

Andrea Silz

Liebenswerte Chaoten – Wie AD(H)S-Kinder in der Schule erfolgreich sein können

1. Persönlicher Bezug zum Thema

Freya (s. Foto) hat AD(H)S (Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität) und besuchte die Förderschule. Sie ist jetzt 15 und wird in ihrem Traumberuf, Pferdepflegerin, ausgebildet. Freya ist heute ein glückliches Mädchen. Gregor hat ADHS und ist hochbegabt. Er ist 19, hat das Gymnasium absolviert, Abitur abgelegt und ist hoffentlich auch glücklich. Gregor war mein Schüler, Freya ist meine Tochter. Beide haben erleben dürfen, wie man mit ADHS erfolgreich durch die Schule kommen kann, wenn viele Menschen im Sinne des betroffenen Kindes zusammenarbeiten.

In dem Gymnasium, an dem ich unterrichte, lernen zurzeit zehn Schüler mit ADHS. Meine Kollegen haben sich auf die Kinder eingestellt und gehen positiv an die Problematik heran. Und wenn sie sagen „...so schlimm ist es doch gar nicht ...“ zeugt das einerseits vom Wissen um die Problematik in der Schule und andererseits vom Bemühen um den Schüler, egal, mit welchen Besonderheiten er ausgestattet ist.

Wie es gelingen kann, ADHS-Kinder erfolgreich zu integrieren, das möchte ich in diesem Artikel aufzeigen.



Freya ist ADHS-Kind.

Foto: Andrea Silz

2. Erscheinungsformen und Kernsymptome

Das Hauptmerkmal einer AD(H)S ist ein durchgehendes Muster von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität (fakultativ), das häufiger auftritt und stärker ausgeprägt ist, als es bei Kindern auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise beobachtet wird. Die Symptome sollten vor dem 7. Lebensjahr auftreten, länger als 6 Monate andauern und in mehreren Lebensbereichen (z.B. im familiären und schulischen Bereich) nachweisbar sein.

Störung der Aufmerksamkeit

Aufgaben werden vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet. Dies ist vor allem bei Beschäftigungen zu beobachten, die geistige Anstrengung erfordern. Bei fremdbestimmten Tätigkeiten (z.B. Hausaufgaben) sind die Symptome stärker ausgeprägt als bei selbstgewählten Beschäftigungen. Die Kinder wechseln schnell von einer Tätigkeit zur anderen, verlieren nach kurzer Zeit das Interesse an einer Aufgabe. Flüchtigkeitsfehler ergeben sich, die schriftlichen Arbeiten werden meist unordentlich, nachlässig und ohne Umsicht durchgeführt. Da die Herstellung von Aufmerksamkeit allerdings ein aktiver psychischer Prozess ist und nicht bloß eine mehr oder weniger ausgeprägte Fähigkeit, werden Aufmerksamkeitsleistungen zu einem erheblichen Teil von motivationalen Prozessen beeinflusst.

Impulsivität

Die Kinder sind sehr ungeduldig, können nicht abwarten, Bedürfnisse können nicht aufgeschoben werden, sie handeln unüberlegt. Fragen werden beantwortet, bevor sie vollständig gestellt wurden, Mitmenschen werden unterbrochen und übermäßig gestört. Distanzlosigkeit und mangelndes Gefahrenbewusstsein gehören dazu. Dem ersten Handlungsimpuls wird gefolgt und eine Tätigkeit wird begonnen, bevor sie erklärt und durchdacht wurde.

Hyperaktivität

Hyperaktivität bezeichnet eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität, exzessive Ruhelosigkeit. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in Situationen, in denen ein hohes Maß eigener Verhaltenskontrolle erwartet wird. Die Hyperaktivität ist fakultativ, d.h. auch Kinder mit verzögertem Arbeitstempo und extremer Verträumtheit können an ADS leiden. Sieht man sich die Kernsymptome im Bezug auf das System „Schule“ an, so ist unschwer zu erkennen, dass gerade in diesen Bereichen Anforderungsniveaus bestehen, die von ADHS-Kindern nur sehr schwer einzuhalten sind. Tätigkeiten in der Schule sind meist fremdbestimmt, werden über längere Zeiträume vom Lehrer geplant, Ordnung ist hohes Gebot und motivational hat mancher Unterrichtsstil große Reserven. Geduld wird vorausgesetzt, auch die Disziplin, den Lehrer ausreden zu lassen, Störungen sind unpassend.

