



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Bildung,
Jugend und Sport

BILDUNG **B**

Aufmerksamkeits-Defizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – ein Leitfaden für Eltern und Lehrkräfte

ELTERNBROSCHÜRE



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Bildung,
Jugend und Sport

**Aufmerksamkeits-Defizit/
Hyperaktivitätsstörung (ADHS) –
ein Leitfaden
für Eltern und Lehrkräfte**

Herausgegeben vom: Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS)
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Heinrich-Mann-Allee 107, 14473 Potsdam

Autorin: Cordula Neuhaus

1. Auflage: März 2015

Redaktionsschluss: 13. März 2015

Internet: www.mbjs.brandenburg.de

E-Mail: poststelle@mbjs.brandenburg.de

Bildungsserver: www.bildung-brandenburg.de

Layout/Druck: GS Druck und Medien GmbH, Potsdam

Diese Broschüre wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung unentgeltlich herausgegeben. Sie ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Sie darf weder von Wahlwerbern noch von Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landes-, Bundestags- und Kommunalwahlen.

Missbräuchlich sind insbesondere das Verteilen auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden kann.

Vorwort

Liebe Eltern,
liebe Lehrerinnen und Lehrer,

Kinder und Jugendliche mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) zeigen unterschiedliche Auffälligkeiten im Elternhaus und in der Schule. Eltern und Lehrkräfte sind hier besonders gefordert, diesen Kindern und Jugendlichen die angemessene Förderung und Unterstützung zu gewähren. Oft ist es auch notwendig, fachärztliche Unterstützung einzuholen, um die Ursache bestimmter Auffälligkeiten richtig bewerten zu können und abklären zu lassen, ob eine ADHS überhaupt vorliegt.



Die Schulen stehen vor der Aufgabe, den Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS zu helfen und die Voraussetzungen zu schaffen, um Lernen möglich werden zu lassen. Dabei ist es sicherlich hilfreich, dass es in Brandenburg die Möglichkeit gibt, diesen Schülerinnen und Schülern einen Nachteilsausgleich zu gewähren. Im Interesse dieser Kinder und Jugendlichen ist die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Fachexperten, den Eltern und der Schule von besonderer Bedeutung. Ich möchte Sie zu dieser Zusammenarbeit besonders ermuntern. Diese Broschüre versucht, Ihnen Antworten auf die Erscheinungsformen der ADHS, Informationen zur ärztlichen Diagnostik und Behandlung sowie Hinweise zum Umgang mit diesen Kindern und Jugendlichen in der Schule zu geben.

Ich wünsche Ihnen und Ihrem Kind viel Erfolg!

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Günter Baaske'.

Günter Baaske

Minister für Bildung, Jugend und Sport

1. Was bedeutet die Diagnose „Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) ?

ADHS (früher „Hyperkinetische Störung“) wird oft noch abgegrenzt von „ADS“ (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung). Gemeint ist mit ADHS der „Mischtypus“ (impulsiv/unaufmerksam/hyperaktiv), mit ADS der „vorwiegend unaufmerksame Typus“. International definiert man ADHS seit 10 Jahren im wissenschaftlichen Diskurs als Überbegriff mit diesen zwei Subtypen. Gegenwärtig wird eine Häufigkeit von 5% betroffener Kinder und Jugendlicher angenommen. ADHS gilt als chronische Störung, oft auch noch mit Beeinträchtigungen anhaltend bis ins Erwachsenenalter, weshalb mittlerweile auch die Behandlung der Altersgruppen jenseits der Pubertät etabliert ist.

ADHS ist ein „Wahrnehmungs- und Reaktionsstil“, der Betroffene je nach Ausprägungsgrad mehr oder minder in ihrer Anpassungs- und allgemeinen Lernfähigkeit einschränkt. Menschen mit ADHS sind zunächst vor allen Dingen Menschen mit individuellen Begabungen, Fähigkeiten, Interessen und Bedürfnissen. Kinder und Jugendliche mit ADHS sind entgegen der häufigen Annahme eben nicht ständig unruhig, unkonzentriert, zappelig oder verträumt und langsam. Sie können bei subjektivem Interesse und auch, wenn man

ihnen etwas systematisch, nachvollziehbar, plausibel, alltagsanwendungsbezogen und vor allem freundlich erklärt, sehr gut lernen, haben dann Zugriff zu ihrem tatsächlichen Potenzial und sind nicht selten zu enormen Leistungen fähig.

