hirnschädigungen
- Hypoxie
- Bei kontrollierten Studien zu Nahrungsmittelzusätzen (z.B. Salizylate, Phosphate) konnten keine Belege gefunden werden, es scheint aber Ausnahmen zu geben (z.B. künstliche Farbstoffe)

- Ernährung: niedrige Folsäurewerte während der Schwangerschaft, geringe Zink-/Eisen-/Omega3-Fettsäurewerte beim Kind, spezifische Konservierungsmittel (Überblick bei Fröhlich et al., 2011)
- Widersprüchliche Ergebnisse bei Allergien, Asthma bronchiale, Neurodermitis

Aus: Fegert und Kölch (2013), Remschmidt (2011), Sagiv, Thurston, Bellinger, Amarasiriwardena, und Korrick (2012), Steinhausen (2016).

3.3.4. Psychosoziale Faktoren

Psychosoziale Faktoren scheinen nicht die primäre Ursache für eine ADHS zu sein, sondern haben Einfluss auf die Manifestation, Stabilität, Aufrechterhaltung und den Verlauf der Symptomatik. Häufig genannte Faktoren in der Literatur (aus Fegert & Kölch, 2013; Rietzler & Grolimund, 2016) sind:

- Gewalt in der Familie
- Medienkonsum (inkonsistente Befunde)
- Psychische Erkrankung eines Elternteils
- Geringer sozioökonomischer Status
- Unvollständige Familien
- Fremdplatzierung in einem Heim in der frühen Kindheit / frühe Deprivation
- Traumatische Erlebnisse
- Vernachlässigender Erziehungsstil

3.3.5. Komorbiditäten

Ein aktuelles Review von Gnanavel et al. (2019) zeigt, dass Kinder mit einer ADHS Komorbiditäten zwischen 60 und 100% aufweisen. Dies sollte uns im Arbeitsalltag stets bewusst sein (Merke: Komorbiditäten bei ADHS sind die Regel und selten die Ausnahme).

Häufige Komorbiditäten:

- ASS (Mayes et al., 2012: viele überlappende Symptome)
- Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens (inkl. oppositionellem Verhalten)
- Tic-Störungen
- Im Jugendalter zudem häufig Angststörungen und affektive Störungen (Fegert & Kölch, 2013)
- Zwangsstörungen aufgrund Störung der Inhibitionsfähigkeiten (Brown, 2018)
- Selbstverletzendes Verhalten (Balazrs et al., 2018)
- Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (Vgl. 4.2.2. Erkenntnisse aus den Interviews)

3.4. Prävalenz

Hyperkinetische Auffälligkeiten zählen zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter (Döpfner & Schürmann, 2017). Darüber hinaus sind die Kernsymptome der ADHS, nach oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen, die in klinischen Stichproben am häufigsten vorliegenden Einzelsymptome (Döpfner & Banaschewski, 2013). Die aufgrund weltweit durchgeführter Studien ermittelte durchschnittliche Prävalenzrate der ADHS liegt gemäss einer Metaregressionsanalyse aus dem Jahr 2007 bei 5.29 Prozent, wobei diejenige für Europa mit 4.6 Prozent etwas unter diesem Durchschnitt liegt (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2015 zeigte sich demgegenüber eine weltweite Prävalenz von 3.4 Prozent (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Während in erstere allerdings nur Studien einbezogen wurden, welche lediglich ADHS untersuchten, beinhaltete letztere ausschliesslich Studien, welche mehrere Diagnosen untersuchten. In der deutschlandweit durchgeführten, umfassenden KiGGS-Studie wiesen 4.8 Prozent aller befragten Kinder und Jugendlichen eine diagnostizierte ADHS auf, wobei sich altersabhängige Unterschiede zeigten. Während im Alter von drei bis sechs Jahren 1.5 Prozent aller Kinder eine solche Diagnose hatten, waren es bei den sieben bis zehn Jahre alten Kindern 5.3 Prozent, bei den 11- bis 13-Jährigen 7.1 Prozent und bei den Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren 5.6 Prozent (Schlack, Hölling, Kurth, & Huss, 2007). Während somit insgesamt ungefähr fünf Prozent aller Kinder deutlich ausgeprägte hyperkinetische Störungen aufweisen, lassen sich leichtere Auffälligkeiten bei weitaus mehr Kindern feststellen (Döpfner & Schürmann, 2017). So wurden in der KiGGS-Studie von den Kindern und Jugendlichen ohne ADHS-Diagnose 4.9 Prozent durch ihre Eltern als auffällig bezüglich der Kernsymptome einer ADHS eingeschätzt. Eingeteilt in die verschiedenen Altersgruppen zeigte sich dabei ein ähnliches Bild wie bei denjenigen Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierter ADHS. Während sich im Vorschulalter ein Anteil von sechs Prozent zeigte, waren es für die Kinder im Primarschulalter 6.4 Prozent, für die Gruppe der 11- bis 13-Jährigen fünf Prozent und für diejenige der 14- bis 17-Jährigen 2.8 Prozent (Schlack et al., 2007). Auch in einer weiteren, in ganz Deutschland durchgeführten Studie, bei welcher Eltern von Kindern im Alter zwischen vier und zehn Jahren über deren Verhalten befragt wurden, zeigte sich ein ähnliches Bild. Während zehn Prozent aller Eltern von Jungen dieses Alters angaben, dass ihr Kind sehr unruhig sei und nicht stillsitzen könne, wurde dies von 7.5 Prozent aller Eltern von Mädchen berichtet. Darüber hinaus nahmen 33 bis 40 Prozent aller Eltern bei ihren Kindern eine gelegentlich vorhandene Unruhe war. Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass sich durchschnittlich in jeder Schulklasse mindestens ein Kind mit einer diagnostizierten ADHS findet, oftmals jedoch mehrere Kinder zumindest in einem geringen Ausmass von diesen Schwierigkeiten betroffen sind (Döpfner & Schürmann, 2017).

Darüber hinaus weisen Studien auf einen Zusammenhang zwischen dem relativen Einschulungsalter respektive der relativen Altersposition eines Kindes im Klassenverband und der Wahrscheinlichkeit des Erhalts einer ADHS-Diagnose hin (Gawrilow, 2016). Zur Vergabe der Diagnose ADHS müssen deren Kernsymptome gemäss den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 (WHO, 2004) und DSM-5 (APA,

2013; deutsche Version 2015) in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorliegen, weshalb das Kind von den Lehrpersonen meistens mit seinen Mitschülerinnen und Mitschülern verglichen wird (Rietzler & Grolimund, 2016). Da bei Kindern mit einem Anstieg ihres Alters auch ihre Fähigkeit zur Selbststeuerung zunimmt (Rietzler & Grolimund, 2016), werden folglich die jüngeren Kinder einer Klasse gegenüber den älteren an einem strengeren Referenzrahmen gemessen. So konnte in Studien gezeigt werden, dass bei jüngeren Kindern einer Klasse eine grössere Wahrscheinlichkeit für den Erhalt einer ADHS-Diagnose besteht (Elder, 2010; Morrow et al., 2012; Wuppermann, Schwandt, Hering, Schulz, & Bätzing-Feigenbaum, 2015). Das beschriebene Phänomen tritt insbesondere in den ersten drei Primarschuljahren am häufigsten auf (Gawrilow, 2016). Umgekehrt konnte von Evans, Morrill und Parente (2010) gezeigt werden, dass Kinder, welche nach dem Stichtag Geburtstag haben und somit im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern bei der Einschulung etwas älter sind, signifikant seltener die Diagnose ADHS und eine entsprechende Behandlung erhalten. Gemäss Gawrilow (2016) können jedoch bislang keine Aussagen darüber gemacht werden, ob Kinder bei einer um ein Jahr verzögerten im Vergleich zu einer regulären Einschulung eine geringere Wahrscheinlichkeit für den Erhalt einer ADHS-Diagnose aufweisen. Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses wird sowohl bei ausgeprägten wie auch bei in einem geringeren Ausmass vorhandenen Auffälligkeiten davon ausgegangen, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen zu einem grösseren Anteil davon betroffen sind. So zeigte sich in der KiGGS-Studie mit 7.9 Prozent zu 1.8 Prozent ein signifikant höherer Anteil an Jungen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten ADHS im Vergleich zu demjenigen der Mädchen. Ein solch signifikanter Geschlechtsunterschied konnte darüber hinaus in allen Altersklassen gefunden werden. Dasselbe Bild zeigte sich auch in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen ohne diagnostizierter ADHS, jedoch mit diesbezüglich eingeschätzten Auffälligkeiten durch die Eltern, indem die Jungen im Vergleich zu den Mädchen ebenfalls über alle Altersklassen hinweg zu einem signifikant höheren Anteil als auffällig eingeschätzt wurden (Schlack et al., 2007). Insgesamt zeigten sich über verschiedene Studien hinweg Geschlechterverhältnisse von 2:1 bis 6:1, wobei der grössere Anteil immer derjenige der Jungen war (Gawrilow, 2016). Somit kann davon ausgegangen werden, dass ADHS bei Jungen im Vergleich zu Mädchen mindestens zwei- respektive dreimal häufiger auftritt (Döpfner & Banaschewski, 2013; Döpfner & Schürmann, 2017; Hering, Schulz, Wuppermann, & Bätzing-Feigenbaum, 2014). Darüber hinaus konnte in Studien gezeigt werden, dass die Diskrepanz zwischen den beiden Geschlechtern in klinischen Populationen gegenüber Schulklassen massgeblich höher ist. Daraus lässt sich schliessen, dass Jungen gegenüber Mädchen öfter die Diagnose ADHS erhalten und sich deswegen in Behandlung befinden. Umgekehrt bedeutet dies auch, dass Mädchen mit ADHS eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, Diagnostik und Therapie zu erhalten. Für die jedoch auch in Schulklassen festzustellende Geschlechterdiskrepanz werden folgende Erklärungen diskutiert. Einerseits weisen Jungen aufgrund allgemeiner, psychologischer Geschlechterunterschiede insgesamt eine stärkere Ausprägung an hyperaktiv-impulsivem Verhalten auf. Aufgrund dessen sind die Mädchen auch bei Kindern mit einer ADHS weniger hyperaktiv-impulsiv im Vergleich zu den Jungen und zeigen somit

weniger direkt beobachtbares auffälliges Verhalten. Andererseits deuten Befunde darauf hin, dass Mädchen mit einer ADHS im Vergleich zu Jungen mit derselben Störung häufiger dem rein unaufmerksamen Typus angehören. Da die Auffälligkeiten im Bereich der Unaufmerksamkeit für das jeweilige Umfeld weniger störend sind als diejenigen in den Bereichen Hyperaktivität und Impulsivität, fallen diese Mädchen sowohl zu Hause wie auch im Klassensetting weniger auf. Folglich wird die Störung bei Mädchen im Vergleich zu Jungen seltener erkannt und oftmals erst im Jugend- oder Erwachsenenalter diagnostiziert und behandelt, wenn sich beispielsweise aufgrund der Unaufmerksamkeit massgebliche Schwierigkeiten in Schule, Ausbildung oder Studium zeigen. Es kann jedoch auch vorkommen, dass es bei gewissen Personen nie zu einer Diagnostik und Behandlung kommt (Gawrilow, 2016). Als weitere mögliche Erklärung für die vorhandenen Geschlechterdifferenzen werden in der Literatur auch geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der sich zeigenden Symptomatik diskutiert. So kichern und reden Mädchen mit ADHS typischerweise übermässig viel, schreiben Mitteilungen oder Briefchen, anstatt sich auf den Unterricht zu konzentrieren, reden ohne nachzudenken, wechseln impulsiv und ohne nachzudenken Freunde, wechseln impulsiv Themen in einer Unterhaltung, reden und flüstern im Unterricht, anstatt sich auf diesen zu konzentrieren, malen und kritzeln während des Unterrichts und sind vergesslich bei sozialen Aktivitäten, was somit in den Diagnosekriterien der ICD-10 (WHO, 2004) oder des DSM-5 (APA, 2013; deutsche Version 2015) nicht akkurat widerspiegelt wird (Ohan & Johnston, 2005). Schliesslich werden in der Literatur auch geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Komorbiditäten genannt (für einen Überblick über die Komorbiditäten bei ADHS vgl. Kapitel 3.3.5.). So zeigen Jungen häufiger externalisierende komorbide Störungen wie oppositionelle und aggressive Verhaltensweisen, während bei Mädchen häufiger internalisierende Komorbiditäten wie Angststörungen und Depressionen auftreten. Somit sind wiederum die Jungen diejenigen, welche für Aussenstehende auffälligeres Verhalten zeigen (Gawrilow, 2016).

3.5. Entwicklung über die Lebensspanne

Die Symptomatik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen verändert sich mit den Entwicklungsphasen, in welchen sich die Betroffenen befinden (Döpfner & Schürmann, 2017).

Bereits während der Schwangerschaft kann es zu einer vermehrten Aktivität der Föten im Mutterleib kommen (Gawrilow, 2016).

Auch im Säuglingsalter ist ein sehr hohes Aktivitätsniveau charakteristisch für das Vorliegen einer ADHS. Aufgrund des hohen psychophysiologischen Aktivierungsniveau stellen darüber hinaus Schlafprobleme, Fütterstörungen wie beispielsweise äusserst wählerisches Essverhalten, Nahrungsverweigerung oder die Einnahme von Nahrung nur beim Herumlaufen oder Spielen sowie Verdauungsprobleme und häufiges Schreien die typischerweise im ersten Lebensjahr auftretenden Besonderheiten dar. Infolge dieser Schwierigkeiten können gestörte Mutter-Kind-Interaktionen auftreten. Die genannten Auffälligkeiten sind allerdings keine notwendige Voraussetzung für das

Vorhandensein einer ADHS, da es auch Kinder mit einer solchen Diagnose gibt, die als Säuglinge gänzlich unauffällig waren. Ebenso wenig kann beim Vorliegen der beschriebenen Merkmale automatisch darauf geschlossen werden, dass die Säuglinge später eine ADHS entwickeln. Bei deutlich ausgeprägten Schwierigkeiten im Säuglingsalter, welche mit einer Überforderung der Eltern einhergehen, weisen die davon betroffenen Kindern allerdings ein erhöhtes Risiko für die spätere Entwicklung hyperkinetischer oder oppositioneller Verhaltensweisen auf. Vor dem dritten Lebensjahr ist die Diagnosestellung einer hyperkinetischen Störung jedoch meistens nicht möglich und auch zu diesem Zeitpunkt ist eine Abgrenzung noch sehr schwierig. In der Regel sind die ADHS-spezifischen Verhaltensauffälligkeiten jedoch spätestens im Alter von fünf bis sechs Jahren gut erkennbar (Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016).

Zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr sind allgemeine Anzeichen von motorischer Unruhe sowie extremer Umtriebigkeit die augenfälligsten Merkmale einer ADHS. Das ruhige und ausdauernde Spielen stellt für die betroffenen Kinder eine grosse Herausforderung dar. Bei vielen Kindern sind ausserdem starke Wutausbrüche sowie das Missachten von Grenzen und Anweisungen zu beobachten. Ebenso können sich auch Rückstände in der Entwicklung der Sprache, des körperlichen Bewegungsablaufes oder des freien Zeichnens zeigen. Da im Kindergarten die Anzahl an potenziellen Ablenkungsfaktoren grösser und die an das Kind gestellten Anforderungen möglicherweise höher sind als zu Hause, können sich dort die Besonderheiten in einem stärkeren Ausmass zeigen. Hinsichtlich des Umgangs mit Gleichaltrigen im Kindergarten hat sich gezeigt, dass sich Kinder mit einer ADHS in altershomogenen im Vergleich zu altersheterogenen Klassen besser zurechtfinden. Die hohe Impulsivität der betroffenen Kinder birgt darüber hinaus ein erhöhtes Unfallrisiko. Für die Eltern stellt das ungesteuerte Verhalten ihres Kindes oft eine erhebliche Belastung dar und erfordert von ihnen ein hohes Mass an Aufsicht und Geduld (Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016).

Mit dem Eintritt in die Primarschule können die im Vorschulalter aufgetretenen Auffälligkeiten aufgrund einer alterstypischen Reifung wieder verschwinden (Gawrilow, 2016). Im Falle einer ADHS nehmen die Schwierigkeiten aufgrund der durch das Schulsetting an die Kinder herangetragenen erhöhten Anforderungen an Ruhe, Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit jedoch grösstenteils merklich zu (Döpfner & Schürmann, 2017). Prisca Zulauf (vgl. Kapitel 4.2.2.10.) erachtet die schulbezogene Symptomatik als einen zentralen Bestandteil der Diagnostik und setzt die Abklärungstermine daher meist nach den Herbstferien der ersten Klasse an. Im Primarschulalter werden statistisch gesehen auch die meisten ADHS-Diagnosen vergeben (Gawrilow, 2016) (vgl. Kapitel 3.4.). Aufgrund von Unaufmerksamkeit und Lernstörungen zeigt sich bei den betroffenen Kindern häufig eine Beeinträchtigung ihrer schulischen Leistungen, wobei insbesondere Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Schreibens auftreten (Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016). Durch das Vorhandensein komorbider Lern- respektive Teilleistungsstörungen können diese Schwierigkeiten zusätzlich verstärkt werden (Gawrilow, 2016). Für die Familien stellt auch oftmals die Erledigung der Hausaufgaben eine grosse Herausforderung dar (Döpfner & Schürmann, 2017). Infolge der schulischen Schwierigkeiten kommt es bei den betroffenen Kindern häufig innert nicht allzu langer Zeit zu einem

Verlust der Freude am Lernen (Döpfner & Schürmann, 2017). In stark ausgeprägter Form können sie zudem auch Umschulungen zur Folge haben (Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016). Bei einigen Kindern kann darüber hinaus eine Zunahme aggressiver Verhaltensweisen beobachtet werden, wodurch es oftmals zu Ablehnungen durch die Mitschülerinnen und Mitschülern kommt (Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016). Allgemein weisen Untersuchungen zu Peerbeziehungen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit einer ADHS gegenüber Kindern, welche dieses Störungsbild nicht aufweisen, sozial weniger präferiert, weniger gemocht und häufiger abgelehnt werden. Zudem haben ADHS-Betroffene weniger dyadische Freunde und sind oftmals mit verhaltensauffälligen Kindern befreundet. Insgesamt gesehen fällt es Kindern und Jugendlichen mit ADHS somit schwerer, Freunde zu finden und diese Beziehungen aufrechtzuerhalten (Gawrilow, 2016). Darüber hinaus lässt sich bei gewissen Kindern auch ein Anstieg an Selbstwertproblemen feststellen (Döpfner & Schürmann, 2017). Mit Beginn der Pubertät ist in den meisten Fällen eine Verringerung der motorischen Unruhe beobachtbar. Als mögliche Erklärung dafür werden insbesondere Reifungsprozesse im Gehirn diskutiert. Ebenso ist im Jugendalter eine intraindividuelle Abnahme der Unaufmerksamkeit sowie der Impulsivität feststellbar, wobei diese im interindividuellen Vergleich jedoch häufig nach wie vor in einer stärkeren Ausprägung vorliegen. Im Falle eines günstigen Störungsverlaufs sind die von einer ADHS betroffenen Jugendlichen dennoch oftmals nicht mehr von Gleichaltrigen zu unterscheiden, auch wenn sie nach wie vor sehr lebhaft sind. Bei Betroffenen, die bereits in der Kindheit aggressive Verhaltensauffälligkeiten gezeigt haben, ist hingegen meist ein ungünstigerer Verlauf beobachtbar, indem sie im Jugendalter vermehrt dissoziale Verhaltensprobleme - zumeist in Form von Schule schwänzen, ausgeprägtem Lügen und Stehlen - entwickeln. Bei einigen Jugendlichen ist darüber hinaus eine stärkere Neigung zum Konsum von Nikotin sowie zum Alkohol- und Drogenmissbrauch beobachtbar. Die Konsequenz einer lang andauernden Verknüpfung der Schulsituation mit negativen Erlebnissen besteht darin, dass die davon Betroffenen über die Zeit hinweg eine starke Abneigung gegen alles, was mit schulischer Leistung in Verbindung steht, entwickeln. Oftmals spielt dabei auch die Angst vor weiteren Misserfolgserlebnissen eine wesentliche Rolle. In stark ausgeprägter Form können die Schwierigkeiten zu einem Wechsel der aktuellen Beschulungsform führen (Döpfner & Schürmann, 2017; Gawrilow, 2016).