Hyperaktive Kinder sind anstrengend, lenken den Lehrer und die Mitschüler bei Lerntätigkeiten ab und sind oft der Gradmesser für allgemeine Unruhe und mangelnden Wissenszuwachs in der Klasse. Beschwerden von Eltern der Mitschüler, die Angst um die positiven Lernerfolge ihrer eigenen Kinder haben, belasten den Lehrer und die Familien der ADHS-Kinder zusätzlich. Die häufigen Negativerlebnisse in verschiedenen Sozialisationsystemen führen bei vielen ADHS-Kindern zu zusätzlichen Begleit- und Folgestörungen (Komorbidität).

a) Soziale Probleme im Kontakt mit anderen Kindern

Die Distanzlosigkeit schreckt andere Kinder ab und führt zu sozialen Schwierigkeiten. ADHS-Kinder sind oft isoliert, in der Gruppe nicht anerkannt. Sie versuchen zu dominieren und andere zu

kontrollieren. Bei situativen Anforderungen ist das Sozialverhalten meist unangepasst, Rollenerwartungen werden selten erfüllt.

b) Oppositionelle Verhaltensstörungen

Anweisungen und Regeln gegenüber wird sich aktiv widersetzt bis hin zu Wutausbrüchen, die auf eine deutlich verminderte Frustrationstoleranz zurückzuführen sind. Aggressivität ist eine häufige Begleiterscheinung bei ADHS.

c) Entwicklungs- und Schulleistungsdefizite

Durch verminderte Aufmerksamkeitsleistungen im Unterricht verschlechtern sich die Schulleistungen mit steigenden Leistungsanforderungen. Mit zunehmendem Alter sind jedoch Sekundärstörungen wie vermindertes Selbstwertgefühl und fehlende Motivation bzw. dauernde Misserfolgserlebnisse Ursachen für Leistungsminderung bzw. -versagen.

d) Emotionale Auffälligkeiten

Auffallend sind mangelndes Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten, soziale Unsicherheiten, Ängste und depressive Befindlichkeiten. Die emotionale Reife ist verzögert, sodass sich die sozialen Probleme mit einer adäquaten körperlichen Reife meist verschärfen, da Gleichaltrige und auch erwachsene Bezugspersonen dieses Ungleichgewicht als irritierend empfinden.

Gerade bei der Fülle an Defiziten im Sozialbereich ist es für Professionelle, die mit ADHS-Kindern arbeiten, unumgänglich, Person und Verhalten bei der Einschätzung zu trennen. Die Gefahr besteht, durch die unangenehmen Auffälligkeiten das Kind als Person abzulehnen und dann nicht mehr unvoreingenommen an die Korrektur der Verhaltensprobleme herangehen zu können.

Bei Lehrern ist diese Tendenz teilweise zu erkennen, da die Belastung durch ADHS-Kinder das normale Maß bei Weitem übersteigt (zumal auch andere Kinder zunehmend ähnliche Symptome zeigen) und dieses Kind auch auf emotionaler Ebene abgelehnt wird. Wer dieser Gefahr als Lehrer erliegt, riskiert den Verlust seiner eigenen psychischen Gesundheit und versagt dem Kind die Chance auf ein faires Miteinander trotz der persönlichen Schwierigkeiten, unter denen das Kind selbst auch leidet. Hilfe verlangt ein hohes Maß an Professionalität und verbietet emotionale Schuldzuweisungen an die Familie oder das Kind selbst.

3. Diagnostik

Eine ausführliche Diagnostik umfasst das medizinische, psychologische und pädagogische Umfeld. Erst im Zusammenspiel aller Professionen ist eine fundierte Aussage über die Störung möglich. Meist sind die Kinderärzte die ersten Ansprechpartner für Familien, die dann an Spezialisten überweisen, die z.B. Kinder- und Jugendpsychiater sein können oder Psychologen, die als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeiten. Eltern und auch Lehrer können

ADHS nicht diagnostizieren, dazu sind eine Anzahl von ausgewählten Testverfahren notwendig, die dem Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten vorbehalten sind.