Bei ADHS sind die Arbeitsspeicherfunktionen, das Arbeitsgedächtnis eingeschränkt. Das bedeutet, dass im Alltag subjektiv nicht so Interessantes oft nur unvollständig aufgenommen werden kann oder dass etwas, was explizit aufgenommen werden soll, zu schnell wieder „herausrutscht“. Dies führt natürlich zu mangelhaftem Aufnehmen von Informationen und Missverständnissen. Subjektiv Interessantes indes wird oft beobachtbar regelrecht „aufgesaugt“ und mit einem regelrechten Elefantengedächtnis memoriert. Alles subjektiv Interessante wird sofort registriert, auch kleine Unregelmäßigkeiten beim Gegenüber. Bei dem typischen Wahrnehmungs- und Reaktionsstil bei ADHS besteht jedoch eine Unfähigkeit, sich selbst zu überwachen, das eigene Verhalten und die Eigenleistung einschätzen zu können. Dies ist der Impulsivität geschuldet, durch die viel zu schnell etwas geäußert und rein emotional

bewertet wird. Betroffene können dazu nur ganz spontan entscheiden, nicht reif und abgewogen, so wie nicht betroffene Kinder dies ab dem 6. Lebensjahr können.

ADHS ist eine dimensionale Störung, die sehr leicht ausgeprägt sein kann. Sie zeigt sich aber eben auch bei einer Reizoffenheit bei Reizfilterschwäche stark, was im heutigen, immer reizintensiveren Umfeld, schon bei milder Ausprägung, vor allen Dingen in der Kombination mit der typischen emotionalen Impulsivität bei Impulskontrollstörung, zu einer Anpassungsstörung führen kann. Je extremer die Ausprägung der ADHS ist, desto eher besteht die Gefahr, dass unter unglücklichen Umständen eine Anpassung nur äußerst schwer möglich wird.

2. Welche Ursachen der ADHS sind bekannt?

ADHS ist genetisch bedingt, wie es die aktuellen, seriösen internationalen Forschungsergebnisse belegen. Vor allen Dingen die bildgebenden Verfahren zeigen immer mehr, dass die bei dieser Disposition veränderten neuronalen Netzwerke mit eingeschränkter Selbstregulationsfähigkeit zu beobachtbar motorisch unruhigem, impulsivem (z. T. auch oppositionellem) und unaufmerksamem Verhalten führen. Die bestehenden Kriterienkataloge ICD 10 oder DSM IV, die z. B. in Deutschland noch immer zur Diagnosestellung herangezogen werden, bilden leider nur zappelige männliche Kinder zwischen 6 und 12 Jahren von „außen“ betrachtet ab. Jüngere und ältere Kinder und vor allem „Träumerchen“ werden daher oft gar nicht „gesehen“.

Eine sogenannte Selbstregulationsfähigkeit reift bei ADHS nicht aus. Kinder, die nicht betroffen sind, können spätestens ab dem dritten bis vierten Lebensjahr vor allem durch Hirnreifung im Stirnhirnbereich abstoppen und abwarten.

Während der Grundschulzeit reift bei „normgesteuerten“ Kindern aus, dass sie immer besser denken von fühlen und die Erfahrungen, die sie gemacht

haben, von ihrer Reaktion trennen können, was Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS auch noch im späteren Leben nicht gelingt. Sie denken, wenn sie fühlen und fühlen, wenn sie denken und können leider nur sehr schlecht aus Erfahrung lernen.

Kinder ohne ADHS beginnen ab dem sechsten Lebensjahr, vollendet mit dem zwölften Lebensjahr, die Perspektive zu wechseln. Sie können sich vorstellen, wie die bekannte Bezugsperson mit höchster Wahrscheinlichkeit reagieren wird, wenn sie etwas sagen oder tun.