Während bei einem Teil der Betroffenen ein Fortbestehen der im Jugendalter aufgetretenen Verhaltensschwierigkeiten bis ins Erwachsenenalter erkennbar ist, ist bei anderen mit dem Übergang ins Erwachsenenalter eine erneute Abnahme der Schwierigkeiten zu beobachten (Döpfner & Schürmann, 2017). Es wird davon ausgegangen, dass die Störung bei mindestens drei Viertel aller Kindern mit einer ADHS auch im Erwachsenenalter noch vorliegt (Gawrilow, 2016). Den ungünstigsten weiteren Verlauf weisen diejenigen von einer ADHS Betroffenen auf, bei denen es im Jugendalter zur Entwicklung von dissozialen Verhaltenssauffälligkeiten gekommen ist und die ihre schulische Laufbahn mit schwachen Leistungen beenden (Döpfner & Schürmann, 2017). Im Allgemeinen fällt ADHS-Betroffenen das Berufsleben jedoch deutlich leichter als die Schulzeit. Da die Wahl des Berufes anhand der individuellen Stärken erfolgen kann, erhöht sich einerseits die diesbezügliche Motivation und

andererseits steigt die Wahrscheinlichkeit für das Erbringen von guten Leistungen. Zudem sind gewisse schulische Anforderungen, welche ADHS-Betroffenen schwer fallen - wie beispielsweise still sitzen zu können - im Berufsleben von geringerer Relevanz (Rietzler & Grolimund, 2016).

3.6. Behandlungsmöglichkeiten

Die deutschen Leitlinien AWMF (2017) geben folgende Empfehlungen zu den Behandlungsmöglichkeiten der ADHS ab:

Bei Kindern, die die Kriterien einer ADHS-Diagnose nicht erfüllen oder noch nicht abgeklärt wurden und erhöht unruhig oder deutlich abgelenkt sind oder oppositionelles Verhalten zeigen, sollte bereits eine Beratung über angemessenes Erziehungsverhalten von Eltern und Lehrpersonen erfolgen. Dies schliesst sowohl Elterntrainings als auch Psychoedukation mit ein. Dasselbe wird auch für Kinder im Vorschulalter empfohlen. Im Kindergarten können zusätzlich entwickelte Programme für oppositionelles oder aggressives Verhalten eingesetzt werden. Trainings zur Einübung von Handlungsabläufen, Verbesserung von Spiel- und Beschäftigungsintensität und -ausdauer haben eine schwache Evidenz und sind alleine nicht ausreichend.

Vor dem Schulalter sollte eine Pharmakotherapie nur mit besonderer Vorsicht durchgeführt (wegen unzureichend vorhandener Evidenz) werden und nur dann, wenn alle nichtmedikamentösen Therapieoptionen ausgeschöpft sind.

Für Kinder und Jugendliche mit leichter bis moderater Funktionsbeeinträchtigung werden ebenfalls Elterntrainings, Psychoedukation und Beratung für die Eltern und die Schule empfohlen. Ergänzend kann eine kognitiv-behaviorale Intervention beim Kind / Jugendlichen (z.B. Selbstinstruktionstraining, soziales Kompetenztraining, organisatorische Fertigkeiten trainieren) durchgeführt werden. Solche Trainings alleine sind jedoch in der Regel nicht ausreichend. Falls bei moderater bis starker Einschränkung der Funktionsfähigkeit keine Pharmakotherapie durchgeführt wird (bspw. aufgrund der Nebenwirkungen, mangelnde Medikamenten-Adhärenz), wird dieselbe Vorgehensweise empfohlen. Im Schulalter wird eine Pharmakotherapie abhängig vom Schweregrad, der Präferenz der Betroffenen und der Wirksamkeit von im Vorfeld bereits durchgeführten Interventionen empfohlen. Bei moderater bis schwerer Symptomausprägung wird eine Pharmakotherapie bevorzugt, wenn diese nicht gegen die Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen ist. Medikamente der Wahl sind Stimulanzien (z.B. Methyplphenidat, Amfetamin), Atomoxetin oder Guanfacin. Dadurch kommt es unter anderem zu einer besseren Filterung und Verarbeitung einströmender Reize sowie einer verstärkten Kontrolle der Informationsübertragung im Gehirn (Janssen-Cilag, 2014). Weshalb Stimulanzien dabei eine Wirkung auf die ADHS-Symptome haben, konnte noch nicht vollumfänglich geklärt werden (Rietzler & Grolimund, 2016). Die Annahme, es herrsche eine «chemische Unausgeglichenheit» im Gehirn ist laut Brown (2018) falsch, da der ADHS kein Mangel an bestimmten Chemikalien zugrunde liegt. Vielmehr scheint das Problem in der Herstellung, Freisetzung und Verfügbarkeit von Botenstoffen / Neurotransmittern an den Synapsen zu sein. Psychopharmaka können Einfluss auf diese Prozesse nehmen.

Cannabis sollte hingegen zur Behandlung der ADHS nicht eingesetzt werden. Insgesamt sollten stets die folgenden Aspekte beachtet werden: Zulassungsstatus, erwünschte Wirkdauer und erwartetes Wirkprofil, die unterschiedlichen Profile der unerwünschten Nebenwirkungen, Vorliegen von Komorbiditäten, Umstände, die die Medikamenten-Adhärenz beeinträchtigen könnten (z.B. Stigmatisierung), Gefahr von Substanzmissbrauch, Präferenz der Sorgeberechtigten. Zu Beginn einer Pharmakotherapie sowie bei Dosierungsveränderungen ist eine engmaschige Überprüfung zentral.

Bei allen Altersgruppen wird empfohlen, dass Interventionsmethoden auf Grundlage der sozialen Lerntheorie basieren und man sich an die Vorgaben eines evaluierten und etablierten Trainingsmanuals hält. Generell gilt, dass Gruppentrainings besser evaluiert sind als Einzeltrainings. Gute Wirksamkeitsnachweise existieren bei den folgenden Therapieprogrammen: Erziehungsprogramme wie *Triple-P*, Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten *THOP*, *Wackelpeter und Trotzkopf* (Selbsthilfebuch für Eltern), Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten *PEP*.

Neurofeedback kann ergänzend bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren eingesetzt werden, jedoch nur, wenn dadurch keine andere, wirkungsvollere Therapie verzögert oder verhindert wird.

In Bezug auf Ernährung und sportliche Betätigung besteht Expertenkonsens darüber, dass alle Altersgruppen und ihre Angehörigen auf die Wichtigkeit von regelmässiger Bewegung und ausgewogener Ernährung hingewiesen werden sollten. Bei einzelnen Betroffenen kann ein Verzicht auf künstliche Farbstoffe oder Nahrungsergänzungsmittel hilfreich sein. Es existieren jedoch keine Befunde zu Langzeiteffekten und es kann möglicherweise zu Mangelerscheinungen kommen. Nach aktuellem Stand kann keine Empfehlung zur Gabe von Omega-Fettsäuren gemacht werden. Es sollte immer auch berücksichtigt werden, ob bestimmte Getränke oder Nahrungsmittel mit dem Verhalten zusammenhängen. Hierbei sollte ein Tagebuch geführt und allenfalls ein Ernährungsberater herangezogen werden.

⇒ Vgl. Kapitel 4.2.2. Erkenntnisse aus den Interviews

3.6.1. Konkrete Interventionen für zu Hause und in der Schule

Da die meisten Hilfen sehr spezifisch wirken, hängt gemäss Döpfner, Frölich und Wolff Metternich-Kaizman (2019a) der Entscheid, welche Massnahmen im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS getroffen werden sollen, davon ab, ob die Schwierigkeiten beim Betroffenen selbst, in der Familie oder in der Schule auftreten. Die Autoren fügen dazu als Beispiel an, dass nicht davon ausgegangen werden darf, dass eine Bewegungstherapie nebst ihrem Einfluss auf Koordinationsstörungen, auch eine Verringerung der ADHS-Symptome in der Schule zur Folge hat. Ebenso wenig gibt es einen Automatismus, dass in der Familie getroffene Massnahmen die Schwierigkeiten in der Schule vermindern oder umgekehrt. Um ADHS-Betroffene effektiv unterstützen

zu können, ist daher in den meisten Fällen eine Kombination von unterschiedlichen Interventionen notwendig.

In einem ersten Abschnitt wird darauf eingegangen, was betroffene Kinder und Jugendliche selbst in Bezug auf auftretende Schwierigkeiten unternehmen können. Während in einem zweiten Abschnitt eine Auswahl an zur Verfügung stehenden Möglichkeiten für Eltern präsentiert wird, werden in einem dritten Teil schulbezogene Interventionsmöglichkeiten aufgeführt.

3.6.1.1. Was kann das Kind respektive der Jugendliche tun?

Die folgenden Ratschläge nach Döpfner et al. (2019a) richten sich an Kinder und Jugendliche ungefähr ab dem zehnten oder elften Altersjahr, welche ihren Schwierigkeiten bezüglich Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer entgegenwirken möchten.

Als ersten Schritt raten Döpfner et al. (2019a), sich Klarheit über die eigenen Schwierigkeiten zu verschaffen. Die Kinder und Jugendlichen sollen sich Gedanken darüber machen, worin ihre Probleme genau bestehen und diese möglichst konkret aufschreiben.

Ein zweiter Schritt besteht darin, sich zu überlegen, ob man seine Probleme wirklich beheben möchte, indem man sich deren Vor- und Nachteile vor Augen führt. Im Falle dessen, dass eine Angelegenheit im Wesentlichen nur Nachteile mit sich bringt, sollte man sich zum Ziel setzen, diese zu verändern.

In einem dritten Schritt sollen Zwischenziele festgelegt und ein Plan erstellt werden. Wichtig ist, dass die Zwischenziele nicht zu hoch angesetzt werden und ihr Erreichen als Erfolg verbucht wird. Optimalerweise nimmt man sich für jeden Tag ein entsprechendes Tagesziel vor.

Viertens gilt es, den festgelegten Plan umzusetzen und sich dabei selbst zu beobachten. Um das eigene Ziel immer bewusst vor Augen zu haben, sind Gedächtnisstützen, beispielsweise in Form von Merkzetteln oder Zeichen hilfreich. Zur Überprüfung der Ziele schlagen Döpfner et al. (2019a) vor, sich jeden Tag aufzuschreiben, wie gut das entsprechende Tagesziel erreicht wurde.

Als fünften Schritt empfehlen Döpfner et al. (2019a), sich bei Erreichung der Tagesziele zu loben – selbst wenn es sich dabei nur um ein kleines Zwischenziel handelt – und sich neue Ziele zu setzen. Im Falle einer Nichterreichung eines Tagesziels ist es wichtig, nicht gleich aufzugeben, sondern sich für dessen Erreichung am nächsten Tag zu motivieren und zu ermutigen. Bei Erreichung eines wichtigen Zwischenziels schlagen Döpfner et al. (2019a) darüber hinaus vor, sich als Belohnung etwas Gutes zu tun.

Als letzter Ratschlag nennen Döpfner et al. (2019a), an der Erreichung der eigenen Ziele festzuhalten und insbesondere beim Erleben von Misserfolgen nicht aufzugeben. In diesem Zusammenhang ist jedoch auch wichtig, dass Ziele ausgewählt werden, welche tatsächlich erreicht werden können. Gemäss den Autoren kann es somit durchaus auch Sinn machen, im Falle einer Nichterreichung eines Ziels, ein leichter zu erreichendes auszuwählen.

3.6.1.2. Was können Eltern tun, um ihr Kind zu unterstützen (Elternarbeit)?

Beim Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten in der Familie, ist es wichtig, dass es in diesem System zu Veränderungen kommt. Folgende acht Grundprinzipien gemäss Döpfner et al. (2019a) können für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS hilfreich sein.

Als Erstes weisen Döpfner et al. (2019a) in Übereinstimmung mit Rietzler und Grolimund (2016) darauf hin, dass die Eltern darauf achten sollen, ihre eigenen Bedürfnisse nicht zu vernachlässigen. So legen Döpfner et al. (2019a) den Eltern nahe, sich Gedanken darüber zu machen, wie sie sich selbst etwas Gutes tun können, was ihnen zu Entspannung verhelfen könnte und auf welche Weise sie sich entlasten können, um wieder Kraft für das Zusammenleben mit ihrem Kind zu schöpfen. Döpfner et al. (2019a) geben diesbezüglich auch den Ratschlag, sich mit dem anderen Elternteil oder weiteren Personen wie beispielsweise den Grosseltern in den Aufgaben der Erziehung abzuwechseln. Rietzler und Grolimund (2016) plädieren für das Prinzip der Selbstfürsorge beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Hausaufgabensituation, indem sie den Eltern raten, sich bewusst Gedanken darüber zu machen, welche minimalen Voraussetzungen vonseiten des Kindes für die eigene Bereitschaft zur Hilfe erfüllt sein müssen und dem Kind nur bei deren Erfüllung zu helfen. Wenn dies auf eine einfühlsame, wertschätzende, aber dennoch konsequente Art geschieht, lernt das Kind, die Bedürfnisse seiner Eltern und somit auch anderer Menschen zu respektieren.

Als zweites Grundprinzip wird von Döpfner et al. (2019a) genannt, dass die Eltern nicht anstreben sollen, perfekt zu sein, sondern einen entspannten Umgang mit Fehlern in der Erziehung pflegen sollen. In diesem Sinne ist auch der Umgang mit den von ihnen postulierten Grundprinzipien gemeint. Um dennoch im Alltag vom eigenen Erfahrungsschatz, welchen man im Zusammenleben mit dem Kind über Jahre hinweg aufgebaut hat, profitieren zu können, schlagen Born und Oehler (2021) vor, schriftlich festzuhalten, welche Interventionen sich in schwierigen Situationen als hilfreich und welche sich als erfolglos erwiesen haben. Diesbezüglich bietet sich auch ein Austausch mit anderen in die Erziehung des Kindes involvierten Personen an.

Drittens gilt es gemäss Döpfner et al. (2019a), die positive Beziehung zum eigenen Kind zu stärken. Da die Eltern-Kind-Beziehung häufig derart stark belastet ist, dass die positiven Anteile und Erfahrungen sowohl von den Eltern als auch vom Kind kaum noch wahrgenommen werden, ist es zentral, sich als Eltern zu bemühen, dass diese wieder stärker zum Vorschein kommen. Born und Oehler (2021) geben diesbezüglich den Ratschlag, in einem ersten Schritt zwei Wochen lang bewusst auf die eigenen Verhaltensweisen gegenüber dem Kind zu achten und sowohl die Anzahl positiver wie auch negativer an das Kind gerichteten Rückmeldungen auf einer Strichliste festzuhalten. Dies gilt sowohl für verbale, als auch für nonverbale Äusserungen. In der zweiten Woche sollen sich die Eltern gemäss den Autoren zusätzlich jeden Tag aufschreiben, welche positiven Qualitäten sie an ihrem Kind wahrgenommen haben. Döpfner et al. (2019a) schlagen diesbezüglich beispielsweise auch vor, sich als Eltern bewusst vor Augen zu halten, welche Alltagssituationen mittlerweile besser oder gar reibungslos gelingen im Vergleich zu früher. Mögliche wünschenswerte Konsequenzen dieser Übungen können gemäss Born

und Oehler (2021) beispielsweise sein, dass die Eltern gegenüber ihrem Kind aufmerksamer sind und dessen positiven Anteile wieder mehr wahrnehmen, ihnen unterschiedliche Formen der positiven Zuwendung bewusst werden, sich das Verhältnis der positiven gegenüber den negativen Rückmeldungen aufgrund der erhöhten Selbstkontrolle verbessert, das Kind als Reaktion darauf möglicherweise ebenfalls positivere Verhaltensweisen zeigt, bewusst die Erfahrung gemacht werden kann, dass es auch schöne Zeiten mit dem Kind gibt oder dass die Eltern Entlastung erfahren, indem sie sehen, dass ihre positiven gegenüber den negativen Rückmeldungen - möglicherweise entgegen der eigenen Annahme - überwiegen. Als nächster Schritt wird von Born und Oehler (2021) vorgeschlagen, während weiteren zwei Wochen die Frequenz der positiven Zuwendungen gegenüber dem Kind bewusst zu erhöhen. In diesem Zusammenhang ist gemäss Born und Oehler (2021) sowie Döpfner et al. (2019a) auch das Wertschätzen von vermeintlichen Selbstverständlichkeiten wichtig. Die Eltern sollen sich immer wieder bewusst in Erinnerung rufen, dass ihr Kind aufgrund der ADHS in vielen alltäglichen Situationen eingeschränkt ist und es für die Bewältigung von Anforderungen, welche für andere vielleicht mit einem geringen Energieaufwand gemeistert werden können, wesentlich mehr Kraft und Anstrengung aufbringen muss. Die Eltern sollen ihrem Kind deshalb bei jeder sich dafür bietenden Gelegenheit etwas Nettes sagen und ihm rückmelden, wenn sie sich über etwas freuen sowie ihm zeigen, dass sie es mögen. Auch das Verbringen von gemeinsamer Zeit, in welcher man - unabhängig von erwünschtem Verhalten oder vorausgegangenen Leistungen - bewusst Interesse am Kind zeigt, mit ihm spielt oder andere erfreuliche Aktivitäten unternimmt, ist für eine positive Eltern-Kind-Beziehung essentiell (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019a). Das Kind soll bei der von ihm gewünschten Tätigkeit weitgehend die Führung übernehmen dürfen (Born & Oehler, 2021). Döpfner et al. (2019a) weisen darüber hinaus darauf hin, dass das Ziel im Alltag nicht darin bestehen soll, möglichst viel Zeit mit dem Kind zu verbringen, sondern darauf zu achten, dass es möglichst häufig zu einem gemeinsamen angenehmen Erlebnis kommt, auch wenn dieses nur ein paar Minuten andauert. Auf die Stärkung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung wird im Kapitel Ressourcen und deren Aktivierung noch vertiefter eingegangen.

Viertens gilt es gemäss Döpfner et al. (2019a) sowie Born und Oehler (2021) konkrete, positiv formulierte Regeln aufzustellen, die vom Kind befolgt werden sollen. Da sich Kinder und Jugendliche mit einer ADHS im Vergleich zu Gleichaltrigen weniger gut selbst steuern können, benötigen sie von ihren Eltern mehr Lenkung. Konsequent angewandte Regeln stiften Halt, Orientierung und Sicherheit (Döpfner et al., 2019a). Döpfner et al. (2019a) schlagen vor, als Eltern gemeinsam die wichtigsten Familienregeln aufzustellen und diese mit dem Kind zu besprechen. Je älter das Kind ist, desto aktiver soll es in den diesbezüglichen Prozess miteinbezogen werden. Für das Erleben von Erfolgen im Alltag und einer damit einhergehenden Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Kindes und der Eltern, ist es zentral, nur realistische Regeln aufzustellen, die auch eingehalten werden können (Born & Oehler, 2021). Ebenso gilt es, anstatt viele, inkonsequent angewandte Regeln aufzustellen, sich auf wenige Regeln zu konzentrieren und deren Einhaltung dafür bewusst einzufordern (Döpfner et al., 2019a).

Vor dem Hintergrund, dass es ADHS-Betroffenen schwerer fällt, sich an vereinbarte Regeln zu halten, sie jedoch auch besonders stark auf Lob ansprechen, plädieren sowohl Rietzler und Grolimund (2016) als auch Döpfner et al. (2019a) in einem fünften Grundprinzip dafür, das eigene Kind für die Einhaltung der Familienregeln oder anderweitige positive Verhaltensweisen unmittelbar und regelmässig zu loben. So soll das Kind selbst bei kleinen positiven Veränderungen beispielsweise ein freundliches Nicken, ermunternde Worte oder ein kurzes Lächeln vonseiten der Eltern erhalten. Durch das Richten der Aufmerksamkeit auf die Fähigkeiten des Kindes wird gemäss Rietzler und Grolimund (2016) einerseits dessen Motivation und Selbstwirksamkeit erhöht und andererseits führt dies zu einer Weiterentwicklung dieser Stärken.