Dem vorschnellen Lehrerurteil sei Vorsicht geboten, erlebt er doch zunehmend viele Kinder in einer Gruppe, auf die die Symptome zutreffen. Aber nicht alle diese Kinder haben ADHS, die neueste Studie (Berlin) (Anm. 1) spricht von 3,9 Prozent, das betrifft statistisch maximal ein bis zwei Kinder pro Klasse. Um Klarheit über die Ursachen der Symptomatik und das Vorliegen einer Störung zu erlangen, bedarf es der medizinisch/psychologischen Abklärung. Während des Diagnoseverfahrens sollte der Lehrer allerdings Ansprechpartner des Arztes oder Psychologen sein und vor allem die Besonderheiten des Kindes im Schulalltag genau dokumentieren, da sich hier wichtige Anhaltspunkte für die Diagnostik ergeben. Hier sind Fragebögen zur Verhaltensbeobachtung bzw. des Belastungsfaktors für Mitschüler und Lehrer hilfreich (z.B. Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen TRF). (Anm. 2).

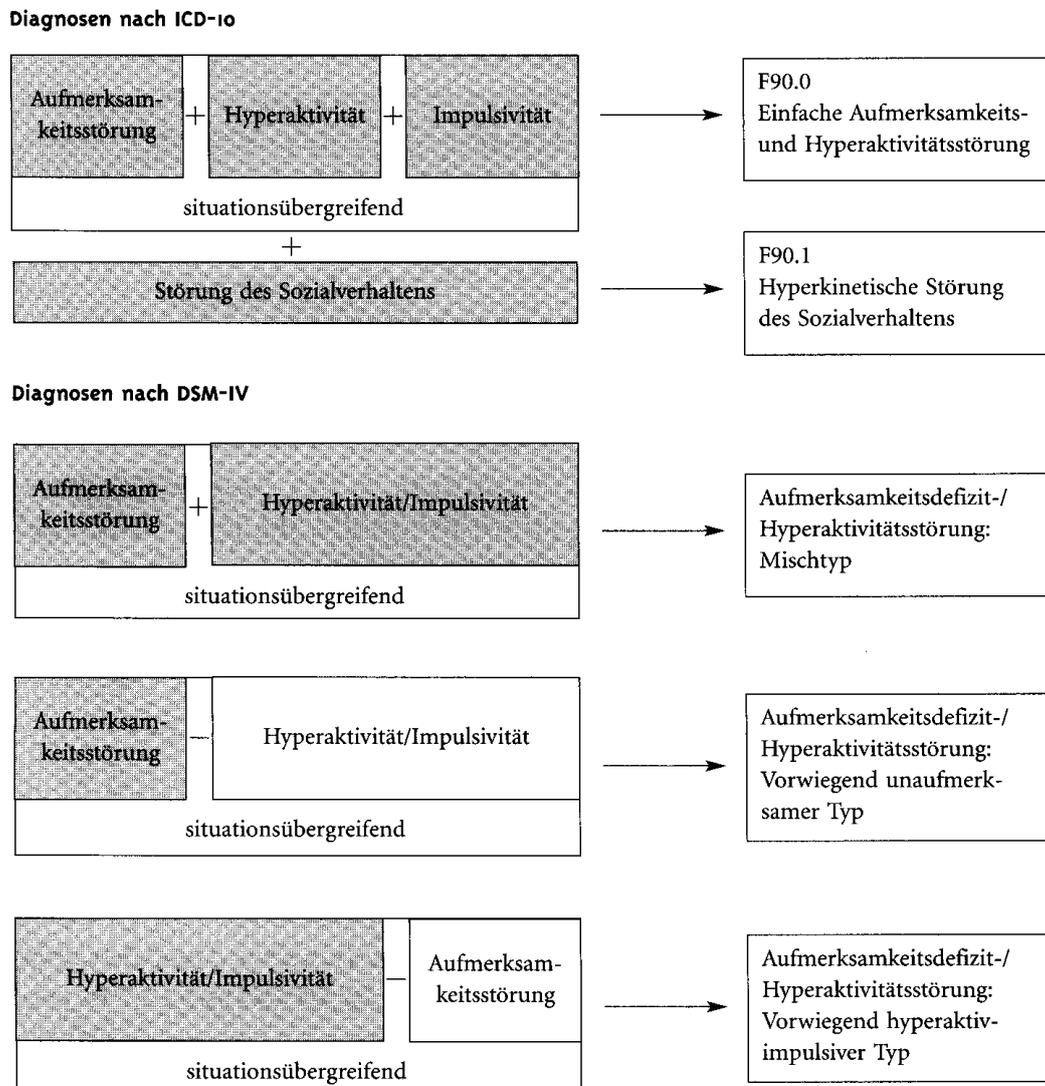


Abbildung 2.1. Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV-TR

Quelle: Döpfner, Schürmann, Fröhlich: THOP- Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, 4. Auflage, Weinheim, Basel 2007, S. 14.

Je genauer ein Lehrer oder Erzieher das Gruppenverhalten des Kindes einschätzt, umso hilfreicher ist es für den Arzt, die Diagnose gezielt stellen zu können und geeignete Therapiemaßnahmen mit der Familie zu besprechen. Schriftproben, Zeugnisse, Beurteilungen, Gesprächsprotokolle etc. sind wichtige Hilfsmittel bei der Einschätzung. Ist die Diagnose gestellt und sind Therapiemaßnahmen eingeleitet, zeigt sich eine Zusammenarbeit mit der Schule als unerlässlich, um die Hilfsangebote zu koordinieren und einer zusätzlichen Überforderung des Betroffenen vorzubeugen.