Dieses Phänomen des automatischen Perspektivwechsels entwickelt sich bei Kindern mit ADHS überhaupt nicht. Sie können nicht, wie andere im Alter von sechs oder sieben Jahren, Alternativen in Betracht ziehen, wenn sie gerade eine bestimmte Absicht verfolgen.

Sie können auch nicht ihr Verhalten verbal und nonverbal bewusst so auswählen, dass sie z. B. „sozial erwünscht“ erscheinen.

In der Schule bedeutet dies, dass sie, wenn sie z. B. noch mit irgendeinem Konflikt beschäftigt sind, nicht abstoppen können und sich nicht wie andere mit „Engelsgesicht“ umstellen, wenn die Lehrkraft erscheint und so tun, als

ob überhaupt nichts gewesen wäre. Sie haben typischerweise noch ihre aktuelle Stimmung in der Mimik. Daher macht es Spaß, sie zu provozieren! Sie werden eben wegen genau diesem Eindruck, den sie machen, „ertappt“, in aller Regel zu Unrecht. Kinder mit ADHS stören aktiv vor allen Dingen dann, wenn sie sich wegen ihrer angeblichen Provokation „rächen“.

„Normgesteuerte“ Kinder können schon im Vorschulalter auf einen relativ schwachen Signal- oder Hinweisreiz reagieren. Sie lernen rasch, eine „Verhaltensroutine“ zu entwickeln wie z. B. an der Bordsteinkante zuerst einmal nach links, dann nach rechts und dann wieder nach links zu schauen, um zu prüfen, ob die Straße wirklich frei ist, bevor sie überquert wird.

Kinder mit ADHS brauchen für solche Routinen starke Reize, lang anhaltende Kontrolle, bis so ein Verhalten wirklich „sitzt“. Bei sich normal entwickelnder Selbstregulation können Kinder immer besser aufgabenirrelevante Antworten stoppen, zielgerichtete Antworten geben, hinzukommende Aspekte in neuen, komplexen Antworten berücksichtigen.

Normgesteuerte Kinder können eine zielgerichtete Ausdauer auch dann mo-

bilisieren, wenn etwas für sie nicht total spannend ist. Kinder mit normal entwickelter Selbstorganisations-, Selbststeuerungs- und Selbstkontrollfähigkeit sind durchaus sensibel, aber nicht übermäßig bei einem Feedback oder einer Kritik. Sie können sich im Verhalten immer besser anpassen. Entsprechend können sie sich in aller Regel im Vorschulalter bei angemessener erzieherischer Unterstützung immer besser zurücknehmen. Wenn sich die Stirnhirnfunktionen normal entwickeln, ist es möglich, dass ein Kind nach einer Unterbrechung zur ursprünglichen Aufgabe zurückkehren, dann sofort problemlos erkennen kann, wo es gerade stehen geblieben war, um die Aufgabe entsprechend zu beenden.

Dies alles entwickelt sich bei Kindern mit ADHS überhaupt nicht. Sie leben im Hier und Jetzt und können ganz schlecht aus Erfahrung lernen. Sie können zukünftige Reaktionen entsprechend schlecht voraussehen und sich nur „ungeschickt“ mit der Umwelt auseinandersetzen. Sollen sie etwas lernen, damit es eben gelernt ist, oder haben sie durch ihren Wahrnehmungs- und Reaktionsstil eine Aufgabenstellung nicht sofort vollständig erfasst, wird man mit ihnen schnell ungeduldig.

Fordert man von ihnen zu frühe Selbstständigkeit, sind sie regelrecht „blockiert“. Dieses Blockiertsein wird jedoch meist als „Bockigsein“ fehlinterpretiert, da es tatsächlich zu einem sofortigen „Abschalten“ des hinteren Aufmerksamkeitssystems im Gehirn kommt, wenn Kommunikation subjektiv negativ bewertet wird.

Diese emotionale Bewertung erfolgt unwillkürlich, ohne jegliches „Einverständnis“ des Betroffenen mit ADHS, der seinem Gefühl tatsächlich ausgeliefert ist. Eine innere „Bremse“ für das Gefühl, wie andere Kinder sie bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr durch Hirnreife entwickeln, entsteht bei Kindern mit ADHS nicht.