Als sechstes Grundprinzip legen Döpfner et al. (2019a) Eltern von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS nahe, konsequent zu sein. ADHS-Betroffene reagieren im Vergleich zu Gleichaltrigen kaum auf verzögerte oder nur gelegentlich erfolgende Konsequenzen. Die Eltern sollen daher gemeinsam mit anderen wichtigen Bezugspersonen für jede aufgestellte Regel überlegen, welche Konsequenz im Falle deren Nichtbeachtung resultieren soll und diese in solchen Situationen immer unmittelbar auf das problematische Verhalten des Kindes oder des Jugendlichen ziehen. Rietzler und Grolimund (2016) weisen in diesem Zusammenhang auf die Wichtigkeit hin, Kritik konstruktiv anzubringen. So soll sich die negative Rückmeldung einerseits auf das spezifische Verhalten des Kindes und nicht verallgemeinert auf seine Person beziehen und andererseits soll sie in Form einer positiven Anweisung formuliert werden, indem dem Kind mitgeteilt wird, welches Verhalten von ihm zukünftig in einer spezifischen Situation gewünscht wird.

Siebtens ist es gemäss Döpfner et al. (2019a) sowie Born und Oehler (2021) hilfreich, als Eltern zu versuchen, potenziell auftretende Schwierigkeiten vorherzusehen. Nach der Identifikation solcher potenziell konfliktreichen Situationen, schlagen Born und Oehler (2021) den Eltern vor, diese auf eine solche Weise umstrukturieren zu versuchen, dass das Problemverhalten gar nicht erst möglich ist und erwünschtes Verhalten gezeigt werden kann. In diesem Zusammenhang kann es gemäss den Autoren auch von Nutzen sein, bewusst auf Ausnahmen, in welchen das Kind das schwierige Verhalten nicht zeigt, zu achten und die potenziell schwierigen Situationen dann gemäss diesen Rahmenbedingungen zu gestalten. Ebenso schlagen die Autoren vor, die Situationen so zu planen, dass die dem Kind zur Verfügung stehenden Freiräume möglichst gering sind, indem beispielsweise die Zeitgrenzen in der Morgensituation relativ eng gesteckt werden. Darüber hinaus kann es gemäss Born und Oehler (2021) manchmal hilfreich sein, dem Kind nicht Aufträge zu geben, die es erledigen muss, sondern ihm zu sagen, dass man bei der Erledigung gewisser Tätigkeiten seine Hilfe benötigt, wenn man beispielsweise weiss, dass das Kind hilfsbereit ist. Eine weitere Strategie zur Veränderung von Situationen, welche mit dem eigenen Kind besonders oft problematisch verlaufen, besteht gemäss Born und Oehler (2021) sowie Döpfner et al. (2019a) darin, diese mit ihm in einem ruhigen Moment zu besprechen. Das Kind darf dabei seinem Alter entsprechend auch eigene Vorschläge zur Veränderung der Situation machen (Born & Oehler, 2021). Zudem sollen klare Konsequenzen für den Fall, dass sich das Kind an die Vereinbarung hält und für den Fall, dass es ihm misslingt, festgelegt werden (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al.,

2019a; vgl. Grundprinzip sechs). Darüber hinaus soll mit dem Kind auch vereinbart werden, welche Hinweissignale vonseiten der Eltern ankündigen, dass die getroffenen Vereinbarungen nun zum Zug kommen (Born & Oehler, 2021). Born und Oehler (2021) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass beim Stellen von Aufforderungen Folgendes beachtet werden sollte, damit diese vom Kind auch wahrgenommen werden. Einerseits sollten sich die Eltern zum Auffordern auf die Höhe des Kindes begeben und ihm dabei in die Augen sehen. Andererseits ist es wichtig, die Aufforderungen mit einer ruhigen, gelassenen Stimme sowie mit wenigen, klaren Worten vorzubringen. Zusätzlich kann das Kind dabei beispielsweise an der Schulter berührt oder ruhig bei der Hand genommen werden. Darüber hinaus kann es sich auch als hilfreich erweisen, beim Kind zu verweilen, bis es mit der geforderten Tätigkeit begonnen oder diese beendet hat. Schliesslich soll mit dem Kind auch vereinbart werden, dass nach einer oder spätestens zwei Wochen wieder mit ihm zusammen geschaut wird, wie es die vereinbarten Regeln umsetzen konnte und ob allenfalls Veränderungen notwendig sind (Born & Oehler, 2021). Als letztes Grundprinzip gilt es gemäss Döpfner et al. (2019a) sowie Born und Oehler (2021), in Konfliktsituationen gegenüber dem Kind möglichst ruhig und gelassen, jedoch auch klar und bestimmt aufzutreten sowie zu versuchen, die Übersicht und einen inneren Abstand zu bewahren. Ebenso ist es in solchen Situationen gemäss Born und Oehler (2021) hilfreich, sich nicht auf Diskussionen bezüglich der vereinbarten Regeln einzulassen oder diese dem Kind mittels Argumente versuchen verständlich zu machen, sondern das Kind lediglich daran zu erinnern, dass es sie und die daraus resultierenden Konsequenzen kennt. In diesem Zusammenhang schlagen die Autoren auch vor, das Kind selber entscheiden zu lassen, ob es die Aufforderung befolgen möchte oder ob es die resultierenden Konsequenzen für dessen Missachtung vorzieht. Um sicherzustellen, dass das Kind sich darüber im Klaren ist, dass es sich nun entscheiden muss, kann vonseiten der Eltern beispielsweise auch bis drei gezählt werden. Die vom Kind getroffene Entscheidung soll von den Eltern wortlos akzeptiert werden. Gemäss den Autoren können sich die Eltern dabei sowohl freuen, wenn sich das Kind für das Befolgen der vereinbarten Regel entscheidet, als auch dann, wenn es deren Missachtung und die daraus resultierenden Konsequenzen präferiert, da das Kind dann beispielsweise eine der Familie dienliche Arbeit erledigen muss. Mit einem solchen Vorgehen wird einerseits die Entstehung eines Machtkampfes vermieden und die Eltern können in Konfliktsituationen gelassener bleiben. Andererseits wird die Verantwortung für das eigene Handeln bis zu einem gewissen Grad an das Kind zurückgegeben und es lernt, die Konsequenzen für die getroffenen Entscheidungen zu tragen. Schliesslich kann es in Konfliktsituationen auch von Nutzen sein, auf eine vorgängig mit dem Kind besprochene Beruhigungszeit zurückgreifen zu können. Um die eigenen Emotionen in solchen Situationen wieder auf ein normales Niveau herunterregulieren zu können, kann es für Kinder mit einer ADHS hilfreich sein, sich für ungefähr fünf bis maximal zehn Minuten alleine in einen möglichst reizarmen Raum zurückziehen zu können. Falls es sich als schwierig erweisen sollte, das Kind in einem solchen Moment in das dafür vorgesehene Zimmer zu schicken, besteht vonseiten der Eltern auch die Möglichkeit, sich selbst für eine vereinbarte, kurze Zeit zurückzuziehen. Nach der Beruhigungszeit sollte sogleich die alltägliche Routine wieder aufgenommen werden, ohne dass dabei versucht wird, den Konflikt zu besprechen oder dessen Ursachen zu finden, da man sonst Gefahr läuft, sich wieder in einen neuen Konflikt zu verstricken. Falls man zum Schluss gekommen ist, dass neue Vereinbarungen getroffen werden sollten, soll dies zu einem späteren Zeitpunkt angegangen werden. Schliesslich weisen die Autoren darauf hin, dass die Beruhigungszeit von den Eltern bei Bedarf auch zu ihrer eigenen Emotionsregulation angewandt werden kann, wobei sie gleichzeitig als Modell für das Kind fungieren. In kritischen Situationen kann es für die Eltern nach Döpfner et al. (2019a) darüber hinaus hilfreich sein, sich vor Augen zu halten, dass das Kind oder der Jugendliche eine Beeinträchtigung hat, wodurch es ihm schwerfällt, wie Gleichaltrige zu reagieren.

3.6.1.3. Was kann die Schule tun, um das Kind zu unterstützen?

Kinder und Jugendliche mit ADHS in der Klasse zu unterrichten, erfordert von den Lehrpersonen viel Kraft und Ausdauer, da sie von ihnen Verhaltensweisen einfordern müssen, welche diesen besonders schwerfallen, wie beispielsweise über eine längere Zeit ruhig auf dem Platz sitzen zu bleiben oder sich auf eine von ungefähr 20 Personen im Raum zu fokussieren und alle anderen für gewisse Zeiten möglichst auszublenden. Hinzu kommt, dass in einer Klasse meistens mehrere Kinder einen erhöhten Bedarf an Unterstützung durch die Lehrperson haben und diese oftmals aufgrund ihrer zahlreichen Aufgaben nicht die Kapazität hat, auf die individuellen Bedürfnisse aller Kinder einzugehen (Döpfner et al., 2019a). Die folgenden Hinweise orientieren sich daher am von Döpfner et al. (2019a) vorgeschlagenen Grundprinzip, zunächst Hilfen auf der Klassenebene anzubieten, bevor individuelle Hilfen für das einzelne Kind zum Einsatz kommen, wobei solche in den meisten Fällen jedoch dennoch notwendig sind.

Als erstes Grundprinzip legen Döpfner et al. (2019a) Lehrpersonen von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS - äquivalent zum Ratschlag für die Eltern - nahe, die Übersicht zu behalten. Um in schwierigen Situationen einen professionellen inneren Abstand zu bewahren und ruhig reagieren zu können, raten die Autoren, sich in solchen Momenten bewusst vor Augen zu halten, dass der betreffende Schüler oder die betreffende Schülerin an einer organisch mitbedingten Beeinträchtigung gewisser Fähigkeiten leidet und daher auf spezielle pädagogische Unterstützung und Förderung angewiesen ist. In Übereinstimmung zur Empfehlung von Döpfner et al. (2019a) für die Eltern, raten Born und Oehler (2021), Gawrilow (2016) und Lauth (2014) den Lehrkräften darüber hinaus, es möglichst gar nicht erst zu solchen Situationen kommen zu lassen, indem potenziell auftretende Probleme vorhergesehen und mittels aktiver Steuerung zu verhindern versucht werden. Ebenfalls in Äquivalenz zum Ratschlag für die Eltern, soll in diesem Kontext vonseiten der Lehrpersonen auch darauf geachtet werden, realistische Erwartungen an die Schülerinnen und Schüler mit ADHS zu richten, die von diesen auch erfüllt werden können (Born & Oehler, 2021). Schliesslich raten Döpfner et al. (2019a) den Lehrkräften allerdings auch, nachsichtig mit sich selbst zu sein und nicht den Anspruch an sich zu stellen, stets pädagogisch fehlerfrei zu agieren.

Ein zweites Grundprinzip besteht gemäss Döpfner et al. (2019a) darin, die Zusammensetzung der Klasse zu überprüfen. Prinzipiell ist es hilfreich, wenn Kinder und Jugendliche mit einer ADHS in Klassen mit

einer möglichst geringen Schülerzahl sowie mit möglichst wenigen anderen Kindern mit einem erhöhten Bedarf an pädagogischer Unterstützung beschult werden können.

Drittens geben Döpfner et al. (2019a), Rietzler und Grolimund (2016) sowie Born und Oehler (2021) den Ratschlag, die Organisation des Klassenzimmers zu überprüfen. Es ist wichtig, dass Kinder und Jugendliche mit einer ADHS an einem ihren Bedürfnissen entsprechenden Platz sitzen können. Prinzipiell gilt dabei, dass es solchen Schülerinnen und Schüler entgegenkommt, in der Klasse relativ weit vorne zu sitzen, so dass potenzielle Ablenkungen möglichst geringgehalten werden können und sich die Lehrperson in der Nähe befindet. Ebenso sollte gemäss Döpfner et al. (2019a) sowie Born und Oehler (2021) darauf geachtet werden, dass ADHS-Betroffene nach Möglichkeit in der unmittelbaren Nähe von Kindern sitzen können, welche ihnen als gute Modelle dienen können und möglichst weit weg von anderen unruhigen Kindern. In einigen Fällen kann es auch förderlich sein, die Schülerin oder den Schüler für eine gewisse Zeit an ein Einzelpult zu setzen, wobei jedoch darauf zu achten ist, dass sich dieses nicht an einem Fenster befindet (Döpfner et al., 2019a). Döpfner et al. (2019a) sowie Born und Oehler (2021) weisen zudem darauf hin, dass ein Pult, welches frontal zum Tisch der Lehrperson sowie zur Tafel ausgerichtet ist, sich für Kinder und Jugendliche mit einer ADHS besser eignet, als ein Platz an einem Gruppentisch mit mehreren Kindern, bei welchem das Kind den Kopf drehen muss, um den Erklärungen der Lehrperson folgen zu können. Für stille Arbeiten hat sich darüber hinaus gemäss Rietzler und Grolimund (2016) der Einsatz eines Gehörschutzes als förderlich für die Konzentration von Kindern mit ADHS erwiesen. Schliesslich soll darauf geachtet werden, dass die Schülerin oder der Schüler nur diejenigen Materialien auf dem Pult hat, welche für die Bearbeitung der aktuellen Aufgabe benötigt werden (Born & Oehler, 2021).

Viertens gilt es gemäss Döpfner et al. (2019a), den Unterricht möglichst strukturiert und abwechslungsreich zu gestalten. Aufgrund ihrer Schwierigkeiten in der Selbststeuerung, sind Kinder und Jugendliche mit einer ADHS auf eine stärkere Aussensteuerung angewiesen. Somit fällt ihnen die Mitarbeit und die Konzentration auf den Lerninhalt bei einem strukturierteren Unterricht in der Regel leichter als bei Freiarbeiten (Döpfner et al., 2019a). Auch das Einbauen von Routinen erweist sich in diesem Zusammenhang als hilfreich (Born & Oehler, 2021). Lauth (2014) rät den Lehrpersonen zudem, von den Schülerinnen und Schülern mit einer ADHS die Beteiligung am Unterricht einfühlend einzufordern, indem sie diese aktiv ansprechen und in den Unterricht einbeziehen, sofern sie sich nicht von sich aus daran beteiligen. Darüber hinaus werden die einzelnen Lerneinheiten gemäss Döpfner et al. (2019a) optimalerweise möglichst kompakt und kurz gestaltet. Auch der Einsatz von verschiedenen didaktischen Mitteln und die Durchführung unterschiedlicher Unterrichtsaktivitäten erleichtert ADHS-Betroffenen das Lernen, sofern dabei nicht zu viel Unruhe entsteht. Insbesondere bei jüngeren Kindern ist darüber hinaus gemäss Döpfner et al. (2019a) sowie Rietzler und Grolimund (2016) das Einbauen von kurzen Bewegungsphasen zu empfehlen.

In einem fünften Grundprinzip plädieren sowohl Döpfner et al. (2019a) wie auch Born und Oehler (2021) dafür, die positive Beziehung zum Kind zu stärken. Wie die Eltern-Kind-Beziehung ist auch oftmals die Lehrer-Schüler-Beziehung derart belastet, dass die positiven Anteile und Erfahrungen

sowohl vonseiten der Lehrpersonen als auch vonseiten des Kindes oder des Jugendlichen kaum noch erkannt werden (Döpfner et al., 2019a). Da Kinder und Jugendliche mit einer ADHS in der Regel jedoch sehr sensibel sind und wahrnehmen, ob ihnen die Lehrperson Wertschätzung oder Ablehnung entgegenbringt, ist es von Bedeutung, die positiven Anteile der Lehrer-Schüler-Beziehung wieder präsenter werden zu lassen (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019a). Döpfner et al. (2019a) geben diesbezüglich den Ratschlag, sich bewusst diejenigen Situationen im Unterricht vor Augen zu führen, welche gut gelingen oder bei welchen im Vergleich zu früher eine Verbesserung eingetreten ist. Auch das Wertschätzen von vermeintlichen Selbstverständlichkeiten ist in diesem Zusammenhang wichtig. Dafür ist es hilfreich, sich immer wieder bewusst in Erinnerung zu rufen, dass dem Schüler oder der Schülerin aufgrund der ADHS viele schulische Anforderungen schwerfallen und im Vergleich zu Gleichaltrigen mit einem grösseren Energieaufwand verbunden sind. Döpfner et al. (2019a) legen den Lehrpersonen nahe, sich beispielsweise während der Pausenaufsicht oder am Ende des Unterrichts ein bis zwei Minuten Zeit zu nehmen, um den betreffenden Kindern oder Jugendlichen eine persönliche Rückmeldung zu positiven Verhaltensansätzen in ansonsten kritischen Situationen zu geben. Gemäss Born und Oehler (2021) zahlt sich eine gute Beziehung zwischen Lehrkraft und Schülerin oder Schüler in mehrfacher Weise aus. Einerseits wird sich das Kind im Hinblick auf sein Verhalten der Lehrperson zuliebe mehr anstrengen und andererseits wird auch seine Lernmotivation steigen.

Als sechstes Grundprinzip raten Döpfner et al. (2019a) und Gawrilow (2016) zu grösstmöglicher Transparenz sowohl zwischen Lehrperson und Eltern (vgl. Grundprinzip elf) als auch gegenüber der Klasse und den Eltern der Klassenkameraden. Da das Verhalten der ADHS-Betroffenen in den meisten Fällen auch bei ihren Mitschülerinnen und Mitschülern bereits negativ aufgefallen ist, erachten es Döpfner et al. (2019a) in der Regel als hilfreich, die Schwierigkeiten von Schülerinnen und Schülern mit ADHS nicht nur mit den Betroffenen selbst, sondern auch mit der ganzen Klasse zu thematisieren. Dazu schlagen die Autoren vor, die Symptome von ADHS-Betroffenen beispielsweise mit einer Sehbeeinträchtigung zu vergleichen und wie bei Letzteren mit einer Brille Abhilfe geschaffen werden kann, braucht es für Erstere ebenso spezifische Massnahmen wie etwa ein besonderer Sitzplatz. Wenn der Klasse deutlich gemacht werden kann, dass die Einschränkungen von ADHS-Betroffenen mit denjenigen anderer Kinder und Jugendlichen vergleichbar sind, trägt dies einerseits zu derer Entlastung bei und andererseits kann sowohl das Kind oder der Jugendliche als auch dessen Unterstützungsmassnahmen in ein positives Licht gerückt werden. Es sollte allerdings darauf geachtet werden, dass solche Gespräche von den Betroffenen nicht als beschämend wahrgenommen werden. Wie anfänglich erwähnt, ist es gemäss Gawrilow (2016) für das Schaffen von Verständnis für die bei einer ADHS typischerweise in der Schule auftretenden Schwierigkeiten darüber hinaus hilfreich, diese auch im Rahmen eines Elternabends zu thematisieren, wozu allenfalls auch Experten hinzugezogen werden können.

Siebtens gilt es - entsprechend dem Ratschlag für die Eltern - klare allgemein gültige Klassenregeln festzulegen, diese mit der Klasse zu besprechen und gut sichtbar im Klassenzimmer zu platzieren (Döpfner et al., 2019a; Gawrilow, 2016). Dabei ist gemäss Lauth (2014) und Gawrilow (2016) auf eine

positive Formulierung sowie eine Beschränkung auf maximal sechs Regeln zu achten. Döpfner et al. (2019a) weisen darauf hin, nur solche Regeln aufzustellen, deren Einhaltung und Kontrolle auch gewährleistet werden können. Des Weiteren soll festgehalten werden, welche positiven Konsequenzen bei deren Einhaltung und welche negativen Konsequenzen bei deren Missachtung erfolgen sollen. Mit Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS sollten maximal zwei weitere Sonderregeln, wie beispielsweise auf dem Platz sitzen zu bleiben, vereinbart werden, für deren Einhaltung auch spezifische Belohnungen erteilt werden können. Döpfner et al. (2019a) sind der Meinung, dass eine solche Sonderregelung in der Klasse auf Akzeptanz stossen wird, sofern die Schwierigkeiten von ADHS-Betroffenen im Vorfeld zum Thema gemacht wurden. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang auch, der Klasse nochmals aufzuzeigen, dass sich das betreffende Kind oder der betreffende Jugendliche für gewisse Verhaltensweisen in besonderem Masse anstrengen muss, während diese für Gleichaltrige mit einem geringen Energieaufwand verbunden sind. Somit erfolgt die zusätzliche Belohnung für das Aufbringen von vermehrter Anstrengung.