Das konstruktive Gespräch des Lehrers mit den Eltern und im Idealfall mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen ist Bedingung für einen erfolgreichen Verlauf der weiteren Entwicklung des Kindes. Die Möglichkeiten der Schule sind weitaus größer als bisher praktiziert, werden aber zu wenig genutzt, da es oft an Kommunikation zwischen den Professionen fehlt und die Eltern aus Scham oder familiärer Überforderung nicht den Weg zum Lehrer finden.

Problematisch empfinde ich auch immer wieder, wenn medizinische Diagnosen vom Lehrer nicht anerkannt oder in Frage gestellt werden und er fest auf seiner eigenen Meinung besteht, dass z.B. die Auffälligkeiten des Kindes ausschließlich auf Erziehungsfehler zurückzuführen sind. Somit wird dem Kind ein positiver Entwicklungsweg blockiert, denn die „Lehrerdiagnose“ geht meist einher mit der emotionalen Ablehnung des Kindes, die wiederum eine pädagogische Förderung im Sinne von Hilfsangeboten erschwert.

Problematisch ist aber auch, wenn eine ADHS-Diagnose vom Arzt oder Psychologen gestellt wird, *ohne* das schulische Umfeld und die Lehrermeinung überhaupt einzubeziehen. Derartige Schnell Diagnosen implizieren mit Recht die Skepsis des Lehrers, da auch oft eine rasche Verschreibung von Medikamenten damit einhergeht. Folgende Maßnahmen gehören zur verantwortungsvollen Diagnostik bei ADHS:

- ca. 2 Stunden Anamnese, körperliche Untersuchung, Exploration der Eltern und des Kindes, Fragebogenverfahren;
- 2 Stunden Intelligenz- und Leistungsdiagnostik, Verhaltens- und Interaktionsdiagnostik, Erfassung komorbider Störungen;
- eine Stunde Familiendiagnostik.

Nach dieser umfangreichen und aufwändigen Phase erfolgt die Diagnosestellung nach standardisiertem Manual ICD-10 oder DSM IV (Anm. 3), aus der heraus mit der Familie die möglichen Behandlungsansätze besprochen werden, die sich multimodal, d.h. auf mehrere professionelle Bereiche verteilt, gestalten sollte.