Dadurch, dass durch dieses Abschalten ein ständiges Vergleichen von Aktuellem mit früheren Ereignissen nicht möglich ist, entsteht bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS zudem das Problem, dass kein Zeitgefühl entsteht. Auf neurobiologischer Grundlage kann sofortiges sinnerfassendes und bedeutungsstiftendes Aufnehmen von Informationen, die subjektiv nicht sehr interessant sind, nur unter größter Mühe erfolgen. Prioritäten können nicht gesetzt werden, Entscheidungen werden spontan oder gar nicht getroffen.

Unangenehmes wird aufgeschoben bis zum letzten Moment.

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS kann natürlich durch entsprechende Umfeldbedingungen verbessert oder auch verschlechtert werden. Benötigt wird vor allen Dingen eine Akzeptanz des Syndroms. Diese Kinder stehen morgens nicht auf, um ihr Umfeld zu ärgern, sie können sich im wahrsten Sinn des Wortes nicht „verhalten“. Sie brauchen klarste Regeln und Strukturen, Verstärkung ihrer Anstrengungsbereitschaft und nicht nur des Handlungsergebnisses sowie klare Aufgabenstellungen und Kontrolle.

3. Woran können Eltern bei ihrem Kind/ Jugendlichen eine mögliche ADHS erkennen?

Wie inzwischen international wissenschaftlich anerkannt, entwickeln Kinder und Jugendliche mit ADHS ein nicht adäquates Niveau der Selbstregulation, was eine mehr oder minder ausgeprägte Beeinträchtigung im Vergleich zu Gleichaltrigen mit derselben Intelligenzentwicklung darstellt. Dadurch können sie nicht angemessen für sich sorgen, nicht angemessen verantwortlich für sich selbst sein und sagen zu viel oder zu wenig, da sie vor allem bei negativer Interaktion regelrecht blockiert sind.

Die bei ADHS typische Dysregulation der autonomen Selbststeuerung ist verbunden mit den Symptomatiken:

- auffallend schnell frustriert, verletzt, irritiert, verärgert, wütend und auch begeistert zu sein (wobei die Begeisterung schnell wieder nachlassen kann), spontan extrem empathisch und hilfsbereit;
- nach einem Konflikt bei echter und ehrlicher Entschuldigung nicht nachtragend zu sein;
- sich schnell in etwas hineinzusteigern ohne es merken oder stoppen zu können;
- bei Beschwichtigungsversuchen sogar noch erregter zu werden;
- Anweisungen nicht richtig verstehen zu können, scheinbar nur subjektiv Interessantes oder Erwünschtes richtig mitzukriegen;
- als Kind den Sinn eines Wortes vielleicht nicht richtig verstehen zu können, bei Interesse immer dasselbe fragen zu müssen, scheinbar inhaltsleere Fragen zu stellen;
- bei subjektivem Interesse im Gespräch etwas einzubringen, was noch erzählt werden soll, auch wenn der Gesprächsfluss eigentlich bereits die Kontextthematik verlassen hat;
- sichtlich nur im Hier und Jetzt zu leben, kein Gefühl für Zeit, Zeitverlauf entwickeln zu können;
- entsprechend schlecht zukunftsgerichtet planen zu können;
- Unangenehmes aufschieben zu müssen, nur auf den letzten Drücker arbeiten zu können;
- unwillkürlich abwehrend, blockierend, affektimpulsiv auf bestimmte Veränderungen reagieren zu müssen;
- sichtlich nicht genügend aus Erfahrung lernen zu können;
- nicht mit Einsicht, kontinuierlicher Rücksicht, Nachsicht, Voraussicht und Vorsicht reagieren zu können;
- keine Prioritäten setzen zu können;
- sich und die eigene Leistung nicht realistisch einschätzen zu können;
- nach einer Veranstaltung oder nach der Schule nicht oder sehr wenig berichten zu können;