Vor dem bereits erwähnten Hintergrund, dass es ADHS-Betroffenen im Vergleich zu Gleichaltrigen schwerer fällt, sich an vereinbarte Regeln zu halten und sie kaum auf verzögerte oder gelegentlich erfolgende Konsequenzen reagieren, wird in einem achten Grundprinzip - ebenfalls in Übereinstimmung zum Ratschlag für die Eltern - darauf hingewiesen, die Schülerinnen und Schüler unmittelbar und regelmässig zu loben. Die Kinder und Jugendlichen sollten demnach von der Lehrperson nicht nur bei einer Missachtung der Regeln zur Verantwortung gezogen werden, sondern für jedes gezeigte positive Verhalten und insbesondere für die Einhaltung der vereinbarten Regeln ein Lob hören. Als Belohnung können auch Stempel-Bilder oder ein Token-System eingesetzt werden, wobei die gesammelten Punkte beispielsweise in eine Verlängerung der Pause, spezielle Spielzeit oder weniger Hausaufgaben eingetauscht werden können. Im Falle einer guten Zusammenarbeit mit dem Elternhaus können die Belohnungen auch in der Familie umgesetzt werden (Born & Oehler, 2021; Döpfner et al., 2019a; Gawrilow, 2016; Lauth, 2014).

Ebenfalls in Äquivalenz zu den Ratschlägen für Eltern plädieren Döpfner et al. (2019a), Gawrilow (2016) und Lauth (2014) dafür, konsequent zu sein. Entsprechend der soeben dargelegten Hinweise für die Reaktion im Falle positiven Verhaltens sollten auch negative Konsequenzen für die Bewirkung eines Lerneffekts möglichst unmittelbar und regelmässig auf das schwierige Verhalten erfolgen. Lauth (2014) empfiehlt dafür ein gestuftes Vorgehen. In einem ersten Schritt kann die Lehrperson eine Missachtung der Regeln mit missbilligenden Blicken quittieren, da die Störung so bestenfalls beendet werden kann, ohne die Mitarbeit der übrigen Schülerinnen und Schüler zu unterbrechen. Als zweiter Schritt kann die Schülerin oder der Schüler zunächst einmal, falls notwendig jedoch auch mehrmals, verbal ermahnt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass konstruktive und sich nur auf das Verhalten und nicht auf die Person beziehende Äusserungen gemacht werden. Erst als letzte Stufe sollten negative Konsequenzen wie beispielsweise die Verteilung von Arbeiten zum Wohle der ganzen Klasse erfolgen, wobei diese jedoch von kurzer Dauer sein sollten. Döpfner et al. (2019a) sind der Meinung, dass nicht erwartet werden sollte, dass Kinder Regeln aufgrund von Einsicht befolgen. Bei sich zeigenden

Schwierigkeiten, im Klassenverband geeignete und schnell anwendbare negative Konsequenzen zu finden, geben sie den Ratschlag, dass manchmal ein Punkte-Entzugs-Plan hilfreich sein kann. Darüber hinaus sollte gemäss Döpfner et al. (2019a) und Gawrilow (2016) die Möglichkeit vorhanden sein, die Schülerin oder den Schüler für kurze Zeit aus der Klasse zu schicken, um beispielsweise in einer Parallelklasse einer still zu erledigenden Tätigkeit nachzugehen.

Zehntens gilt es, Schülerinnen und Schüler ungefähr ab der vierten Primarklasse Selbstregulationsstrategien zu vermitteln, indem beispielsweise einige der unter dem Kapitel 3.6.2. angeführten Punkte mit dem Kind oder dem Jugendlichen erarbeitet werden und regelmässig eine Rückmeldung zu deren Umsetzung gegeben wird (Döpfner et al., 2019a; Gawrilow, 2016).

Schliesslich legen sowohl Lauth (2014) als auch Döpfner et al. (2019a) den Lehrpersonen in einem elften Grundprinzip nahe, einen regelmässigen Austausch zu den Eltern zu pflegen. In dessen Rahmen sollten die Erziehungsberechtigten über die Entwicklung ihres Kindes sowie dessen Erfolge ins Bild gesetzt werden sowie auftretende Schwierigkeiten möglichst frühzeitig und konkret besprochen werden. Die Ziele bestehen dabei im Erzeugen von einvernehmlichen Sichtweisen, der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungen hinsichtlich der auftretenden Probleme sowie im Treffen von Vereinbarungen. Oftmals treten zu Hause ähnliche Schwierigkeiten wie in der Schule auf. Aufgrund der im Unterricht deutlich erhöhten Anforderungen an Konzentration und Ausdauer, kann es jedoch auch vorkommen, dass sich Probleme nur in der Schule manifestieren oder diese sich dort in einem stärkeren Ausmass zeigen. Vonseiten der Schule sollte daher darauf geachtet werden, dass nicht eine Haltung eingenommen wird, welche von den Eltern als vorwurfsvoll wahrgenommen werden könnte und diese dazu veranlassen würde, sich schützend vor ihr Kind zu stellen, anstatt zu einer konstruktiven Lösungsfindung beizutragen (Döpfner et al., 2019a; Lauth, 2014). Hinsichtlich der oftmals auftretenden Schwierigkeit von fehlenden Hausaufgaben schlagen Born und Oehler (2021) den Lehrpersonen beispielsweise vor, die Eltern über die Hausaufgaben sowie Prüfungstermine direkt zu informieren, während sich diese im Gegenzug dazu verpflichten, dafür zu sorgen, dass ihr Kind seine Aufgaben vollständig erledigt. Allenfalls können in diesem Zusammenhang auch Absprachen über Anpassungen der Hausaufgaben zwischen Lehrperson und Eltern getroffen werden. Schliesslich weisen Döpfner et al. (2019a) darauf hin, dass beim Aufkommen der Frage, ob beim betreffenden Kind oder Jugendlichen eine therapeutische Begleitung sinnvoll wäre, dieses Thema mit den Eltern ebenfalls besprochen werden sollte.

3.6.2. Ressourcen und deren Aktivierung

Damit die Schulzeit für ADHS-Betroffene bei der oben beschriebenen grossen Wahrscheinlichkeit für auftretende Schwierigkeiten nicht von diesen dominiert wird, ist es von zentraler Bedeutung, den Blick auf ihre Ressourcen zu richten und diese zu stärken. Dafür ist es essenziell, dass ihnen sowohl zu Hause als auch in der Schule Wertschätzung entgegengebracht wird. Den Kindern und Jugendlichen soll ermöglicht werden, Erfolgserlebnisse zu haben, sich zugehörig zu fühlen und die Erfahrung machen zu

können, dass an sie und ihre Fähigkeiten geglaubt wird und ihnen zugetraut wird, eine erfüllte private und berufliche Zukunft zu haben. Sie sollen spüren können, dass sie eine Bereicherung für ihre Mitmenschen sind. Ebenso zentral für das Wohlbefinden von ADHS-Betroffenen ist auch das Verfügen über ausreichend Zeit, um ihren Interessen und Talenten nachgehen zu können (Rietzler & Grolimund, 2016).

Im nachfolgenden Abschnitt wird daher auf die typischerweise bei Betroffenen einer ADHS vorkommenden Stärken sowie deren Aktivierung und Unterstützung eingegangen.

Eine erste Stärke dieser Kinder und Jugendlichen besteht darin, dass sie Themen oder Tätigkeiten, an welchen sie interessiert sind, mit grosser Motivation und Ausdauer verfolgen und sich darin oftmals zu Spezialisten entwickeln (Rietzler & Grolimund, 2016).

Als weitere Stärke sind ADHS-Betroffene oftmals sehr fantasievoll und kreativ (Gawrilow, 2016; Lauth & Naumann, 2009; Rietzler & Grolimund, 2016). Gemäss Rietzler und Grolimund (2016) hilft die nach innen gerichtete Aufmerksamkeit den Kindern und Jugendlichen bei der Verarbeitung ihres Tages, der Entwicklung von neuen Ideen, dem Schmieden von Plänen sowie bei ihrer Abgrenzung. Zudem weisen die Autoren darauf hin, dass die Eigenschaft, sich die Zeit zu nehmen, um Ideen zu Ende zu denken und Visionen nachzugehen, anstatt diese sogleich als nicht realisierbar oder unvernünftig einzustufen und zu verwerfen, in verschiedenen Berufen hilfreich ist. Als Beispiel weisen die Autoren auf künstlerische oder gestalterische Berufsfelder oder die Tätigkeit als Unternehmer hin. Darüber hinaus zeigen Rietzler und Grolimund (2016) auf, dass die Fantasie dieser Kinder und Jugendlichen auch genutzt werden kann, um sie für unliebsame Arbeiten zu motivieren, da sie sich dazu sehr schlecht zwingen können. So kann beispielsweise das Aufräumen des eigenen Zimmers als Rollenspiel durchgeführt werden, da sich viele Kinder mit einer ADHS für solche begeistern lassen. Insgesamt können verträumte Kinder und Jugendliche somit gemäss Rietzler und Grolimund (2016) unterstützt werden, indem man sich auf ihre Fantasiewelt einlässt und sie dazu anleitet, die damit verbundenen Fähigkeiten zu nutzen, anstatt dagegen anzukämpfen.

Da sich hyperaktive Kinder und Jugendliche bewegen müssen, um ihren Körper zu entwickeln, zeichnen sie sich als weitere Stärke durch eine hohe körperliche Fitness, Freude an der Bewegung sowie einem häufig vorhandenen Talent für sportliche Aktivitäten aus (Lauth & Naumann, 2009; Rietzler & Grolimund, 2016).

Insbesondere impulsive Kinder und Jugendliche sind oftmals schlechte Verlierer. Gleichzeitig entwickeln sie eine sehr grosse Willensstärke, wenn sie sich etwas vorgenommen haben oder von einer Idee überzeugt sind. Für eigene Ideen, Ziele und Ideale einzustehen und diese mit grosser Beharrlichkeit zu verfolgen, sind weitere hilfreiche Qualitäten, um sich im Berufsleben durchsetzen zu können (Rietzler & Grolimund, 2016).

Kinder und Jugendliche mit einer ADHS sind zudem selten nachtragend und haben ein gutes Gespür für soziale Fairness, weshalb sie sich oftmals für ihre Freunde einsetzen und sich auch in schwierigen Situationen loyal zeigen (Gawrilow, 2016; Lauth & Naumann, 2009; Rietzler & Grolimund, 2016).

Darüber hinaus gaben Eltern und Lehrpersonen gemäss Gawrilow (2016) einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn sowie das Bedürfnis nach Harmonie als typischerweise bei Kindern mit einer ADHS vorkommende Stärken an.

Schliesslich gelten auch Spontaneität sowie ein Sinn für Situationskomik als charakteristisch für Kinder mit einer ADHS (Lauth & Naumann, 2009).

Um sich als Eltern die Stärken des eigenen Kindes bewusst vor Augen zu führen, schlagen Rietzler und Grolimund (2016) beispielsweise die Führung eines Stärke-Tagebuchs vor. Die Eltern sollen sich eine Woche lang bewusst auf positive Erlebnisse im Zusammenhang mit ihrem Kind konzentrieren, diese an jedem Tag aufschreiben und dem Kind schliesslich eine Rückmeldung zu seinen Stärken geben. Gemäss den Autoren können dadurch einerseits neue Aspekte am Kind wahrgenommen und andererseits auch die Erfahrung gemacht werden, dass sich die Stärken des Kindes durch die wachsende Aufmerksamkeit im Alltag häufiger zeigen und sich entwickeln (Rietzler & Grolimund, 2016). Zur weiteren Vertiefung der dadurch entdeckten oder nochmals ins Bewusstsein gerufenen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen sowie einer damit einhergehenden Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit dient darüber hinaus das aktive Bekunden von Interesse an den Kompetenzen des eigenen Kindes sowie deren Wertschätzung und Förderung. Rietzler und Grolimund (2016) schlagen dazu folgende Umsetzungsmöglichkeiten vor: Erste Anregungen bestehen darin, sich bewusst Zeit zu nehmen, um den Kindern oder Jugendlichen Fragen über ihr Interessensgebiet zu stellen, sich gewisse Sachverhalte erklären zu lassen oder sich ihre Begabungen respektive bestimmte, bei ihrem Hobby benötigte Techniken zeigen zu lassen. Ebenso geben die Autoren den Eltern den Ratschlag, mit ihrem Kind bei wichtigen Veranstaltungen bezüglich ihres Hobbys mitzufiebern, da durch das Teilen der eigenen Begeisterung mit anderen Menschen Nähe und Verbundenheit entsteht (Rietzler & Grolimund, 2016).

Eine weitere Möglichkeit, den Kindern und Jugendlichen für ihre Stärken Anerkennung zu gebühren, besteht auch darin, ihnen in ihren Kompetenzbereichen zu einem gewissen Anteil die Führung zu übergeben. So können die Eltern ihre Kinder beispielsweise einen dazu passenden Ausflug planen lassen oder ihnen die Verantwortung für die Organisation einer diesbezüglichen Veranstaltung überlassen (Rietzler & Grolimund, 2016).

Als weitere Anregung können Eltern gemeinsam mit ihrem Kind beispielsweise eine Schatzkiste mit Zeitungsartikeln zu seinem Interessensgebiet, einer entsprechenden Zeitschrift oder Erinnerungen an einen gemeinsamen Besuch einer diesbezüglichen Veranstaltung füllen (Rietzler & Grolimund, 2016). Förderlich ist darüber hinaus, das Kind oder den Jugendlichen mit Gleichgesinnten zu vernetzen, damit sie beispielsweise ihr Hobby in einem Verein ausleben können (Rietzler & Grolimund, 2016).

Des Weiteren halten Rietzler und Grolimund (2016) dazu an, als Erwachsene die Anliegen und Interessen der Kinder und Jugendlichen ernst zu nehmen. Wenn sich ein Kind beispielsweise für eine bessere Umwelt engagieren möchte, schlagen die Autoren vor, mit ihm zusammen zu überlegen, wie es dazu beitragen könnte. Das aktive Leisten eines Beitrages zu einer besseren Welt dient wiederum der Stärkung der Selbstwirksamkeit von Heranwachsenden (Rietzler & Grolimund, 2016).

Schliesslich weisen Rietzler und Grolimund (2016) darauf hin, dass auch eine in einem für die Familie umsetzbaren Ausmass aufgewendete finanzielle Unterstützung der Förderung der Interessen der Kinder und Jugendlichen dient, indem diese beispielsweise ihr Taschengeld für eine diesbezügliche grössere Anschaffung aufwenden können (Rietzler & Grolimund, 2016).

4. Praktischer Teil

4.1. Fragebogen

Eines der Ziele unserer Praxisforschungsarbeit besteht darin, Wissen und Erfahrungen der Beratenden auf den Erziehungsberatungsstellen in Bezug auf die Psychoedukation von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen zu sammeln. Um den Nutzen und die Wichtigkeit unserer Arbeit zu erhöhen, ist es uns zudem ein Anliegen zu erfahren, in welchen Bereichen und in welcher Form diesbezüglich auf den Erziehungsberatungsstellen noch Bedarf besteht. Diesen möchten wir in unserer Arbeit berücksichtigen und versuchen zu decken.

In unserem Berufsalltag fehlt uns oftmals die Kapazität, Interviews zu geben oder Fragebögen auszufüllen. Um trotzdem an möglichst zahlreiche Informationen zu gelangen, entschieden wir uns für das Erstellen eines schriftlichen Fragebogens, den wir anschliessend per Mail an alle deutschsprachigen Psychologinnen und Psychologen der Erziehungsberatungsstellen im Kanton Bern in Word-Form verschickten.

Zu Beginn des Fragebogens erkundigen wir uns nach der Berufserfahrung (Seit wie vielen Jahren bist du im Bereich der Erziehungsberatung / Schulpsychologie tätig?), um allfällige Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen weniger und sehr Erfahrenen finden zu können. Es folgen drei separat gestellte Fragen (a-c) bezüglich was sind bisher verwendete, hilfreiche Unterlagen / nützliche Formulierungen etc. für die Psychoedukation von AD(H)S gegenüber a) betroffenen Kindern und Jugendlichen, b) Angehörigen von AD(H)S-Betroffenen, c) Lehrpersonen von AD(H)S-betroffenen Kindern und Jugendlichen? Wir wollten ausserdem wissen, ob und welche Kinderbücher bei der Psychoedukation eingesetzt werden und welche Stolpersteine es bei der Psychoedukation von AD(H)S zu berücksichtigen gilt. Die zweitletzte Frage erfasst den Bedarf (Wo gibt es Lücken? Was für Unterlagen etc. wären für dich hilfreich, wenn du diese aus unserer Arbeit zur Psychoedukation bei AD(H)S beziehen könntest?) und bei der letzten (Sonstiges?) boten wir den Teilnehmern die Möglichkeit, weitere Aspekte, persönliche Kommentare oder Ähnliches zu nennen.

4.1.1. Qualitative Auswertung der Fragebogen

Wir erhielten zwölf ausgefüllte Fragebögen zurück. Die Erziehungsberatungsstellen Köniz und Spiez diskutierten die Fragen in einer gemeinsamen Teamsitzung und sendeten uns ihre Notizen zu. Michèle Luginbühl Affolter schickte uns ein von ihr erstelltes Dokument zu Unterstützungsmöglichkeiten bei ADHS zu.

Der Berufserfahrungs-Range reichte von der Assistenz bis zu 30 Berufsjahren im Erziehungsberatungs/ Schulpsychologischen Kontext. Bei der Durchsicht der einzelnen Fragebögen fiel auf, dass es
Unterschiede zwischen Mitarbeitenden mit viel und Mitarbeitenden mit weniger Erfahrung gibt: In der
Art wie die Beratungen gestaltet werden und worauf der Fokus gelegt wird sowie aufgrund der diversen
Wünsche an unsere Arbeit (vgl. Frage zum Bedarf). Aus diesem Grund haben wir zwei Gruppen

gebildet. Die Gruppe der weniger Erfahrenen enthält vor allem die Assistentinnen und jungen Berufseinsteigerinnen bis zu fünf Berufsjahren auf der Erziehungsberatung. Die Gruppe der Erfahrenen umfasst alle Mitarbeitenden mit sechs oder mehr Berufsjahren auf der Erziehungsberatung. Die Gruppe der Berufseinsteigerinnen wünschen sich vor allem konkrete Formulierungen, nützliche Darstellungen, anschauliche Materialien und Kinderbücher in Bezug auf die Psychoedukation von ADHS bei den verschiedenen Beteiligten. Die Gruppe der Erfahrenen wünscht sich eine Liste mit Links, Materialien für Kinder zum selber lesen und Lernstrategien / Tipps für Lehrpersonen. Beiden Gruppen gemeinsam ist der Wunsch nach Materialien für die Beratung zu ADS.

Nachfolgend findet sich zunächst eine Zusammenfassung der Vorgehensweisen hinsichtlich der Psychoedukation von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Anschliessend erfolgen Auflistungen der genannten Strategien bezüglich der Psychoedukation bei Angehörigen und bei Lehrpersonen. Abschliessend wird auf die von den EB-Mitarbeitenden genannten potenziellen Stolpersteine bei der Beratung eingegangen.