4. Aktuelle Behandlungsansätze

Kindzentrierte Ansätze

a) *Medikamentöse Therapie*

Die medikamentöse Therapie mit Methylphenidat ist *eine* Möglichkeit, die allerdings nicht ausschließlich favorisiert werden sollte, zumal gerade in den letzten Jahren ein enormer Anstieg an Verschreibungszahlen zu verzeichnen war, der zahlreiche Diskussionen auslöste. Ich möchte hier auf die Möglichkeit dieser Therapieform der Vollständigkeit halber hinweisen, ohne eine Wertung vorzunehmen, denn letztendlich ist es der entsprechenden Familie in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit ihrem Arzt überlassen, ihrem Kind ein Psychostimulans zu verabreichen oder nicht. Hilfreich für die Familie ist es auf alle Fälle, wenn sich die Umwelt mit wertenden Äußerungen zurückhält .

b) *Selbstinstruktions- und Selbstmanagement-Training* in Verbindung mit positiver Verstärkung. Diese Methoden zielen darauf ab, das Kind anzuleiten, in seiner natürlichen Umgebung (in der Schule, in der Familie) auf die eigenen Verhaltensprobleme zu achten und sie zu registrieren. Ziel ist es, in kritischen Situationen alternatives, angepasstes Verhalten zu erlernen und sich an vorgegebene Regeln zu halten. Für erfolgreiche Situationsbewältigung verstärkt sich das Kind selbst positiv. Weitere kindzentrierte Ansätze sind diätetische Behandlung, Nahrungsergänzung, mototherapeutische und sensomotorische Verfahren, Neurofeedback, Übungsbehandlungen und Psychotherapie. Für die Schule ist vor allem das Selbstinstruktionstraining interessant, denn dieses kann in die individuelle schulische Förderung einbezogen werden.

Eltern- und familienzentrierte Ansätze

Sie versuchen, problematische Verhaltensweisen in kritischen familiären Situationen direkt zu beeinflussen. Speziell entwickelte Elterntrainings (Anm. 4) bieten Übung im Umgang mit Konfliktsituationen und zeigen Strategien zum alltäglichen Familienmanagement. Idealerweise werden Familien über einen längeren Zeitraum betreut und erhalten die Gelegenheit der regelmäßigen Beratung.

Kindergarten- und schulzentrierte Ansätze

Diese psychosozialen Interventionsansätze gelten als gut etablierte Verfahren, indem sie vor allem auf Einsatz und Entzug von Verstärkern eingehen, die Möglichkeit der pädagogischen Intervention wird allerdings meiner Meinung nach noch immer unterschätzt. Sowohl von medizinischer Seite aus, die die Ressourcen des Förderunterrichtes in Bezug auf Selbstinstruktion noch zu wenig wertschätzen als auch von Seiten der Schulen, die oft die Zusammenarbeit mit Psychologen und Ärzten scheuen und in ihrem System abgeschottet arbeiten. In der konstruktiven Zusammenarbeit zwischen pädagogischem und therapeutischen Umfeld liegen Reserven, die durch gute

Netzwerkarbeit erheblich besser ausgeschöpft werden können. Studien belegen, dass multimodale Interventionen gegenüber einer reinen Stimulansien-Therapie überlegen sind. (Anm. 5) Das bedeutet für Familien, dass sie ihrem Kind eine Professionen übergreifende Hilfe ermöglichen, die allerdings auch zusätzlicher Kraftaufwände (Fahrzeit, Familienorganisation, Zeitmanagement) bedarf.

Regional installierte Netzwerke können hier hilfreich beraten und unterstützen. Das Prinzip der regionalen Netzwerkarbeit beruht auf dem Zusammenschluss verschiedener Professionen, die Hilfen für Familien mit ADHS-Kindern anbieten. Das sind z.B. Kinderärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Lehrer, Schülern, Mobile Sonderpädagogischer Dienste, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Jugendämter, Arbeitsämter, Rechtsanwälte, Eltern-Selbsthilfegruppen usw.

Durch die Zusammenarbeit dieser Professionen ergibt sich eine deutliche Erleichterung des Kraftaufwandes für Familien, die richtigen Ansprechpartner in der Region zu finden und Beratung oder Coaching zu erfahren.