- sich nur spontan und gefühlsmäßig schnell entscheiden zu können (nicht überlegt abgewägt);
- ein gutes Gedächtnis für subjektiv interessante Kleinigkeiten, aber sich nicht merken können, was man eigentlich längst wissen müsste, z.B. wie sind die Regeln des Alltags;
- schnell ablenkbar zu sein, jedoch dann bei subjektivem Interesse so konzentriert zu sein, dass die Welt um einen herum regelrecht versinkt;
- beim Verrichten von Routinen zu trödeln;
- plötzlich von etwas zu sprechen, was nicht zum Thema gehört;
- viel zu reden, Geräusche zu produzieren, viel zu rasch fäkalsprachliche oder sexistische Wörter zu benutzen;
- immer das letzte Wort haben zu müssen;
- nach einer subjektiv erwünschten Ausnahme diese ab sofort immer als gültige Erlaubnis für immer einzufordern;
- bei ungewollten, aber notwendigen geistigen Arbeiten beobachtbar zu ermüden mit dem unausweichlichen Augenreiben, Gähnen, sich Räkeln oder auf die Uhr schauen;
- verkrampft und krakelig zu schreiben, vor allen Dingen unter Zeitdruck und emotionaler Belastung mit zunehmender Tendenz, bis zur Notwendigkeit, die Hand ausschütteln zu müssen und/oder
- Flüchtigkeitsfehler zu machen.

4. Wer kann eine ADHS bei Ihrem Kind feststellen und was wird überprüft?

Eine eindeutige und gesicherte Diagnose ist die Grundvoraussetzung für sinnvolle Therapiemaßnahmen und für eine gezielte Unterstützung in der Schule. Die Einschätzung sollte im Rahmen einer differenzierten Diagnostik durch eine spezialisierte und erfahrene Fachärztin oder einen Facharzt erfolgen.

Zu einer umfassenden diagnostischen Einschätzung gehört die sorgfältige Erfassung der Vorgeschichte. Sinnvollerweise ist das Kind oder der Jugendliche beim Interview zur Vorgeschichte nicht zugegen, da es oder er sich meist nur „vorgeführt“ fühlt. Es muss auf die Meilensteine der psychomotorischen Entwicklung, auf Vorerkrankungen und auf den aktuellen Gesundheitszustand eingegangen werden. Eine testpsychologische Untersuchung des Intelligenzentwicklungsstandes, eventuell mit Abklärung von zusätzlich bestehenden Teilleistungsstörungen oder Teilleistungsschwächen, sollte erfolgen; ergänzt durch die Einschätzung der Befindlichkeit des Kindes oder des Jugendlichen mit standardisierten und auch projektiven Verfahren. Es reicht nicht aus, das Kind oder den Jugend-

lichen nur zu beobachten oder zu befragen, wie es ihm geht, da eine realistische Selbsteinschätzung nicht gelingt, der Spontanabruf schwierig ist und das Zeitfenster im Hier und Jetzt eine „reflektierte Gesamtschau“ nicht zulässt. In Fragebögen können belastete Situationen jedoch „wiedererkannt“ werden.

Die typische Erwartungs- und Versagensängstlichkeit bei ADHS beginnt oft schon sehr früh bei den syndromtypischen Schwierigkeiten, sich altersgerecht situationsangepasst verhalten zu sollen. Dies geht oft einher mit Verzweigungseinbrüchen, oft schon im Grundschulalter auch mit Somatisierungstendenzen (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen) und verschärft sich oft immer mehr während der Schulzeit. Natürlich müssen andere Erkrankungen mit, oberflächlich betrachtet, „ähnlicher“ Symptomatik ausgeschlossen werden. Zusatzstörungen wie z. B. besondere Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder im Rechnen, Angst-/Zwangsstörungen, Depressionen, Ticks, Aspergersyndrom müssen ebenfalls erfasst und im Kontext erläutert werden.

5. Welche Unterstützung braucht Ihr Kind und wie können Sie helfen?

Leider erfolgt medial nach wie vor immer wieder eine sogenannte „kritische Infragestellung“, ob es ADHS überhaupt gibt, wobei gleichzeitig immer wieder gegen eine Säule der Behandlung mit Medikamenten gewettert wird. Dies führt nachvollziehbar zu einer massiven Verunsicherung, weshalb in jüngster Zeit immer mehr junge Eltern die Auseinandersetzung mit diesem Thema eher scheuen.