4.1.1.1. Psychoedukation bei Kindern und Jugendlichen

- den Kindern und Jugendlichen aufzeigen, dass jeder Mensch Stärken und Schwächen hat, niemand in allen Bereichen gleich gute Leistungen erzielen kann und dass manche Merkmale besonders stark ausgeprägt sein können
- Vermeidung des Begriffs «Krankheit», sondern Erläuterung, dass Kinder mit ADHS «etwas anders funktionieren»
- Funktion des Frontalhirns mit der Steuerzentrale eines Flugzeugs, mit dem Dirigenten eines Orchesters oder dem Trainer einer Fussballmannschaft vergleichen
- Schwierigkeiten hinsichtlich Selbstkontrolle respektive Selbstregulation thematisieren (aufgefächert in Aufmerksamkeitssteuerung, Planung, Organisation, Emotionsregulation, etc.) und zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und der Verminderung des Gefühls des Ausgeliefertseins, mit dem Kind zusammen ausarbeiten, welche Hilfestellungen und Tricks ihm dabei helfen könnten
- erläutern, dass sich das Frontalhirn im Vergleich zu anderen Hirnbereichen relativ spät (ab Jugendalter) entwickelt, weshalb Handlungsplanung, Lernen aus Konsequenzen, Selbststeuerung etc. für Kinder schwierig ist
- Thema offene Antennen / Fühler mit den Betroffenen anschauen
- bei älteren Kindern: Erklärung neurologischer Prozesse (u.a. bildlich darstellen), z.B. Neurotransmitterfunktion mit der Thunersee-Metapher erklären
- Skirennfahrer-Metapher für Kinder, die Schwierigkeiten haben, mit etwas zu beginnen: Skifahrer mit ADS wartet im Starthäuschen und sobald der «pip»-Ton ertönt, startet dieser Skifahrer nicht sofort

- «äs tuet eifach»: Erläutern, dass das Kind sich nicht willentlich so verhält und auch nicht zwingend faul oder bequem ist; ADHS soll jedoch auch keine Entschuldigung für alle auftretenden Schwierigkeiten sein (normalisieren)
- Modell zur Erklärung einer ADS (für vorpubertäre Kinder und Jugendliche):
 - wahrgenommene Informationen werden als Reize über Nervenbahnen an das Arbeitsgedächtnis weitergeleitet →Arbeitsgedächtnis sortiert die Informationen und leitet sie über die Nervenbahnen (über Verbindungsstellen, die Synapsen) an das Langzeitgedächtnis weiter →Speicherung der Informationen und bei Bedarf erneuter Abruf
 - Menschen mit einer ADS:
 - werden aufgrund einer Unterfunktion des Stirnhirns von Reizen überflutet, was zu Aufmerksamkeitsschwierigkeiten führt
 - Arbeitsgedächtnis wird überlastet, viele Informationen gehen verloren und werden nicht im Langzeitgedächtnis abgespeichert, was zu Merkfähigkeitsproblemen führt
 - ein Mangel an Botenstoffen (Dopamin) in den Verbindungsstellen der Gehirnnerven (Synapsen) verlangsamt die Informationsweiterleitung, wodurch es zu Problemen mit der Informationsverarbeitung sowie zu einer Verlangsamung der Denkprozesse kommt
 - Medikamente, wie beispielsweise Ritalin oder Concerta, beziehungsweise der Arzneistoff Methylphenidat, verringern den Mangel an Botenstoffen und verbessern so die Informationsverarbeitung
- gegenüber den Kindern und Jugendlichen die verschiedenen Sinnesmodalitäten ansprechen und anhand von Beispielen erläutern, wie ihre Wahrnehmung funktioniert und wie sie bewusst Einfluss auf die Ausrichtung ihrer Wahrnehmung nehmen können
- Formulierungen aus «Phil, der Frosch» (vgl. Kapitel 5.2.1.): z.B. brodelnder Vulkan im Bauch, den man nicht steuern kann
- Bücher: «THOP» (Döpfner, Schürmann, & Frölich, 2019b) / «Ganz normal anders» (Ihde, 2020) / «Erfolgreich lernen mit ADHS» (Rietzler & Grolimund, 2016) (vgl. Kapitel 5.2.3.)
- Broschüren: «Grosser Chaot oder kleines Genie?» / Infoflyer und -broschüren von elpos (vgl. Kapitel 5.2.2.)
- bezüglich Verwendung von Büchern für Kinder und Jugendliche vgl. Kapitel 5.2.

Websites:

https://www.adhs.info/fuer-kinder/ein-tag-mit-max- und-lisa/	
www.biber-blog.com	www.erfolginderschule.ch
https://www.medice.ch/indikationen- 1/adhs/patienteninformationen/weiteres-adhs- infomaterial/adhs-kein-grund-zur-panik-chdpdf	https://www.medice.ch/indikationen- 1/adhs/patienteninformationen/weiteres-adhs- infomaterial/adhs-booklet-vol02-druck-chd.pdf
www.hansguckindieluft.ch	www.mit-kindern-lernen.ch

(für weitere Websites vgl. Kapitel 5.2.4.)

4.1.1.2. Psychoedukation bei Angehörigen

- Erläuterung der Kernsymptome einer ADHS und wie sich diese in der Schule oder zu Hause zeigen (Aufmerksamkeitssteuerung, Konzentrations- und Merkfähigkeit, Informationsverarbeitung, Antrieb, Exekutive Funktionen, Impulsivität, Auswirkungen in sozialen Situationen)
- den Eltern erklären, dass ihr Kind besondere Bedürfnisse hat und eine gut strukturierte und mit vielen Routinen ausgestattete Alltagsgestaltung braucht; «führen statt strafen», d.h. so strukturieren, dass das Kind Erfolg haben kann
- Ziel ist es, dass das Kind seine Selbststeuerung verbessern kann; Kind braucht darin jedoch Unterstützung von aussen (Eltern, Lehrpersonen)
- bei von Eltern gemachten Aussagen zum Thema Selbstregulation wie beispielsweise «vor dem TV / beim Spielen kann sich unser Kind stundenlang konzentrieren und in der Schule geht das nicht», kann aufgezeigt werden, dass ein alleiniges sich zusammennehmen noch nicht ausreichend ist; vielmehr liegt Schwierigkeit bei Kindern mit einer ADHS aufgrund einer defizitären willentlichen Selbststeuerung darin, fremdgestaltete Aufgaben selbst zu steuern
- den Angehörigen aufzeigen, dass es bei ADHS-Betroffenen öfters ein Nichtkönnen als ein Nichtwollen ist
- Erziehungsberatung für konkrete Situationen im Zusammenhang mit Verhalten, Lernen und Befinden des Kindes
- die Ursachen einer ADHS möglichst einfach erklären: Bei Kindern mit einer ADHS fehlt ein Filter, welcher entscheidet, welche Informationen jetzt gerade wichtig sind und welche nicht, wodurch sie oft von den Reizen der Umwelt überflutet werden; dies erfordert viel Energie und dadurch ist die Batterie des Kindes früher leer als bei anderen Kindern
- aufzeigen der Notwendigkeit von Interventionen auf verschiedenen Ebenen:
 - Kind: Ergotherapie, Psychotherapie, Medikation, Verstärkerpläne etc.
 - Eltern: Erziehungsberatung, Coaching etc.

- Schule: heilpädagogische Unterstützung, Nachteilsausgleich, Anpassungen im Unterricht, etc.
- Psychoedukation hinsichtlich Medikation:
 - aufgrund des Vorhandenseins einer neurologischen Ursache bei ADHS, ist auch deren Behandlung mittels Medikation wirkungsvoll
 - Medikation hat die Funktion einer Gehhilfe sie bietet Unterstützung; Medikament hilft dem Gehirn zu lernen
 - alternative Behandlungsmethoden können erprobt werden (beispielsweise kann bei Hautausschlag ebenfalls zuerst eine alternative Salbe angewendet werden, bevor man ihn mit Cortison behandelt)
 - man besorgt sich auch eine Brille, wenn man nicht genügend gut sieht und daher im Leben beeinträchtigt ist
 - bei unbehandelter ADHS im Jugendalter erhöhtes Risiko für Selbstmedikation mit Drogen
- pädagogische Massnahmen (viel Struktur, enge Führung, wenig Unvorhergesehenes) können auch ohne Diagnose umgesetzt werden
- Reifung desjenigen Teils des Gehirns, welches für die Steuerung der Denkfunktionen zuständig und bei Kindern mit ADHS beeinträchtigt ist, dauert sehr lange (bis zum 20. Lebensjahr)

 →durch Verhaltensstrategien kann Entwicklung positiv beeinflusst werden →daran anknüpfend die Chance, durch günstiges Erziehungsverhalten Einfluss zu nehmen
- ADHS kann auch eine Stärke / Chance sein (vgl. Kapitel 3.6.2.); beispielsweise sind die Sinne von ADHS-Betroffenen verschärft →später einen Beruf finden, der mit ADHS «kompatibel» ist
- Arbeit mit den Eltern, damit eine gemeinsame Haltung geschaffen und zusätzlicher Konflikt auf Elternebene vermieden werden kann
- im Kontext von an das Kind gestellte, jedoch von diesem nicht befolgte Aufforderungen und den daraus resultierenden Reaktionen der Eltern das Schema «Der Teufelskreis» (Döpfner et al., 2019a) vorstellen und den Eltern nahelegen, Konsequenzen anzukündigen und zu ziehen, anstatt zu resignieren oder aggressiv zu reagieren (vgl. Kapitel 3.6.1.)
- wirkungsvolle Aufforderungen und sinnvolle Konsequenzen aufzeigen
- Verhalten gegenüber dem Kind bei Aufforderungs- oder Konfliktsituationen:
 - Priorisierung der Anforderungen vornehmen, mit den Zielen, Klarheit darüber zu gewinnen, welche Anforderungen man vom Kind tatsächlich erfüllt haben möchte und ob man deren Erfüllung auch konsequent durchziehen kann sowie die Anzahl der Konfliktfelder zu reduzieren
 - bei Aufforderungen die Aufmerksamkeit des Kindes durch folgende Punkte sicherstellen: kleine Distanz zum Kind, klare Ansprache, führen der Aufmerksamkeit (der Orientierungsreaktion, das wäre dann jedes Mal ein kleines Aufmerksamkeitstraining bei Aufforderungen) (vgl. Kapitel 3.6.1.)

- verwenden einer klaren Sprache, indem man positiv formuliert sagt, was man will und nicht was man nicht will sowie pragmatisch die richtige Form des Sprechakts wählt (d.h. auffordern und nicht fragen, wenn man auffordern will)
- Nachhaltigkeit: sich nicht in Diskussionen verwickeln lassen, handeln anstatt reden, liebevoll durchsetzen, Hilfestellungen geben
- im Konfliktfall kurz Distanz einbauen, dann nachgreifen
- missglückte Situationen zeitnah, aber nach Abkühlung lösungsorientiert nachbesprechen (was kann man daraus lernen, wie kann man das nächste Mal das Ungemach kommen sehen, etc.) →erhöht Selbstwirksamkeit des Kindes und die erwachsene Person wird als Coach etabliert und nicht als bestrafende Instanz →Kind lernt so, Hilfe anzunehmen
- nach einem Konflikt Pflege der Beziehung und Emotionen: Kinder gelangen aufgrund ihrer Impulsivität oftmals in eine Sackgasse, was sie eigentlich aber gar nicht wollen, daher sollte man nicht nachtragend sein, sich versöhnen, Zählerstand auf Null stellen, Abschluss des Tages am Abend ohne Distanzen
- Beziehung thematisieren: positive Beziehung stärken / Spiel- und Spasszeit
- zeigen von Anerkennung und loben: ein Lob soll ohne Nebensätze, welche das Lob wieder zerstören, ausgesprochen werden (nicht: «das hast du ausnahmsweise gut gemacht, im Gegensatz zu gestern)
- Einführung eines Belohnungsplans
- Beobachtungspläne zu konkreten Abmachungen
- ABC-Modell
- Selbstfürsorge und Entlastungsmöglichkeiten ansprechen
- Unterlagen zu Emotionsregulation
- Spielliste des Inselspitals
- Bücher: «Erfolgreich lernen mit ADHS» (Rietzler & Grolimund, 2016) / «Clever lernen» (Rietzler & Grolimund, 2018) / «Wackelpeter & Trotzkopf» (Döpfner & Schürmann, 2017) / «Ratgeber ADHS» (Döpfner et al., 2019a) (vgl. Kapitel 5.2.3.)
- Broschüren: «Grosser Chaot oder kleines Genie?» / Infoflyer und -broschüren von elpos (vgl. Kapitel 5.2.2.)

Websites:

www.adhs-organisation.ch	www.medice.ch
www.mit-kindern-lernen.ch	www.sfg-adhs.ch

(für weitere Websites vgl. Kapitel 5.2.4.)

4.1.1.3. Psychoedukation bei Lehrpersonen

- Gespräch über die Situation im Klassenzimmer führen (Sitzplatz, reizreduzierte Umgebung, Vorhandensein von Ausweichmöglichkeiten, strukturierter Unterricht, enge Führung, wenig Unvorhergesehenes, Notwendigkeit von Ausgleichsmassnahmen) sowie schwierige Situationen beschreiben lassen und diskutieren (vgl. Kapitel 3.6.1.)
- Beziehung des Kindes zu den anderen Kindern im Auge behalten und entsprechend intervenieren
- «führen statt strafen» d.h. so strukturieren, damit das Kind Erfolg haben kann (vor allem bei offener gestalteten Unterrichtssequenzen und Übergängen) → Hilfestellungen für das Kind müssen gut kommuniziert sein; Kind soll diese als Hilfestellung und nicht als kritische Rückmeldung verstehen können
- für Lehrpersonen ist es oftmals essenziell, zu spüren, dass die Eltern am gleichen Strick ziehen und zu Hause durchaus einiges unternehmen, was auch für die Schule von Vorteil sein kann → falls notwendig: Brücken schlagen (vgl. Kapitel 3.6.1.)
- wenn Lehrpersonen eher effizient und abwertend unterwegs sind, Gründe anschauen und Lösungen suchen; falls von den Eltern moniert, braucht es manchmal etwas Mediatorisches
- innerhalb der Schule enge Zusammenarbeit zwischen Lps und IFs →Austausch, Ideensammlung, schriftliches Dokument für alle erstellen
- Hinweis auf die besonderen Bedürfnisse und Fähigkeiten von Schülerinnen und Schülern mit ADHS und die grosse Bedeutung einer erhöhten Aufmerksamkeit der Lehrkräfte für diese Kinder und Jugendlichen
- Kabelsalat-Metapher: Die Kabel sind durcheinander und nicht gut verbunden, somit können die Signale nicht störungsfrei übertragen werden
- Feuerwerk-im-Kopf-Metapher: Viele Ideen, viele Reize, viele Eindrücke, überall macht es bum bum und das Kind weiss nicht, wo es hinschauen soll
- Fernsehzapper-Metapher: Wenn man beim TV durch die verschiedenen Sender zappt →kein Bild bleibt stehen
- «Ratgeber ADHS» (Döpfner et al., 2019a) (vgl. Kapitel 5.2.3.)
- Schema «Der Teufelskreis» (Döpfner et al., 2019a)
- Video von Rietzler und Grolimund «Impulsive Kinder im Unterricht unterstützen» (vgl. dazu www.mit-kindern-lernen.ch/meine-schueler/ads-adhs/216-so-koennen-impulsive-kinderregeln-lernen oder allgemein www.mit-kindern-lernen.ch/meine-schueler/ads-adhs)
- <u>www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/uebersicht/</u> (für weitere Websites vgl. Kapitel 5.2.4.)

4.1.1.4. Stolpersteine

- Eltern, welchen der Begriff ADHS unbekannt ist (beispielsweise aufgrund eines Migrationshintergrundes)
- meisten Eltern haben eine Vorstellung von einer Aufmerksamkeitsstörung; Achtung: Im Internet kursiert viel Widersprüchliches → Vorstellung überprüfen und allenfalls korrigieren
- zu hohe Erwartungen
- Gefühl des Ausgeliefertseins vonseiten der Eltern oder der Schule
- Problemtrance und Negativspirale
- Zirkularität: Ich habe eine ADHS, deshalb kann ich mich nicht konzentrieren. Warum kann ich mich nicht konzentrieren? Weil ich eine ADHS habe.
- falsche Hoffnung, dass das Medikament alle Schwierigkeiten lösen wird
- fehlende sofortige Rückmeldung zu positivem Verhalten
- im Rahmen einer schulpsychologischen Abklärung wird nur eine Verdachtsdiagnose ausgesprochen, daher Vermeidung von schwarzmalen, bevor eine Diagnose besteht
- wenn die Eltern die Störung nicht als solche wahrnehmen, sondern das Verhalten als zum Kindsein dazugehörig ansehen
- wenn ein Elternteil ebenfalls eine ADHS-Symptomatik zeigt, aber der Meinung ist, dass es in der Familie nicht vorkomme; Wie sensibel sind die Eltern für die Problematik des Kindes?
- wenn der schulische Kontext schwierig ist: Grosse Klasse mit schwieriger Dynamik, viele Kinder mit besonderem Bedarf, rigide Lehrpersonen mit unflexiblen Vorstellungen, erschöpfte Lehrpersonen, Schulklima mit Drohkulissen und Strafregimes im Vordergrund
- Schubladisierung und Vorurteile
- komplizierte Begriffe / Sprache
- zu negative Formulierungen
- Angst vor Stigmatisierung / Medikation
- Arbeit mit dem Kind alleine nicht ausreichend, sondern systemisches Arbeiten notwendig: Was braucht das Kind? Was kann dieses beitragen, was die Eltern? Wie gehen sie gemeinsam durch den Alltag?
- mögliche Komorbiditäten
- fehlendes Verständnis vom Störungsbild
- ADHS-Diagnose als Schutzschild in der Schule / als Begründung, sich nicht anstrengen zu müssen
- jüngere Kinder haben teilweise das Gefühl, das gehe wieder weg oder man könne es herausoperieren

4.2. Interviews

4.2.1. Ziele und Interviewpartnerinnen

Nebst der oben beschriebenen internen Umfrage war es uns ein Anliegen, mittels Interviews auch von anderen Fachstellen zu erfahren, wie ihre Haltungen und ihr Vorgehen hinsichtlich des Themas ADHS sind. Dabei verfolgten wir insbesondere die folgenden beiden Ziele: Einerseits war es uns wichtig, mit weiteren Anlauf- und Beratungsstellen zum Thema ADHS in Kontakt zu kommen und deren Angebote und Arbeitsweisen kennenzulernen. Andererseits dienten die durchgeführten Interviews dem Informations- und Wissensaustausch und führten zu einer Sammlung von hilfreichen Strategien und Unterlagen, insbesondere auch hinsichtlich des Themas ADS.

Bei der Auswahl der Fachpersonen für die Interviews fragten wir die Themenhütende der EB-Stellen Esther Rentsch Müller um Rat. Schlussendlich stellten sich Dr. phil. Prisca Zulauf, Franziska-Neima Holzer, Helen Jenni und Stefanie Rietzler zur Verfügung. Die Interviews wurden aufgrund des Lockdowns jeweils mit einer Skype-Konferenz durchgeführt.

Der Aufbau dieses Abschnitts gestaltet sich so, dass zuerst eine kurze Vorstellung unserer vier Interviewpartnerinnen erfolgt, um nachfolgend eine Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen zu präsentieren. Die Leitfragen sind im *Anhang A* aufgelistet.

Franziska-Neima Holzer (Lernzentrum Thun)

Franziska-Neima Holzer ist unter anderem diplomierte Lerntherapeutin ILT/SVLT. Im Jahr 2004 hat sie die Praxis für Lerntherapie, Lerncoaching und Lernfragen «LernZentrum» in Thun gegründet sowie ein Lerncamp ins Leben gerufen.

Die meisten Anmeldungen beim Lernzentrum Thun werden entweder von den Eltern der Klientinnen und Klienten oder im Falle von beruflichen Massnahmen bei Jugendlichen von den Eingliederungsfachpersonen der Invalidenversicherung (IV) vorgenommen. Die Dauer der Beratungen ist gemäss Franziska-Neima Holzer unterschiedlich. In der Regel seien es längere Begleitungen, Beratungen von zwei bis drei Terminen kämen jedoch auch vor. Mehrheitlich fänden die Konsultationen einmal wöchentlich statt.