Gerade weil ADHS eine genetische Komponente hat, ist es teilweise für die ebenfalls betroffenen Eltern sehr schwierig, Strukturen bzw. Termine einzuhalten bzw. Zeitmanagement zu betreiben. Hier kann eine unterstützende Netzwerkarbeit alltagsnotwendig sein.

Deutschlandweit existieren etwa 70 ADHS-Netzwerke, die im regionalen Beirat des ZAN (Anm. 6) vertreten und über www.zentrales-adhs-netz.de/regionale_netzwerke/Landkarte abrufbar sind. Hier kann jeder Interessent für seine Region fündig werden und ortsnahe Hilfe erhalten. Für die Schule bedeutet diese Tatsache, sich stärker in die multimodale Behandlung einzubringen, indem sie Bereitschaft zur Zusammenarbeit signalisiert und den pädagogischen Teil der Therapie durch speziell fortgebildete Lehrerinnen und Lehrer in Absprache mit dem behandelnden Arzt übernehmen kann.

5. ADHS in der Schule

5.1. Allgemeine Grundsätze zum Umgang mit ADHS-Kindern

Wie im vorderen Teil bereits angedeutet, fordern ADHS-Kinder die Professionalität eines Lehrers besonders heraus. Sich dieser Herausforderung zu stellen gelingt am besten, wenn sich der Pädagoge/die Pädagogin:

- ausführlich über das Störungsbild informiert,
- eine positive Beziehung zum Kind und zu dessen Familie aufbaut,
- Verhalten und Person des Kindes in der Bewertung trennt.

Bei allen zu beschreibenden Defiziten und Problemen ist unumgänglich, die positiven Merkmale und Ressourcen der ADHS-Kinder im Mittelpunkt zu sehen. Folgende Merkmale treffen in fast

allen Fällen zu und verführen im besten Fall dazu, ADHS nicht ausschließlich defizitorientiert, sondern als liebenswerte Eigenart zu sehen:

- Offenheit und Interesse (v.a. für Neues und Überraschendes)
- Kreativität (etwas Neues, Anderes machen)
- Hilfsbereitschaft
- Hypersensibilität (schnell und stark empfindend)
- ausgeprägter Gerechtigkeitsinn
- nicht nachtragend (Kritik und Konflikte sind schnell vergessen)
- Stehaufmännchen (es geht immer wieder neu los)
- Charme (strahlen Fröhlichkeit aus)
- Tier- und Naturliebe
- Zupacken-Können (bei beliebten Tätigkeiten)
- bevorzugte Berufswünsche: Helfer, Polizist, Ermittler, Fernfahrer, Schauspieler, Psychologe, Pilot

Gelingt es dem Lehrer, das Kind ressourcenorientiert zu unterrichten, fällt es ihm leicht, die folgenden hilfreichen Verhaltensweisen einzuhalten:

- zugewandte Körperhaltung
- Blickkontakt
- zuhören
- nachfragen
- Gefühle ansprechen
- Mitgefühl äußern
- Verständnis zeigen
- auf Lösungen hin arbeiten

Weniger hilfreich im Umgang mit AD(H)S-Kindern sind folgende Verhaltensweisen:

- lauter reden, schreien
- schimpfen, drohen
- schweigen
- nicht ansehen
- abwerten
- verallgemeinern
- moralisieren
- ironisieren
- Schuld zuweisen

Die Frage: „Wie soll ein Lehrer sein?“ wird von ADHS-Kindern (und nicht nur von ihnen) meist so beantwortet (Bsp. Fabian,13):

- streng, konsequent und humorvoll (auch mal über sich selbst lachen können),
- nicht so viel texten und rumschreien,
- klare Regeln setzen und auf deren Einhaltung achten.

5.2. Individuelle Fördermöglichkeiten

Bei Kenntnis der Anforderungen unseres Schulsystems und des Störungsbildes ADHS gibt es keinen Zweifel darüber, dass diese Kinder erhöhten pädagogischen Förderbedarf haben. Ob dieser Förderbedarf dann im Sonderpädagogischen gipfelt, hängt nicht unerheblich davon ab, welche Möglichkeiten Schule im Vorfeld eines sonderpädagogischen Gutachtens ausgeschöpft hat.