ADHS ist genetisch bedingt, läuft durch die Familien, was leider auch dazu führen kann, dass selbstbetroffene Eltern wenig gute Erinnerungen an ihre eigene Schulzeit haben. Je offener und positiver die Lehrkraft mit dem Thema umgeht, sich sinnvollerweise aus der Frage der Medikation heraushält, sie aber unterstützt, wenn sie von der Fachärztin oder dem Facharzt verordnet wurde, desto eher werden erfahrungsgemäß Eltern Hilfe annehmen. Die wohl gravierendste Beeinträchtigung bei ADHS ist die Affektlabilität mit der emotionalen Impulsivität, wobei es leider so ist, dass bei jedweder, irgendwie auch nur annähernd negativ gefärbter Kommunikation, sich bei Betroffenen das hintere Aufmerksamkeitssystem mit dem Alt- und Erfahrungswissen regelrecht abschaltet bzw. der Zugriff zum entsprechenden Wissen nicht möglich ist.

Kinder hören daher schon sehr früh typische „Unsätze“, wie *„wie oft muss ich dir noch sagen ...“*, *„wann lernst du endlich ...“*, *„warum weißt du immer noch nicht...“*, *„wie alt bist du, dass du immer noch nicht weißt ...“*, *„könntest du nicht einmal ...“*, etc.. Sie fühlen sich daher schon ganz früh schuldig, anders, dumm, faul, wobei viele schon im Vorschulalter durch Bloßstellen und Vorführen regelrecht traumatisiert sind. Sie haben oft extreme Gefühle, können aber oft erst in der späten Pubertät oder im frühen Erwachsenenalter darüber respondent und stimmig berichten. Sie sind ausgesprochen personenbezogen; stimmt die Chemie mit einer Lehrkraft, klappt es wunderbar, wenn nicht, dann nicht. Ihren Gefühlen ausgeliefert, empfinden sie nicht selten schon früh in ihrem Leben Feindseligkeit im Umfeld, wenn sie immer wieder Misserfolge haben und spüren, wie sehr sie sich von Gleichaltrigen unterscheiden.

Was kann man tun?

Das Wichtigste: sich informieren, einlesen, „sacken lassen“, Ansprechpartner suchen und dabei darauf achten, ob man in der Diagnose sein Kind wiedererkennt, die Empfehlungen plausibel und anwendbar erscheinen. Es ist schwierig, sich in den zum Teil stark

widersprüchlichen Empfehlungen zu-rechtzufinden; nicht nur, wenn es um die medikamentöse Therapie geht.

Die Selbsthilfegruppen der Elterninitiativen sind erfahrene Ansprechpartner zur Orientierung. Sie wissen in aller Regel auch, wo sich eine wirklich kompetente Anlaufstelle zur diagnostischen Abklärung und zielführenden Hilfe-stellung befindet. Trotz der Diagnose ADHS ist jedes Kind, jeder Jugendliche ein Individuum mit seiner eigenen Be-gabung, seinen individuellen spezifi-schen Defiziten und Bedürfnissen.

Zielführend ist ein Elterntraining unter be-sonderer Berücksichtigung des selbstbe-troffenen Elternteils in einer Gruppe, in dem nach der Vorstellungsrunde und Sammeln der Problemfelder und Res-sourcen freundlich und sachlich die Funktionssteuerung im Gehirn gut visua-lisiert und nachvollziehbar mit treffenden Beispielen unterlegt wird. Eltern sollen bei diesen Schilderungen ihre Kinder wiedererkennen können. Eine Schilde-rung ausschließlich der typischen Symp-tomatik mit nachfolgenden „Erziehungstipps“ erweist sich als wenig hilfreich. Vielmehr gilt im effektiven und alltags-tauglichen Elterntraining das Motto, dass man im Grunde genommen alles, was

man normalerweise über Kindererzie-hung gehört hat, vergessen kann, vor allen Dingen ständige Appelle an Ein-sicht, Besprechen oder Aufarbeiten „ver-gangener Missetaten“, Verstärkerentzug, Strafen, Strafandrohung, etc. .