Helen Jenni (elpos)

Die ADHS-Organisation elpos Schweiz ist eine Non-Profit-Organisation, die sich für die Anliegen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS einsetzt. Sie ist der Dachverband von sechs Regionalvereinen und erfüllt gemeinsam mit diesen den Leistungsvertrag mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Die Ziele der Organisation bestehen in einer wertneutralen Unterstützung und Beratung der Betroffenen und deren Umfeld, in der Vermittlung von fundierten und ganzheitlichen Informationen zu ADHS, in der Sensibilisierung der Gesellschaft und Schulen für die Thematik durch Öffentlichkeitsarbeit sowie im Schaffen von besseren Lebensbedingungen für die Betroffenen und deren

Umfeld. Zur Umsetzung dieser Ziele bietet die Organisation unentgeltliche Beratungen an, führt Veranstaltungen, Vorträge sowie Kurse durch und gibt vereinseigene Fachpublikationen heraus. Helen Jenni ist Sozialpädagogin HF und seit dem Jahr 2018 Fach- und Beratungsstellenleiterin der ADHS Organisation elpos Bern Deutschfreiburg Oberwallis.

Stefanie Rietzler (Akademie für Lerncoaching gemeinsam mit Fabian Grolimund)

Stefanie Rietzler ist Psychologin mit Weiterbildung in bindungsbasierter Beratung und Therapie sowie Lerncoach und leitet zusammen mit Fabian Grolimund die Akademie für Lerncoaching in Zürich und das Projekt «Mit Kindern lernen». Ihr Schwerpunkt liegt im Lerncoaching mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie im Bereich ADHS. Als Referentin und Dozentin ist Stefanie Rietzler schweizweit im Einsatz. Ihre Beweggründe für eine Vertiefung im Bereich ADHS seien unter anderem gewesen, dass bei vielen Elternseminaren, Vorträgen und Weiterbildungen an Schulen bezüglich des Themas Lernen oftmals die Frage aufgetaucht sei, ob die präsentierten Empfehlungen auch für Kinder und Jugendliche mit einer ADHS gelten würden. Zudem hätten viele Lehrpersonen berichtet, dass sie in der heutigen Zeit mehr Kinder in der Klasse hätten, welche Organisationsschwierigkeiten hätten, unaufmerksam seien oder vereinbarte Regeln übertreten würden. Während den Lehrpersonen ihrer eigenen Aussage nach während ihrer Ausbildung zwar das diesbezügliche theoretische Wissen vermittelt worden sei, sei die praktische Umsetzung zu kurz gekommen und Stefanie Rietzler sei von den Lehrpersonen oftmals gefragt worden, wie sie mit Schülerinnen und Schülern mit ADHS arbeiten sollen oder wie sie deren Eltern an Elternabenden beraten können.

Dr. phil. Prisca Zulauf (Praxisgemeinschaft Klösterli)

Dr. phil. Prisca Zulauf ist Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM sowie Vorstandsmitglied der Schweizerischen Fachgesellschaft für ADHS (SFG ADHS). Prisca Zulauf hatte von 2006 bis 2016 einen regelmässigen Lehrauftrag zum Thema ADHS an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich und ist seit dem Jahr 2017 selbstständig in eigener Praxis tätig.

4.2.2. Erkenntnisse aus den Interviews

4.2.2.1. Zeitpunkt der Konsultation

Hinsichtlich des Zeitpunkts des Erstkontakts wurde von allen vier Interviewpartnerinnen übereinstimmend berichtet, dass sich Betroffene oder Angehörige meist erst melden würden, wenn die Schwierigkeiten bereits seit längerer Zeit bestünden und der Leidensdruck sehr hoch sei, respektive die Situation zu eskalieren drohe. Beim Lernzentrum liege einer der Gründe darin, dass ausser bei Berufsfragen, die über die IV laufen, die Therapie von den Betroffenen selbst bezahlt werden müsse. In der Akademie für Lerncoaching werde auch häufig kurz vor oder bei Unsicherheiten hinsichtlich einer Abklärung angemeldet. Elpos mache vor allem Erstgespräche, Triage, Adressvermittlungen, aber keine

längerfristigen Beratungen beziehungsweise Coachings. Laut Frau Jenni würden sich Eltern auch deshalb so spät bei elpos melden, weil oftmals eine längere Zeit bis zur Abklärung vergehe und es zuerst zu einem totalen Zusammenbruch kommen müsse, bis sie sich meldeten. Viele versuchten zudem so lange wie möglich, ihre Fassade gegenüber der Gesellschaft zu wahren.

4.2.2.2. Klientel und Anmeldegründe

Bei der Frage, wer sich für eine Beratung / Abklärung meldet, zeigte sich, dass es vor allem vier Gruppen zu geben scheint: 7-10-jährige Kinder (Zulauf), Jugendliche kurz vor oder in der Lehre (Zulauf, Holzer, Jenni), Familien mit betroffenen Kindern (Jenni, Rietzler), psychisch belastete Eltern bei Kindern mit Verdacht auf ADHS (Zulauf).

Nicht selten komme es vor, dass sich Betroffene und Angehörige auf Anraten Dritter bei den verschiedenen Fachstellen melden würden. Die Anmeldegründe könnten dabei sehr verschieden sein: Abklärung auf AD(H)S, Beratung bezüglich Medikation, Zweitmeinung einer anderen Fachperson, Ernährung, Anrecht auf Unterstützung, ob die Diagnose dem Kind mitgeteilt werden soll, ob eine Abklärung sinnvoll ist, soziale Auffälligkeiten in der Klasse, schulische Leistungsprobleme, Erschöpfung vom Alltag, der nicht funktioniert, Berufswahlcoaching, Jugendlicher, der Selbstständigkeit übernehmen soll oder zu kiffen anfängt, Unterstützung in einer schwierigen Phase, etc..

4.2.2.3. Die häufigsten Fragen und Themen von Kindern und Jugendlichen

Bezüglich der am häufigsten von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS an die Beratenden herangetragenen Fragen wurde von Helen Jenni genannt, dass die Betroffenen häufig die Fragen hätten, ob sie krank seien und ob ihre Schwierigkeiten wieder weggehen würden. Zudem würden von einer ADHS betroffene Kinder oftmals eine Diskrepanz zwischen ihrer kognitiven und ihrer emotionalen Entwicklung wahrnehmen. Ebenso seien sie häufig nicht in der Lage, ihre zahlreichen Erlebnisse zu verarbeiten oder sie hätten Schwierigkeiten in der adäquaten Kontaktaufnahme zu anderen Personen. Auch Franziska-Neima Holzer berichtete, dass sich die meisten Fragen auf Themen aus dem alltäglichen Leben der Betroffenen beziehen, wobei beispielsweise auch oftmals Fragen zum Thema Medikation auftauchen würden. Stefanie Rietzler gab an, dass das hauptsächliche Thema in ihrer Arbeit darin bestehe, dass die Betroffenen beim Lernen nicht weiterkommen würden und ihre Noten nicht dem Aufwand entsprächen. Die Kinder und Jugendlichen erlebten generalisierte Hilflosigkeitserfahrung, indem sie trotz Anstrengung keine guten Ergebnisse erzielten. Die häufig gemachte Erfahrung, dass die Mitschülerinnen und Mitschüler mit den schulischen Arbeiten schneller fertig seien und zudem bessere Noten schrieben, hätte oftmals negative Auswirkungen auf das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der Betroffenen. So würden nicht nur viele Kinder, sondern auch Jugendliche unter den oftmals zahlreichen Einträgen der Lehrpersonen oder unter dem ständigen Gefühl, nicht zu genügen, leiden, auch wenn sie dies oftmals nicht mehr zeigten. Auch andere Angelegenheiten aus dem sozialen Bereich wie Konflikte mit den Eltern oder Zurückweisungen durch Lehrpersonen und Gleichaltrige oder ihr Medienkonsum im Zusammenhang mit dem erhöhten Suchtpotential seien häufig auftauchende Themen bei Jugendlichen, welche beispielsweise auch dazu führten, dass die Betroffenen umso grössere Schwierigkeiten hätten, sich für die Schule zu motivieren. Oftmals entwickle sich bei den Betroffenen aufgrund all dieser Schwierigkeiten eine Schulmüdigkeit. Ein tabellarischer Überblick der Themen findet sich unter dem Titel Die häufigsten Fragen und Themen von Lehrpersonen beziehungsweise Heilpädagogen und Heilpädagoginnen.

4.2.2.4. Die häufigsten Fragen und Themen von Angehörigen

Das häufigste von Angehörigen an Stefanie Rietzler herangetragene Anliegen betreffe die Motivation und Konzentration ihrer Kinder, beispielsweise im Sinne einer fehlenden Motivation für schulische Angelegenheiten oder einer Verweigerung der Erledigung der Hausaufgaben bzw. Gefühlsausbrüchen, welche die Eltern-Kind-Beziehung belasten. Ebenso bestehe seitens der Angehörigen auch häufig Beratungsbedarf bezüglich auftretender Schwierigkeiten oder fehlender Fortschritte im Hinblick auf das Erlernen von schulischen Grundfertigkeiten. Wie die Betroffenen selbst, hätten auch die Angehörigen oftmals Beratungsbedarf zu den Themen Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit stärken. Ebenso tauchten oftmals Fragen bezüglich des Umgangs mit Leistungsdruck im Sinne einer spürbaren Überforderung des Kindes in der Schule und bei den Hausaufgaben, Angst vor Prüfungen oder dem Umgang mit Fehlern auf. Bei Angehörigen von Schülerinnen und Schülern der Oberstufe würden zudem oftmals Fragen zu den Themen Prokrastination und Strukturierung der Aufgaben sowie dem sinnvollen Ausmass an übertragener Eigenverantwortung an Stefanie Rietzler herangetragen werden. Demgegenüber berichtete Helen Jenni, dass sich der grösste Informationsbedarf von Angehörigen auf das Verstehen der Diagnose und des Störungsbilds sowie dessen Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten beziehe. So würden beispielsweise häufig Fragen dazu auftauchen, wie die Abklärung durchgeführt werde, was eine ADHS bedeute oder wie es danach weitergehen solle, respektive welche Therapien und Behandlungen – auch medikamentöse – sinnvoll wären. Dabei käme es oftmals vor, dass sich die Eltern – insbesondere die Väter – in der Beschreibung des Störungsbilds wiedererkennen würden. Helen Jenni berichtete zudem, dass sich die Angehörigen von ADHS-Betroffenen häufig auf Anraten der Lehrperson ihres Kindes bei ihr melden würden. Ein tabellarischer Überblick der Themen findet sich unter dem Titel Die häufigsten Fragen und Themen von Lehrpersonen beziehungsweise Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.

4.2.2.5. Die häufigsten Fragen und Themen von Lehrpersonen beziehungsweise Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

Vonseiten der Schule seien es meistens die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, die sich bei Helen Jenni melden würden und eher selten die Lehrpersonen. Die Anliegen würden sich dann meistens auf Fälle beziehen, bei welchen es umfassendere Konflikte mit den Eltern einer Schülerin oder eines Schülers gäbe, indem diese beispielsweise gegen eine Abklärung seien, eine mangelnde Kooperation im Hinblick auf vereinbarte Massnahmen oder das Aufsuchen einer psychotherapeutischen Begleitung aufwiesen oder bei welchen ein Kind vor dem Schulausschluss stehe. Wenn sich Lehrpersonen bei ihr melden würden, gehe es oftmals um die Frage nach Ressourcen. Die Lehrpersonen möchten in solchen Fällen das auffällige Verhalten der Schülerin oder des Schülers benennen können, um zusätzliche Unterstützung beantragen zu können. Damit es bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS nicht zu einer Negativspirale zwischen ihrem Verhalten und den Reaktionen der Lehrperson komme, ist gemäss Helen Jenni eine gute Beziehung zwischen der Lehrperson und den Eltern entscheidend. Prisca Zulauf berichtete, dass das von ihr an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich durchgeführte Seminar zum Thema ADHS sehr rege besucht wurde. Während sich der Informationsbedarf der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen insbesondere auf Grundlagenwissen zum Störungsbild und dessen Behandlung wie beispielweise die Einnahme von Stimulanzien bezogen hätten, seien Fragen zur Förderung dieser Kinder und Jugendlichen im Hintergrund gestanden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt ein Überblick über die am häufigsten an unsere Interviewpartnerinnen herangetragenen Fragen respektive Themen von Kindern und Jugendlichen, Angehörigen sowie Lehrpersonen und Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.

Kinder und Jugendliche	Angehörige	Lehrpersonen / IF
- Alltagspraktische Sachen	- Ablauf der Abklärung	Lp:
- Besonders-krank-normal	- Wie weiter nach der	- Bei elpos melden sich SSA
- Geht das wieder weg?	Diagnose? Was mache ich	häufiger als Lps
- Verarbeitung von Erlebtem	jetzt mit der Diagnose?	- Grössere Konflikte mit Ke:
- Kontaktaufnahme zu Peers	- Verstehen Diagnose nicht	Ke wollen keine Abklärung,
- Schulmüdigkeit / schlechte Noten /	- Medikamente	mangelnde Kooperation,
Stagnation beim Lernen	- Therapieformen	Kind steht vor Ausschluss
- Minderwertigkeitsgefühle	- Schwierigkeiten Lesen,	- Wenn-Dann-Lösungen
- Wahrgenommene Diskrepanz	Schreiben, Rechnen zu	- Suchen Namen für
zwischen intellektueller und	lernen, keine Fortschritte	Verhalten des Schülers /
emotionaler Entwicklung	- Konzentration beim Lernen	wollen Unterstützung in
- Generalisierte	und den Hausaufgaben	Klasse in Form von IF o.Ä.
Hilflosigkeitserfahrung	- Druck: zeitliche und	- Steigerung der
- Jugendliche: soziale Themen,	inhaltliche Überforderung,	Konzentration und
Gamen, Suchtpotential	Angst vor Prüfungen /	Motivation im Unterricht
	Umgang mit Fehlern	
	- Prokrastination	IF:
	- Aufgaben strukturieren	- Im Vordergrund nicht
	- Eigenverantwortung:	Fragen zur Förderung,
	richtige Mischung aus	sondern Grundlegendes
	Fördern und Fordern	zum Störungsbild und zu
	- Selbstvertrauen	Methylphenidat
	- Selbstwirksamkeit	
	- Motivation (Kind nicht	
	motiviert, macht	
	Hausaufgaben nicht)	
	- Eltern-Kind-Konflikte	
	- Finden ihre Kinder oft	
	mühsam oder nervig, sind	
	aber meist selbst betroffen	
	- Infos zum Störungsbild	
	(oftmals Parallelen zu sich	
	selber)	

4.2.2.6. Was es bei Beratungen generell zu berücksichtigen gilt

- Bei psychisch belasteten Eltern mit Kindern mit Verdacht auf ADHS zeige sich sehr deutlich, dass das psychosoziale Umfeld (nicht f\u00f6rderliches Milieu), der Erziehungsstil und die Vulnerabilit\u00e4t f\u00fcr psychische St\u00f6rungen einen grossen Einfluss haben k\u00f6nnen. Meist gebe es in diesen F\u00e4llen mehrere «Baustellen» und ADHS sei dabei nicht selten eine von vielen. Dies solle unbedingt ber\u00fccksichtigt werden (Zulauf)
- Vertrauen aufbauen (Jenni)
- Eltern ins Boot nehmen, da man als Berater nicht alles übernehmen könne (Jenni)
- Evtl. sinnvoll, einen Case Manager zur Koordination (Arzt, Schule, IV, SD, Psychotherapeut, EB) beizuziehen (Jenni)

4.2.2.7. Psychoedukation bei Kindern und Jugendlichen

In Bezug auf angewandte Strategien bei der Psychoedukation von ADHS bei Kindern und Jugendlichen nannten alle vier Interviewpartnerinnen, dass sie diese insbesondere anhand eines persönlichen Gesprächs vornähmen. Stefanie Rietzler lege dabei den Schwerpunkt auf die Feststellung des Status quo und das Aufzeigen des Handlungsspielraums. Gemäss ihrem Verständnis handle es sich beispielsweise bei der Aufmerksamkeitslenkung oder der Impulssteuerung um Kompetenzen, deren Ausprägungsgrad sich auf einem Kontinuum darstellen lasse. Jede Person bewege sich in ihrer Ausprägung dieser Kompetenzen auf dem Kontinuum, wobei sich die Menschen im Allgemeinen mit zunehmender Reife immer mehr nach rechts, sprich in Richtung stärker ausgeprägter Kompetenzen bewegen würden. Umgekehrt könne davon ausgegangen werden, dass der Leidensdruck ab einer gewissen Stelle auf dem Kontinuum unter Berücksichtigung der vorherrschenden Anforderungen derart gross sei, dass die betreffende Person auf Unterstützung angewiesen sei. Das Ziel bestehe somit darin, den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, dass (kleine) Fortschritte unabhängig von der Ausgangslage möglich seien, indem man mit ihnen zusammen Strategien entwickelt, um ihre einzelnen Kompetenzen verbessern zu können, und indem die Umwelt zu einem gewissen Grad auf ihre Besonderheiten Rücksicht nimmt. Die von Franziska-Neima Holzer genannten bewährten Strategien bezüglich Psychoedukation von ADHS bei Kindern und Jugendlichen bestehen in der Verwendung von Skalierungsfragen, dem Aufzeichnen oder sich Aufzeichnen lassen von Sachverhalten und dem Herausarbeiten der positiven Seiten einer ADHS, indem sie beispielsweise mit ihren Klientinnen und Klienten anschaue, dass auch viele berühmte Personen eine solche Diagnose haben. Helen Jenni wählt bei ihren Beratungen ebenfalls einen ressourcenorientierten Ansatz, indem sie mit der Ausarbeitung der positiven Seiten einer ADHS und dem Entdecken und Einsetzen der individuellen Stärken ihrer Klientinnen und Klienten beginne. Ihr sei wichtig, an deren Lebenswelt teilzuhaben und mit ihnen konkrete Strategien zur Bewältigung des Alltags zu erarbeiten, wobei beispielsweise die Handlungsplanung oder die adäquate Aufnahme von Kontakten zentrale Themen darstellen würden. Zur Erklärung von ADHS sei für sie auch die Verwendung von Metaphern hilfreich. Helen Jenni erachtet es zudem als essenziell, dass bei Bedarf eine

psychotherapeutische Begleitung aufgegleist werde, damit die Klientinnen und Klienten einen Ort hätten, an welchem sie ihre Anliegen besprechen können, insbesondere auch bezüglich Themen, welche sie beispielsweise lieber nicht mit den eigenen Eltern besprechen möchten.