Sinnvoll ist es, einem diagnostizierten ADHS-Kind mit einem individuellen Förderplan zu helfen, in dem vermerkt und von allen Fachlehrern unterschrieben steht, dass sich jeder Lehrer vorher informiert hat, wie mit ADHS grundsätzlich umzugehen ist, dass das Kind in allen Unterrichtsstunden in der Nähe des Lehrers sitzt, dass ein regelmäßiger Elternkontakt von Seiten der Schule angestrebt ist und der Lehrer im Rahmen seiner pädagogischen Möglichkeiten mit Zeitverlängerung bzw. Aufgabenreduzierung bei schriftlichen Leistungserhebungen helfen kann. Regelmäßige Klassenkonferenzen und die halbjährliche Fortschreibung des Förderplanes durch den Klassenleiter komplettieren die „Grundausstattung“.

Kann dem Kind zusätzlicher Förderunterricht angeboten werden, sollte sich dieser an Selbstinstruktions- bzw. Motivations- und Selbstmanagement-Trainings orientieren. Ergänzend zur Fachförderung bietet sich ein Training zum Selbstmanagement bzw. zur Selbstinstruktion an, wie z.B. im Marburger Konzentrationstraining oder „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“ (Anm. 7) praktiziert wird. In beiden finden sich wertvolle Hinweise für den Förderunterricht, zumal beide Programme durch das Verstärker-Prinzip motivierend wirken und viel Raum für Lob und Anerkennung von Bemühungen bleibt.

Bei Manifestation von Verhaltensauffälligkeiten bietet es sich an, entweder mit der gesamten Klasse soziale Kompetenztrainings durchzuführen oder ausgewählte Teile aus verschiedenen Verhaltenstrainings zu üben. Positive Erfahrungen bestehen mit dem „Sozialtraining in der Schule“, Anti-Mobbing-Training oder dem Verhaltenstraining in der Grundschule. (Anm. 8)

Erfahrungsgemäß ist es günstig, ADHS sowohl kindgerecht in der Klasse als auch beim Elternabend zu thematisieren, so kann Verständnis geweckt und Vorurteile abgebaut, können aber auch regelwidrige Verhaltensweisen des Betroffenen angesprochen und mögliche Reaktionen darauf diskutiert werden. Positiv sollte auch gesehen werden, dass die Mitschüler im wertschätzend-kritischen Umgang mit der Andersartigkeit des ADHS-lers Sozialkompetenz erlernen und für ihre Zukunft ein großes Stück Toleranz dazugewinnen können. Damit wird das

Argument, Mitschüler werden in ihrem Leistungswillen durch ADHS-ler gehemmt, entkräftet. Alle diese Maßnahmen setzen ein positives Lehrer-Schüler-Verhältnis voraus, das wiederum grundlegend für die psychische Gesundheit aller Beteiligten ist.

5.3. ADHS und Lehrgesundheit

Die Potsdamer Lehrerstudie 2002 hat bewiesen, dass es um die Gesundheit der deutschen Lehrer insgesamt schlecht bestellt ist. (Anm. 9) 60 Prozent aller Befragten sind psychisch nicht gesund. 31 Prozent gehören einer Risikogruppe an, deren Gesundheit langfristig gefährdet ist durch permanente Selbstüberforderung und fehlende Entspannungsstrategien, 29 Prozent befinden sich bereits in der Resignation. Nur 17 Prozent erwiesen sich als gesund und engagiert, 23 Prozent sind gesund, haben allerdings ihr Engagement in den Lebensraum außerhalb der Schule verlegt.

Was sagen uns diese Zahlen in Bezug auf ADHS? Wenn ich einen bereits resignierten oder überlasteten Lehrer vor mir habe, wird es sehr schwer, das Thema ADHS anzusprechen und um Verständnis zu werben bzw. die Bereitschaft zur zusätzlichen Förderung dieser Kinder zu wecken. Leichter ist es für den angeschlagenen Pädagogen, das anstrengende Kind aus der Klasse zu entfernen, um (angeblich) in Ruhe mit den anderen Kindern lernen zu können. So verständlich diese menschliche Reaktion des Lehrers bei der Schwere der Problematik auch erscheint, so unverantwortlich ist sie aus der professionellen Sicht, denn nicht Aussonderung, sondern Integration ist gefragt und die pädagogische Kunst besteht darin, allen Kindern individuelle Möglichkeiten des Lernens zu bereiten. Ein Grundprinzip jedes pädagogischen Erfolges ist das Lob. Kinder werden gelobt, ADHS-Kinder brauchen das Lob insbesondere für ein stabiles Selbstwertgefühl bei den häufigen Misserfolgserlebnissen. Aber wie soll ein Lehrer Lob als etwas Alltägliches anwenden, wenn er selbst so wenig Lob für seine Arbeit erhält? Bei aller Zuwendung zum Kind dürfen die Befindlichkeiten des Lehrers nicht außer Acht gelassen werden, Unterstützung, Wertschätzung und Akzeptanz seines Berufsstandes von Seiten der anderen Professionen und vor allem auch von den Eltern tragen dazu bei, Lehrer zu motivieren, sich den besonderen Schwierigkeiten im pädagogischen Alltag gegenüber zu öffnen und daraus für die eigene Arbeit Nutzen zu ziehen.

Die Potsdamer Ergebnisse belegen eindeutig, dass das materielle Lob, sprich der gute Verdienst, allein nicht ausreichend sein kann, um eine stabile psychische Gesundheit herzustellen. Schulämter sind gefragt, Angebote zur Verbesserung der Lehrgesundheit zu unterbreiten und Schulleitungen werden ermutigt, das soziale Miteinander im Kollegium zu pflegen, um Teamarbeit zu ermöglichen und zu verbessern, denn im Überwinden des „Einzelkämpfertums“ bei Lehrern liegen erhebliche Ressourcen für verbesserte Zufriedenheit mit dem Beruf und damit für die eigene gesundheitliche Balance.

6. Ausblick

Freya und Gregor haben es geschafft, die anderen ADHS-Kinder haben es auch verdient. In meinem Gymnasium sind für das neue Schuljahr vier Kinder (von insgesamt 100) mit ADHS angemeldet. Eltern vertrauen uns Lehrern, dass wir ihr Kind gut fördern. In gegenseitiger Wertschätzung werden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Bei Misserfolgen wird neu überlegt. Und immer steht das Kind im Mittelpunkt, mit all dem, was es liebenswert macht. Und der Satz „so schlimm ist es doch gar nicht, das schaffen wir schon ...“ macht allen Mut, die ihn nötig haben ... Kindern, Eltern und Lehrern.

Anmerkungen:

1. Prävalenzstudie zu ADHS der Charite Berlin, Leitung Dr. Michael Huss, 2004.
2. TRF Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993) bei Schulkindern.
3. ICD 10: 10. Überarbeitung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.
DSM IV: 4. Version des Statistischen und Diagnostischen Handbuchs psychischer Störungen.
4. Vgl. Döpfner, Schürmann, Fröhlich: THOP- Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, 4. Auflage, Weinheim, Basel 2007, Eltern- Kind-Programm S. 158 ff.
5. Vgl. Döpfner et al.: Kölner Adaptive Multimodale Therapiestudie (KAMT), 2007.
6. Das Zentrale ADHS- Netz (ZAN) ist ein bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Siehe www.zentrales-adhs-netz.de.
7. Lauth / Schlotke: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern, 5. Auflage, Weinheim 2002.
8. Vgl. a) Petermann et al.: Sozialtraining in der Schule, 2. Auflage, Weinheim 1999; b) Petermann et al.: Verhaltenstraining in der Grundschule, Göttingen 2007; c) Christina Zitzmann: Alltagshelden – aktiv gegen Gewalt und Mobbing – für mehr Zivilcourage, 2. Auflage, Schwalbach i. Taunus 2007.
9. Uwe Schaarschmidt: Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf-Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes, 2. Auflage, Weinheim und Basel 2005