Stichwortartige Auflistung der genannten Strategien zur Psychoedukation von ADHS bei Kindern und Jugendlichen:

- Gespräch für Erklärung und Beratung (Zulauf)
- Unterlagen von Lauth und Schlottke (Holzer) (vgl. Kapitel 5.2.3.)
- Skalierungsfragen (Holzer)
- Berühmte Personen mit ADHS (Holzer)
- Aufzeichnen von Sachverhalten (Holzer)
- Positive Seiten einer ADHS herausarbeiten (Holzer, Jenni)
- Teilhabe an der Lebenswelt der Kinder d.h. sich ihre Welt erklären lassen, da sich viele Kinder bereits sehr früh mit ihrer Innenwelt beschäftigten und sehr sensibel seien (Jenni)
- Metaphern verwenden (Jenni)
- Stärken herausfinden und einsetzen (Jenni, Rietzler)
- Wie man den Alltag ganz konkret bewältigen kann (Handlungsplanung, Kontaktaufnahme, etc.) (Jenni)
- Psychotherapeutische Begleitung für Jugendliche, die ihren Eltern nicht alles sagen wollen (Jenni)
- Feststellen was ist und Handlungsspielraum aufzeigen (Rietzler)
- Aufmerksamkeitslenkung und Impulssteuerung als Kompetenzen auf einem Kontinuum darstellen und mit dem Kind sowie Eltern und Lehrpersonen Strategien entwickeln, um auf dem Kontinuum mehr nach rechts zu gelangen (Rietzler)

4.2.2.8. Psychoedukation bei Angehörigen

Bei der Psychoedukation von ADHS bei Angehörigen verweise Prisca Zulauf auf Literatur und Broschüren. Auch Stefanie Rietzler benutze häufig eine Abbildung eines Gehirns und verbinde die diesbezüglichen Besonderheiten bei ADHS-Betroffenen mit den in ihrem alltäglichen Leben auftretenden Schwierigkeiten. Bei Beratungen der Eltern werde auch oftmals deren Erschöpfung aufgrund zahlreicher Gespräche an den Schulen oder an sie herangetragene Vorwürfe in Richtung schlechter Erziehungskompetenzen zum Thema. Stefanie Rietzler sehe ihre Aufgabe dann auch darin, gemeinsam mit der Familie anzuschauen, wo ihre Stärken liegen, was bereits erfolgreich bewältigt wurde und bei welchen Themen die Eltern entweder unrealistische Erwartungen loslassen oder ein Stück Verantwortung an ihre Kinder und die Begleitung durch eine Fachperson übergeben können, um sich zu entlasten. Helen Jenni berichtete, dass bei elpos ein Erste-Hilfe-Set in Planung sei, welches nach dem Erhalt der Diagnose eingesetzt werden könne. Zudem gibt elpos regelmässig Fachpublikationen zu relevanten Themen rund um ADHS heraus (https://www.adhs-organisation.ch). Darüber hinaus gehe es Helen Jenni in der Psychoedukation bei Angehörigen darum, die Gefühlswelt der Betroffenen zu übersetzen und analog zur Psychoedukation bei den Kindern und Jugendlichen die Bezugspersonen über das Störungsbild ADHS mit seinen spezifischen Vorund

Nachteilen aufzuklären. Dazu gehöre auch eine ausführliche Beratung, indem die Bezugspersonen von ihr beispielsweise über hilfreiche Erziehungsstrategien bei ADHS-Betroffenen aufgeklärt würden. Helen Jenni erachtet es zudem als essenziell, dass bei Bedarf eine psychotherapeutische Begleitung für die Angehörigen aufgegleist werde, da bei elpos oftmals die Erfahrung gemacht werde, dass insbesondere die Kindsmutter aufgrund der Alltagsbelastungen derart erschöpft sei, dass ein Klinikaufenthalt oder eine Entlastung nötig werde. Franziska-Neima Holzer habe die Erfahrung gemacht, dass sich der Aufbau einer guten Kooperation zu den Angehörigen meistens als herausfordernd darstelle, zumal die Angehörigen oftmals selber von einer ADHS betroffen seien. Somit müsse sie bezüglich Psychoedukation bei den Angehörigen häufig mehr investieren als bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst.

Stichwortartige Auflistung der genannten Strategien zur Psychoedukation von ADHS bei Angehörigen:

- Verwendung von Abbildungen (Zulauf)
- Auf Literatur und Broschüren verweisen (Zulauf)
- Problematik fängt oft bei Ke an und nicht nur beim Kind (Holzer)
- Erste-Hilfe-Set nach Erhalt der Diagnose in Planung (Jenni)
- Gefühlswelt übersetzen (Jenni)
- Vor- und Nachteile eines ADHS aufzeigen (Jenni)
- Strukturierung und Konsequenzen in der Erziehung (Jenni)
- Evtl. psychotherapeutische Begleitung für die Eltern (v.a. Km), da diese häufig plötzlich ausfallen (da zu erschöpft) und ein Klinikaufenthalt nötig wird (Jenni)
- Bild vom Gehirn und dieses mit Alltagsschwierigkeiten und den Besonderheiten ADHS-betroffener Kinder verbinden (Rietzler)
- Erschöpfung der Ke
- Austarieren, an welchen Stellen die Ke unrealistische Erwartungen loslassen können / wie viel Verantwortung den Jugendlichen übergeben werden kann, wo zusätzliche Begleitung durch eine Fachperson notwendig ist (Rietzler)

4.2.2.9. Psychoedukation bei Lehrpersonen (Jenni und Rietzler)

Bei Beratungen für Lehrpersonen zum Thema ADHS lege Stefanie Rietzler den Fokus auf folgende Punkte. Sie erachte es als zentral, sowohl gegenüber den Eltern, als auch gegenüber den Schülerinnen und Schülern selbst, deren Stärken herauszustreichen. Ein weiterer Punkt bestehe in der Aufklärung über das Störungsbild ADHS und den sich daraus ergebenden Herausforderungen für das Kind im Unterricht und bei den Hausaufgaben. Wichtig sei auch die Vermittlung von für ADHS-Betroffene geeignete Lernstrategien, wie beispielweise das Einbauen von möglichst vielen kurzen Wiederholungen. Darüber hinaus schaue sie mit den Lehrpersonen auch oft das Thema Konzentrationsförderung und Strukturierung an oder wie die Messlatte passend gesetzt werden könne, um Entlastung zu schaffen. Bei Jugendlichen finde Stefanie Rietzler auch die Selbstbeobachtung als einen zentralen Punkt. Die Adoleszenten sollen angeleitet werden, wie sie sich selbst beobachten können, um sich beispielsweise

bewusst zu werden, wann sie mit den Gedanken abschweifen, wann sie wieder zurückkommen und wie ihnen Letzteres gelingt (Meta-Awareness). In diesem Zusammenhang seien auch Wenn-Dann Pläne oder im Falle von ungünstigen Gedanken eine kognitive Umstrukturierung hilfreich. Damit es bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS nicht zu einer Negativspirale zwischen ihrem Verhalten und den Reaktionen der Lehrperson komme, ist gemäss Helen Jenni eine gute Beziehung zwischen der Lehrperson und den Kindseltern entscheidend.

Stichwortartige Auflistung der genannten Strategien zur Psychoedukation von ADHS bei Lehrpersonen (Jenni und Rietzler):

- Beziehung zwischen Lp und Ke sehr entscheidend
- Aufklärung über das Störungsbild und dessen Auswirkungen auf das Lernen
- Stärken herausstreichen
- Konzentrations- und Lernstrategien vermitteln
- Messlatte richtig anpassen
- Strukturierung, um Entlastung zu schaffen
- Selbstbeobachtung für Jugendliche
- (Kognitive Umstrukturierung, wenn Lehrperson darin geübt)
- Wenn-Dann-Pläne

4.2.2.10. Ursachen und Diagnostik

Bezüglich der Ursachen einer ADHS weist vor allem Prisca Zulauf auf verschiedene Erklärungsansätze hin: Die Störung scheine eine genetische und organisch-biologische Grundlage zu haben (Ungleichgewicht im Neurotransmittersystem). Im Vordergrund einer ADHS stünden vor allem Einschränkungen in den Bereichen Organisation, Handlungsplanung, Aufmerksamkeit und Strukturierung, nicht entdeckte komorbide Teilleistungsstörungen und soziale Probleme (störendes, clowneskes oder anderweitig inadäquates Verhalten). Die Ausprägung und der Verlauf würden häufig durch die Ressourcen des Milieus moderiert, d.h. die Symptomatik könne dadurch verstärkt oder abgeschwächt werden.

Frau Zulauf erachtet die schulbezogene Symptomatik als einen zentralen Bestandteil der Diagnostik, da laut Definition eine ADHS in mindestens zwei Lebensbereichen auftreten muss. Es empfehle sich daher, nicht nur Fragebögen an die Lehrpersonen zu senden, sondern auch spezifisch bei diesen nachzufragen. Insbesondere auch deshalb, weil sich Aufmerksamkeitsprobleme im häuslichen Kontext anders präsentieren, als schulbezogene Aufmerksamkeitsstörungen (daher Planung der Abklärung meist nach den Herbstferien der ersten Klasse). Bei jüngeren Kindern sollte der Fokus ihrer Meinung nach auf vorbereitende Massnahmen im Hinblick auf den Schuleintritt gelegt werden, indem beispielsweise Unterstützungen wie systemische Verhaltenstherapie und Heilpädagogische Früherziehung aufgegleist werden. Da für die Initiierung solcher Unterstützungen manchmal jedoch eine Diagnose notwendig sei, müsse im Einzelfall geprüft werden, ob eine Abklärung des Kindes auch bereits vor Schuleintritt sinnvoll wäre. Im Allgemeinen sei Prisca Zulauf mit der Vergabe der Diagnose ADHS jedoch sehr

zurückhaltend, da eine solche alleine die Betroffenen nicht weiterbringe. Zudem erachte sie eine ausführliche differentialdiagnostische Abklärung als wichtig, um Störungsbilder mit ähnlicher Symptomatik wie beispielsweise die Reaktion auf eine akute Belastungssituation ausschliessen zu können. Nebst der Berücksichtigung von Differentialdiagnosen, welche gemäss Prisca Zulauf von anderen Fachpersonen oftmals zu wenig beachtet würden, müsse auch das Vorliegen von Komorbiditäten genau abgeklärt werden. Ihrer Erfahrung nach würden insbesondere auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen, sprachassoziierte Teilleistungsstörungen oder neuromotorische Störungsbilder häufig nicht erkannt. Auch Helen Jenni erachtet eine differenzierte Diagnosestellung als wichtig, indem sie darauf hinwies, dass andere organische (Schilddrüsenfunktion) und psychische Störungen, welche ADHS-ähnliche Symptome aufweisen, auszuschliessend seien. Zur Vergabe der Diagnose verwende Prisca Zulauf einerseits einen selbstentwickelten Anamnesebogen. Diesen lasse sie den Familien bereits im Voraus zukommen und komplettiere ihn während des Erstgesprächs. Andererseits gehören eine umfassende testpsychologische Abklärung sowie eine neuropsychologische Funktionsprüfung zu ihrem standardmässig durchgeführten Prozedere. Prisca Zulauf stelle die Diagnose ADHS folglich nur nach einer ausführlichen test-/ neuropsychologischen Abklärung von ungefähr viereinhalb Stunden Dauer (inkl. Anamnese) sowie dem zwingenden Einbezug von fremdanamnestischen Angaben der Lehrperson der Betroffenen, welcher von ihr manchmal noch durch einen Schulbesuch ergänzt werde. Ungefähr 95 Prozent der Neuanmeldungen gingen mit einem Verdacht auf ADHS einher, wobei jedoch nie so viele Diagnosen vergeben werden würden. Bei allen Interviews wurde deutlich, dass eine ADHS-Diagnose jedoch sowohl für Betroffene («es liegt nicht nur an mir») wie auch für Angehörige («ich habe nicht alles falsch gemacht») eine Entlastung darstellen kann. Wenn der Leidensdruck allerdings hoch sei, die Diagnose ADHS jedoch nicht vergeben werden könne oder das Ergebnis der Abklärung eine Lernstörung oder Intelligenzminderung sei, sei dies für die betroffenen Familien oftmals schwierig.

4.2.2.11. Unterscheidung ADS und ADHS

Frau Zulauf und Frau Holzer nehmen keine Unterscheidung der Begrifflichkeiten ADS und ADHS vor. Es scheine selten die reinen «Hypos» zu geben, meistens handle es sich um Mischformen – je nach Anforderungen des Kontextes (Zulauf). Für die Betroffenen sei die Problematik jedoch dieselbe, da sie im gleichen Masse darunter leiden würden (Holzer). Frau Jenni ist der Meinung, dass die Unterscheidung von ADS und ADHS durchaus hilfreich sein könne, um die Symptome besser beschreiben und sich genauer ausdrücken zu können. Kinder mit einer ADS seien oftmals innerlich sehr unruhig (Holzer). Frau Jenni formulierte dazu den Satz: «Das Gehirn ist hyperaktiv, zappelt aber nicht gegen aussen».

Laut Stefanie Rietzler seien die «ADS»-Verläufe (ADHS, vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild) meist so, dass die Kinder entweder bereits im Kindergarten auffällig seien oder die ADS lange Zeit nicht erkannt werde. Dies, weil diese Kinder weniger stören / auffallen würden, weil das Umfeld besser mit ihnen umgehen könne respektive die Lehrpersonen gegenüber diesen

Verhaltensauffälligkeiten häufig toleranter seien (Holzer, Rietzler). Oftmals breche dann kurz vor dem Übertritt die Welt zusammen aufgrund der mangelnden Selbstorganisation und den ausbleibenden Lernfortschritten trotz grossen Einsatzes der Familie (Rietzler). Wenn die ADS bis zur Pubertät nicht entdeckt worden sei, würden oftmals depressive Symptome oder selbstverletzendes Verhalten (v.a. ritzen) auf eine mögliche ADS hindeuten (Holzer, Jenni).

Über alle Interviews hinweg zeigte sich, dass noch vor einiger Zeit im Berufsalltag die Jungen vermehrt hyperaktiv und die Mädchen vermehrt hypoaktiv waren, nun aber eine Angleichung stattgefunden hat. Dafür scheint es verschiedene Gründe zu geben: Problem der Diagnostik (Zulauf), existierende Literatur (Rietzler), keine Geschlechterunterscheidung bei den Prävalenzzahlen für die unterschiedlichen Erscheinungsbilder im DSM-5 (Rietzler), gegebenenfalls zu wenig Verbindungen zwischen Forschung und Praxis (Rietzler).

Laut Stefanie Rietzler kann man die Langsamkeit nicht «abtrainieren», indem man die Kinder unter Druck setzt und ständig zur Eile antreibt. Vielmehr sollen die Kinder lernen dürfen, wann sie ihren Aufmerksamkeitsfokus auf eine Aufgabe im Aussen richten müssen und wann sie ihren Tagträumen nachhängen können und ihr Tempo leben können. Zur Stärkung der kognitiven Kontrolle und der Kreise, die für die Aufmerksamkeitslenkung verantwortlich sind, werden von Stefanie Rietzler Achtsamkeitsübungen und Selbstinstruktionen empfohlen. Darüber hinaus sei angemerkt, dass Langsamkeit durchaus eine Ressource sein kann (vgl. Kapitel 3.6.2.). Stefanie Rietzler hat gemeinsam mit ihrem Kollegen Fabian Grolimund zu den oben ausgeführten Aspekten das Buch «Lotte, träumst du schon wieder?» für verträumte Schulkinder zwischen sieben und elf Jahren geschrieben. Der Ausgangspunkt dafür war die Erfahrung, dass es für vorwiegend hyperaktiv-impulsive Kinder viel Literatur gibt, Betroffene vom vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbild der ADHS (und hier insbesondere Mädchen) in der Kinderliteratur jedoch wenig Beachtung finden.

4.2.2.12. Unterscheidung POS und ADHS

Laut Frau Jenni ist es wichtig, dass die Eltern stets alles gut dokumentieren und Berichte einholen, falls eine Unterstützung durch die IV mal Thema werden sollte. Die Diagnose GG 404 wird von den IV-Stellen gemäss spezifischen Anerkennungskriterien vergeben (im medizinischen Leitfaden zum GG 404 abrufbar unter https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6419/download?version=3).

In der Arbeit und in der Beratung mit den Kindern mache Frau Rietzler keinen Unterschied, bei den Eltern hingegen gehe sie differenziert darauf ein, was bei einer möglichen IV-Anmeldung zu beachten sei.

4.2.2.13. Behandlungsmethoden

Ein multimodales Behandlungskonzept, bestehend aus Psychoedukation, Elterntraining, Psychotherapie und ggf. Ergotherapie, ist bei der Behandlung einer ADHS sehr zentral. In der Psychotherapie würden das Durchbrechen der negativen Spirale sowie das Trennen von Person und Verhalten wichtige therapeutische Bausteine darstellen (Jenni). Prisca Zulaufs Erfahrung in der freien Praxis zeige jedoch, dass es vor allem bildungsnahe Familien seien, welche eine psychotherapeutische Behandlung längerfristig fortsetzen würden.

Alternative Behandlungsmöglichkeiten könnten helfen, ihre Wirksamkeit sei aber oftmals vom Ausmass der Störung abhängig. Meistens zeige sich kurzfristig ziemlich schnell eine Verbesserung, längerfristig jedoch nicht. Auf jeden Fall gelte es den Aufwand und den Ertrag abzuschätzen (Jenni). Prisca Zulauf habe bei den Alternativtherapien die chinesische Medizin sowie das Praktizieren von Yoga überzeugt. Die Wirksamkeit von Kinesiologie sei hingegen wissenschaftlich zu wenig bestätigt und ihrer Erfahrung nach auch zu wenig nachhaltig. Auch eine Behandlung mittels Neurofeedback-Training sei nicht für alle ADHS-Betroffenen geeignet. Bezüglich einer homöopathischen Behandlung zeige ihre Erfahrung, dass eine solche je nach Schweregrad der ADHS in der Unterstufe nicht selten eine stabilisierende Wirkung zeige. Sobald die schulischen Anforderungen jedoch steigen würden, erachte es Prisca Zulauf als wichtig, v.a. bei mittelgradigem bis schwerem ADHS-Ausprägungsgrad auch eine medikamentöse Behandlung in Betracht zu ziehen, da die betroffenen Kinder ihre Schwierigkeiten ab diesem Zeitpunkt meistens nicht mehr kompensieren könnten.

Bei der Behandlung mit Medikamenten gelte es zu beachten, dass diese Behandlungsmethode von vielen Eltern als letzte Option angesehen werde, da diese mit diversen Vorurteilen behaftet und mit Angst verbunden sei: z.B. «nimmt man das Medikament einmal, muss man es lebenslänglich nehmen» (Jenni). Daher sei es wichtig, mit den Familien Bedenken, Sorgen, Hoffnungen und den aktuellen Leidensdruck anzuschauen, damit sie selber in Absprache mit dem Facharzt eine gute Entscheidung treffen könnten (Rietzler). Es könne auch hilfreich sein, dass sich die Eltern nochmals von einem Arzt das Ganze erklären lassen würden. Prisca Zulaufs Erfahrung zeige, dass bei Kindern mit einer diagnostizierten ADHS häufig auch bedeutsame schulische Leistungsprobleme aufträten und sie deshalb oftmals mit Methylphenidat behandelt würden. Die richtige Einstellung der Medikamente sei dabei sehr zentral. Für Kinder vor dem Alter von sechs Jahren gibt es kein offiziell zugelassenes Medikament. Es können also nur off-label Behandlungen gemacht werden. Wenn bei einer medikamentösen Behandlung die Wirkung ausbleibe, sollte gemäss Prisca Zulauf auch daran gedacht werden, dass womöglich nicht eine ADHS die zugrundeliegende Problematik darstelle. Stolpersteine bezüglich der Medikation scheine es mehrere zu geben (Rietzler): Angst vor oder teils unzureichende Unterstützung bei Nebenwirkungen, Druck auf die Familie durch die Aussage einzelner Lehrpersonen, dass das Kind «nur mit Ritalin an der Schule bleiben kann», Jugendliche, die ihre Medikamente zu einem ungünstigen Zeitpunkt absetzen, vereinzelt Verschreibung von Stimulanzien ohne vorhergehende sorgfältige Diagnostik, Vermittlung von manchen Ärzten, dass ADHS ausschliesslich ein «medizinisches Problem» sei und eine medikamentöse Therapie

somit der einzig «richtige» Behandlungsweg. Helen Jenni habe jedoch die Erfahrung gemacht, dass eine Behandlung mit Methylphenidat durchaus eine Entlastung bringen könne.

4.2.2.14. Stolpersteine bei der Abklärung und Beratung

- Voreingenommenheit («der hat bestimmt kein ADHS») vorab der Abklärung (Zulauf)
- Erschöpfung von Familien («ich mache alles, aber kann nicht mehr») werde zu wenig wahrgenommen (Zulauf)
- Betroffene seien oftmals sehr direkt. Wenn man sich ihnen gegenüber ebenfalls direkt verhalte, würden sie dies jedoch oft nicht ertragen und mit Kritik reagieren (Holzer)
- Medikamente (Holzer)
- Lügen scheine oftmals ein grosses Thema zu sein: Wie spricht man dies an? Was ist wahr und was erfunden? (Holzer)
- Bei Konflikten / getrennten Eltern sinnvoll, beide Parteien anzuhören, da man oft zwei verschiedene Geschichten zu hören bekomme. Schwierigkeit in der Beratung: Man könne nur diejenige Seite wahrnehmen, die erzählt werde (Jenni)
- Oftmals würden die Klienten nicht richtig zuhören, weil sie entweder abgelenkt oder nicht in der Verfassung seien etwas aufzunehmen. Daher bewähre es sich, Adressen u.Ä. anschliessend noch per Mail zu verschicken (Jenni)
- Selbst betroffene Eltern könnten sehr direkt und dynamisch sein (würden z.B. gesamte Lebensgeschichte erzählen oder die Ärzte beschuldigen) (Jenni)
- Stigmatisierung (Rietzler)
- Verständnis von ADHS als Konstrukt, von dem aus keine Veränderung mehr möglich sei (Rietzler)

4.2.2.15. Haltungen zu Apps

Frau Holzer vertritt die Meinung, dass so wenig Zeit wie möglich am Computer verbracht werden sollte und sich die Kinder stattdessen oft in der Natur aufhalten sollten. Ähnlicher Meinung ist Frau Rietzler, die die Erfahrung gemacht hat, dass die Verwendung von Online-Angeboten oftmals zu Streitereien in der Familie führen würden. Um Vokabeln zu lernen oder Kalender/Programme, mit denen man gut strukturieren und planen könne, erachtet sie Apps jedoch als hilfreich. Der Time-Timer wurde sowohl von Frau Jenni wie auch von Frau Rietzler erwähnt. Frau Jenni nannte uns gleich mehrere Hilfsmittel: Microsoft Tools (v.a. One Note), Diktier- und Vorlesefunktionen, Headspace (Entspannung, Bodyscan, etc.), Calmaruma (CD), Buchknacker.ch.

5. Materialteil

5.1. Beratungs-Flip

Wie anfänglich in der Einleitung beschrieben, war es uns ein Anliegen, die gesammelten Informationen den Beratenden nicht nur in der vorliegenden geschriebenen Form zur Verfügung zu stellen, sondern sie auch so aufzubereiten, damit sie im Beratungsalltag direkt einsetzbar sind. Die interne Befragung der Mitarbeitenden der Erziehungsberatung Bern hatte gezeigt, dass bei vielen Beratenden der Wunsch nach einer visuellen Unterstützungshilfe bezüglich dieses Themas besteht. Somit entschieden wir uns dazu, einen illustrierten und beschrifteten Aufstellordner zu erstellen, welcher bei der Psychoedukation von ADHS bei Betroffenen, deren Angehörigen sowie Lehrpersonen eingesetzt werden kann. Der Aufstellordner ist derart gestaltet, dass die Informationen zum Thema ADHS auf Seite der Klienten in Form eines informativen Bildes ersichtlich sind. Demgegenüber sind für die Beratenden auf den Rückseiten jeweils die wichtigsten Punkte zu den auf den Vorderseiten dargestellten Unterthemen sowie Formulierungshilfen und weiterführende Materialien aufgeführt. Der thematische Aufbau des Aufstellordners gestaltet sich so, dass zu Beginn allgemeine Informationen über das Störungsbild präsentiert werden, indem die Ursachen einer ADHS, deren Häufigkeit sowie Entwicklung über die Lebensspanne thematisiert werden. Danach folgt ein Bild einer Klasse in einem Klassenzimmer, wobei einige der Schülerinnen und Schüler unterschiedliche AD(H)S-Symptome zeigen. Die Idee dieses Bildes ist, dass sich die Klientinnen und Klienten je nach Alter in den gemalten Schülerinnen und Schülern selbst wiedererkennen können oder dass deren Eltern berichten können, welche abgebildeten Verhaltensweisen am ehesten auf ihr Kind zutreffen. Alle Schülerinnen und Schüler der Klasse, welche mit ADHS-Symptomen dargestellt sind, sind weiter hinten im Ordner nochmals einzeln und mit spezifischen Informationen auf den Rückseiten, abgebildet. Somit hat die beratende Person die Möglichkeit, auf die entsprechenden Seiten des Ordners zu springen und die dargestellten Symptome mit der Klientin oder dem Klienten noch genauer anzuschauen, respektive weitere Symptome zu besprechen.

5.2. Werkzeugkiste

5.2.1. Bücher für Kinder und Jugendliche

Buchtitel	Buchinhalt	Altersempfehlung	Autor(en) / ISBN-Nr.
Lotte, träumst du schon wieder?	ADS	Für Kinder und Erwachsene	Stefanie Rietzler, Fabian Grolimund
(a) hogrete			978-3-456-86081-7
Zappel-Zirkus Zacharias	Hyperaktivität, Impulsivität	6-12 Jahre	Friederike Zais, Charlotte
Transferior Zian Zappel-Zirkus			Michalak, Maren Rumpf,
Zacharias In Bach 1: appropria Promotion Promote und 2 Handerman			Maylien Schulte
· hogrefe			978-3-456-85918-7
Phil, der Frosch	Symptome ADHS,	5-12 Jahre	Hanna Zeyen
Phil, der Frosch	Problembewusstsein,		
Ein Büch für Kinder mit ADHS, ihre Freundinnen und	Umgangsmöglichkeiten,		978-3-456-85621-6
Freunde und alle, die sie gern haben	Wahrnehmung von		978-3-430-83021-0
	Symptomen im Alltag, Ressourcen		
n hogrefe			
Mein grosser Bruder	Erklärt ADHS auf	5-7 Jahre	Anja Freudiger
Matti	kindgerechte Weisen		
Mein großer Bruder Matti			978-3-86739-072-9
Herzlichen Glückwunsch		Ab 10 Jahren	Swetlana Ebert und Ralf-
zu ADHS			Erik Ebert
Portrain des Belontenandishefüldinger des Bel			978-3-8482-3044-0
Für Monochen nich 10 Jehre			

Wie aus dem kleinen	Eine selbstwertstärkende	5-8 Jahre	Monika Blaser
Kater Leo ein Löwe	Geschichte für Kinder mit		
wurde	ADHS inkl. fachlicher		
	Informationen für Eltern		978-3-7322-6841-2
Live say den kleinen en Leure Segter Leo tract inter Rapare tract inte			
Tim Zippelzappel und	Zwei Kinder mit deutlichen	8-10 Jahre	Ulrike Schäfer
Philipp Wippelwappel:	ADHS-Symptomen schreiben		
Eine Geschichte für	einander E-Mails und		
Kinder mit ADS/ADHS-	berichten über ihre Störung		978-3-456-85809-8
Syndrom	und die Art, wie diese		
tonanson Tim Zippelasped med milaspe Vippelasped with the control of the control	behandelt wird.		
35 Kilo Hoffnung	Ein Roman über Mut, Schule,	Ab 10 Jahren	Anna Gavalda
Ama Gavalda 35 Kilo Hoffnung	Familie und die Suche nach der eigenen Identität		(Übersetzt von Ursula Schregel) 382705107X
Zappelmax! Sei nun	Ein Büchlein über die	Für Kinder	Michael Gordon, Ph. D.
endlich still und passe	Aufmerksamkeitsdefizit-		(Danta la Dallat/Da (201)
auf!	störung		(Deutsch Reist/Ryffel)
See new couldn't still und passes cut I			erhältlich bei elpos Regionalverein Ostschweiz
Hilfe mein Bruder	Ein Büchlein über die	Für Geschwister	Michael Gordon, Ph. D.
kommt!	Aufmerksamkeitsdefizit-	von betroffenen	(Deutsch Reist/Ryffel)
	störung	Kindern	
HIFE Bruche Kommt-! Ex business Date of Application Date of Date			erhältlich bei elpos Regionalverein Ostschweiz

Ich würde, wenn ich	Ein Büchlein über die	Für Jugendliche	Michael Gordon, Ph. D.
könnte.	Aufmerksamkeitsdefizit-		(Deutsch Reist/Ryffel)
	störung (ADS)		
CARDINAL AND			erhältlich bei elpos Regionalverein Ostschweiz
ADS - TopFit beim	Gezielte Hilfen für das Lernen	510. Klasse	Elisabeth Aust-Claus,
Lernen!: Bedienungs-	in der Schule und Zuhause,		Petra-Marina Hammer
anleitung für Dein	besonders bei Kindern mit		
Gehirn	ADS		
ADS Topfit bein Jerren Manual Andrew Manual Andre			978-3-937003-00-9
Clever lernen	Lernen	11-13 Jahre	Stefanie Rietzler, Fabian
Tridit individual Colever lernen © hogrefe			Grolimund 978-3-456-85897-5
Nina und Flo	Bilderbuch zum	16. Klasse	Chantal Fischer, Kathrin
Nina und Flo	Aufmerksamkeits- und		Leeman
Miles distribution of the second of the seco	Hyperaktivitätssyndrom		978-3-292-00561-8

Weitere Büchertipps für Kinder und Jugendliche finden sich auf der Website $\underline{www.adhs.info}$

5.2.2. Broschüren

- Infoflyer und -broschüren von elpos
- Grosser Chaot oder kleines Genie? Kinder mit besonderen Bedürfnissen

5.2.3. Bücher / Manuale

- aktuelle Fachpublikationen von elpos unter https://www.adhs-organisation.ch/publikationen/elpos-fachpublikation/ Besonders empfehlenswert: «ADHS in der Schule», «Was hilft bei ADHS?», «Basis Wissen ADHS»
- Döpfner, M., Frölich, J., & Wolff Metternich-Kaizman, T. (2019a). Ratgeber ADHS: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (3., aktualisierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Schürmann, S. (2017). *Wackelpeter & Trotzkopf* (5., aktualisierte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2019b). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Weinheim: Beltz.
- Ihde, T. (2020). Ganz normal anders. Alles über Psychische Gesundheit, Störungsbilder, Perspektiven und Hilfsangebote. Zofingen: Beobachter.
- Lauth, G. W., & Schlottke, P. F. (2019). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. 7. Auflage.* Weinheim: Beltz.
- Plück, J. Wieczorrek, E., Wolff Metternich-Kaizman, T., & Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehungsgruppen. Bern: Hogrefe.
- Rietzler, S., & Grolimund, F. (2016). *Erfolgreich lernen mit ADHS: Der praktische Ratgeber für Eltern*. Bern: Hogrefe.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., & Turner, K.M.T. (2006). *Trainermanual für das Triple P Einzeltraining*. Münster: Verlag für Psychotherapie
- -Sanders, M.R., & Turner, K.M.T. (2006). *Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm*. 2. überarbeitete Auflage. Münster: Verlag für Psychotherapie

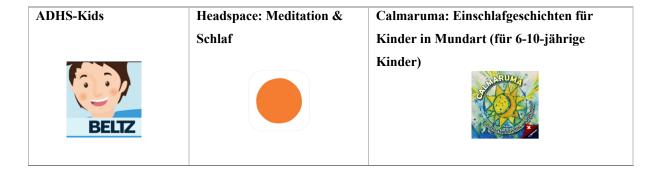
5.2.4. Websites

www.adhs.info	www.adhs-organisation.ch
www.sfg-adhs.ch	www.ag-adhs.de
www.biber-blog.com	www.erfolginderschule.ch
www.hansguckindieluft.ch	www.lernen-mit-adhs.ch
https://www.medice.ch/indikationen-	https://www.medice.ch/indikationen-
1/adhs/patienteninformationen/weiteres-adhs-	1/adhs/patienteninformationen/weiteres-adhs-
infomaterial/adhs-kein-grund-zur-panik-chdpdf	infomaterial/adhs-booklet-vol02-druck-chd.pdf
www.mit-kindern-lernen.ch	www.buchknacker.ch
www.zentrales-adhs-netz.de	

5.2.5. Spiele

- Spielliste des Inselspitals
- Spiele zu den Exekutiven Funktionen: FEX-Materialien, Nele und Noa im Regenwald, Schlau aber..., Zusammenstellung von Ideen zu den einzelnen Bereichen im EB-Kolloquium «Psychodiagnostik und erste Interventionen bei Aufträgen aus dem Bereich Psychologie für die Schule» bei Dr. Regula Mathys

5.2.6. Apps



5.2.7. Weiteres

- Time Timer
- Online-Angebote, um Vokabeln zu lernen oder Kalender/Programme, mit welchen man gut strukturieren und planen kann
- Microsoft Tools (v.a. One Note), Diktier- und Vorlesefunktionen

6. Danksagung

An dieser Stelle bedanken wir uns ganz herzlich bei unserer Illustratorin Frau Mägi Brändle für ihre Bereitschaft, unser Projekt zu unterstützen sowie die sehr gelungenen Illustrationen.

Ein herzliches Dankeschön geht auch an unsere vier Interviewpartnerinnen Frau Franziska-Neima Holzer, Frau Helen Jenni, Frau Stefanie Rietzler sowie Frau Dr. phil. Prisca Zulauf, welche ihr Wissen bezüglich Psychoedukation bei ADHS im Rahmen der Interviews mit uns teilten.

Ebenso danken wir allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kantonalen Erziehungsberatung Bern, welche an unserer internen Umfrage teilgenommen oder unser Projekt zusätzlich auf andere Art und Weise unterstützt haben.

Schliesslich gebührt ein Dankeschön auch allen Kindern und Jugendlichen unserer Beratungen, welche uns für diese Arbeit inspirierten sowie unserem privaten Umfeld für die Unterstützung während des Prozesses.

7. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA); Falkai, P., Wittchen, H.U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier,
 W., Rief, W., ... Zaudig, M. (Hrsg. der dt. Ausgabe) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Dt. Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.
- Balazrs, J., Györi, D., Horvath, L.O., Mészaros, G., & Szentivanyi, D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender, *BMC Psychiatry*, 18(34), 2-10.
- Born, A., & Oehler, C. (2021). "Gemeinsam wachsen" der Elternratgeber ADHS. Verhaltensprobleme in Familie und Schule erfolgreich meistern (2., überarbeitete Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Brown, T.E. (2005). Attention Deficit Disorder: The unfocused mind in children and adults. New Haven, CT: Yale University Press.
- Brown, T.E. (2018). ADHS bei Kindern und Erwachsenen eine neue Sichtweise. Bern: Hogrefe.
- Casey, B.J., Somerville, L.H., Gotlib, I.H., Ayduk, O., Franklin, N.T., Askren, M.K. et al. (2011). Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. *Proceedings oft he National Academy of Sciences*, 108 (36), 14998-15003.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). (2017). Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung (AHDS) im Kindes- Jugend- und Erwachsenenalter». AWMF-Registernummer 028-045. Online im Internet: www.awmf.org (Stand: 01.11.2020).
- Döpfner, M., & Banaschewski, T. (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 271-290). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Frölich, J., & Wolff Metternich-Kaizman, T. (2019a). Ratgeber ADHS: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (3., aktualisierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Schürmann, S. (2017). *Wackelpeter & Trotzkopf* (5., aktualisierte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S., & Frölich, J. (2019b). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. 6. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Elder, T. E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics*, 29(5), 641-656.

- Evans, W. N., Morrill, M. S., & Parente, S. T. (2010). Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of Health Economics*, 29(5), 657-673.
- Fegert, J.M., & Kölch, M. (Hrsg.). (2013). *Klinikmanual. Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie*. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer.
- Fröhlich, T.E., anixt, J.S., Loe, I.M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R.C. (2011). Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333-344.
- Gawrilow, C. (2016). *Lehrbuch ADHS: Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie* (2., aktualisierte Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gnanavel, S., Sharma P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420-2426.
- Janssen-Cilag (o.J.). (2014). Grosser Chaot oder kleines Genie? Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Eine Informationsbroschüre für Eltern und Angehörige.
- Hering, R., Schulz, M., Wuppermann, A., & Bätzing-Feigenbaum, J. (2014). Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 1: Entwicklung der Diagnoseprävalenzen von ADHS zwischen 2008 und 2011 im regionalen Vergleich. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 14/09. Berlin.
- Lauth, G. W. (2014). ADHS in der Schule: Übungsprogramm für Lehrer (mit E-Book inside und Arbeitsmaterial) (2., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lauth, G. W., & Naumann, K. (2009). ADHS in der Schule. Übungsprogramm für Lehrer (mit CD-Rom). Weinheim: Beltz PVU.
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Mayes, R.D., & Molitoris, S. (2012). Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 277-285.
- Morrow, R. L., Garland, E. J., Wright, J. M., Maclure, M., Taylor, S., & Dormuth, C. R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. CMAJ, 184(7), 755-762. doi:10.1503/cmaj.111619
- Mühlig, S., & Jacobi, F. (2011). Psychoedukation. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 477-490). Heidelberg: Springer Medizin.
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2005). Gender appropriateness of symptom criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder, and conduct-disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 359-381. doi:10.1007/s10578-005-2694-y
- Petermann, F., & Ruhl, U. (2011). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 673-695). Heidelberg: Springer Medizin.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide

- prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Remschmidt, H. (Hrsg.). (2011). Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Rietzler, S., & Grolimund, F. (2016). *Erfolgreich lernen mit ADHS: Der praktische Ratgeber für Eltern*. Bern: Hogrefe.
- Sagiv, S.K., Thurston, S.W., Bellinger, D.C., Amarasiriwardena, C., & Korrick, S.A. (2012). Prenatal exposure to mercury and fish consumption during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder-related behavior in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(12), 1123-1131.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., & Turner, K.M.T. (2006). *Trainermanual für das Triple P Einzeltraining*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M.R., & Turner, K.M.T. (2006). *Trainermanual für das Triple P Gruppenprogramm*. 2. überarbeitete Auflage. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M., Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50, 827-835.
- Steinhausen, H.-C. (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinderund Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 7. Auflage. Urban & Fischer: München.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Newcorn, J.H., Kollins, S.H., Wigal, T.L., Telang, F. et al. (2010). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular Psychiatry*, 16(11), 1147-1154.
- World Health Organization (WHO). (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- Wuppermann, A., Schwandt, H., Hering, R., Schulz, M., & Bätzing-Feigenbaum, J. (2015). Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 2: Zusammenhang zwischen ADHS-Diagnose-und Medikationsprävalenzen und dem Einschulungsalter. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/11. Berlin.

8. Anhang

8.1. Leitfragen für die Interviews

- 1. Vorname, Name, Funktion, beruflicher Hintergrund, seit wann in der derzeitigen Funktion tätig und was waren die Beweggründe dafür?
- 2. Klientel, Zeitpunkt der Konsultation, Anmeldegründe?
- 3. Wie gehen Sie bei der Psychoedukation von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen vor? Was sind dafür verwendete, hilfreiche Unterlagen (insbesondere auch Unterlagen zu ADS) / nützliche Formulierungen etc.?
- 4. Welche Fragen werden von betroffenen Kindern und Jugendlichen am häufigsten an Sie herangetragen? / Bei welchen Themen besteht insbesondere Interesse respektive Informations- und Unterstützungsbedarf?
- 5. Wie ist Ihr Vorgehen bei der Psychoedukation von AD(H)S bei den Angehörigen? Was sind dafür verwendete, hilfreiche Unterlagen (insbesondere auch Unterlagen zu ADS) / nützliche Formulierungen etc.?
- 6. Welche Fragen werden von Angehörigen am häufigsten an Sie herangetragen? / Bei welchen Themen besteht insbesondere Interesse respektive Informations- und Unterstützungsbedarf?
- 7. Auf welche Punkte weisen Sie bei Beratungen von Lehrpersonen hin respektive welche Fragen werden von Lehrpersonen hauptsächlich an Sie herangetragen? Was sind dafür verwendete, hilfreiche Unterlagen (insbesondere auch Unterlagen zu ADS) / nützliche Formulierungen etc.?
- 8. Wie sieht der Beratungsbedarf von Betroffenen, Angehörigen und Lehrpersonen bezüglich Medikation aus und wie ist Ihre Haltung dazu?
- 9. Was ist Ihre Einstellung gegenüber anderen Behandlungsmethoden?
- 10. Das infantile POS unterscheidet sich ja von der ADHS, wie wird dies von Ihnen in der Beratung berücksichtigt?
- 11. In der ICD-10 gibt es den rein unaufmerksamen Typ (ADS) nicht. In unserem Berufsalltag begegnen wird dem hingegen sehr oft. Kennen Sie gute Literatur oder Forscherinnen und Forscher bezüglich ADS?
- 12. Was denken Sie über die Unterscheidung zwischen ADHS und ADS? Handelt es sich um eine Definitionsfrage? Ist sie für die Praxis relevant?
- 13. Gibt es einen Unterschied zwischen ADHS und ADS in der Anzahl der von Ihnen durchgeführten Beratungen?
- 14. Welchen Stolpersteinen sind Sie in der Beratung zu AD(H)S bereits begegnet?
- 15. Kennen Sie hilfreiche Apps in Bezug auf AD(H)S?

8.2. Illustrationen von Mägi Brändle