Wenig erfolgreich haben sich leider auch Punktepläne erwiesen, wenn die einge-forderten Regeln nicht mit dem Kind zu-sammen präzise und klar – optimal: in Bildern – definiert waren, kleinschrittig und immer angekündigt eingefordert werden mit zeitnaher Belohnung. In so einem Elterntraining wird sehr auf eine Kommunikation abgehoben, mit der Kin-der oder Jugendliche „erreichbar“ sind. Sie sind regelrecht angewiesen auf ein freundliches Gegenüber, das Aufforde-rungen eher knapp und klar formuliert, alles vorher ankündigt, auf Widerstand gefasst ist, vereinbarte Regeln nicht dis-kutiert, sondern tatsächlich und „unaufge-regt“ einfordert, was angekündigt wurde.

Bei Streitigkeiten mit anderen Kindern hilft nur schnelles Dazwischengehen ohne Petzen zuzulassen, eine Auszeit zum „Hirnauslüften“. Es ist nötig, auch bei Verhaltensproblemen erwünschtes Verhalten sofort zu verstärken. Wenn man respektiert und respektabel, offen ist, erst mal hinterfragt, statt sofort zu

bewerten, kommt man gut an die Kinder und Jugendlichen heran. Krisen sind vor allem bezüglich des Vorlaufs zu untersuchen, da über Veränderung des Vorlaufs typische Eskalationen vermeidbar sind.

Es zeigt sich immer mehr, dass Konzentrations- und Selbstinstruktionstrainings an sich als „Fertigkeitstrainings“ nicht effektiv sind, ebenso wenig als alleinige Maßnahme z. B. EEG-Neurofeedback. Entspannungsverfahren, vor allen Dingen das autogene Training, verschlechtern die Symptomatik meist sogar, ebenso die „Spieltherapie“.

Effektiv ist ein Training der sozialen Kompetenz, das intensiv mit Störungsbildteaching arbeitet und ganz konkret am aktuellen Alltagserleben der Kinder und Jugendlichen bleibt. Es geht um das Erkennenlernen von Konflikten und den Aufbau spezifischer Hilfestellungen für das konkrete Umsetzen im Moment. Hierbei zeigt sich: Je besser ein Kind oder Jugendlicher weiß, wie es „funktioniert“, desto besser gelingt die Umsetzung zur Akzeptanz einer Autorität und deren Anweisung, zum verbesserten Umgang mit Ärger und Frustration, zum Ignorierenlernen verletzender Interaktionsmuster, zum Widerstand gegen Versuchungen.

Sind Medikamente wirklich nötig?

Kinder und Jugendliche mit ADHS fallen heute immer mehr auf, da sie am schlechtesten mit der aktuell viel zu früh eingeforderten Selbstständigkeit in der Schule zurechtkommen. Die extreme Zunahme der Reize und Eindrücke, besonders durch die elektronischen Medien, lässt die typische Reizoffenheit bei Reizfilterschwäche immer früher zum Problem werden. Bei dem „überhüpfenden“ Wahrnehmungsstil sind Schüler mit ADHS bei der sofortigen sinnerfassenden und bedeutungstiftenden Aufnahme von schriftlichen Informationen beeinträchtigt. Sie sind im Unterricht auf übersichtliche, systematische und klare Darstellungen des Lernstoffes angewiesen, fühlen sich rasch überwältigt von „zu viel“ Information.

Eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat – „die chemische Brille im Gehirn“ – wird entsprechend bei immer mehr betroffenen Kindern und Jugendlichen relevant, ist oft sogar Voraussetzung für eine ergänzende Intervention, wenn diese erfolgreich sein soll. Natürlich ist die vorherige sorgfältige Diagnostik einer Fachärztin oder eines Facharztes nötig.

Methylphenidat in den unterschiedlichen Produktformen gilt nach wie vor

als nebenwirksamarmes, zuverlässiges und sicheres Medikament. Es wirkt wie eine „Aufmerksamkeitsstütze“ beim Lernen. Die Kinder und Jugendlichen können besser zuhören, besser Gelesenes erfassen und behalten. Die Kinder und Jugendlichen sind erreichbarer, frustationstoleranter, gesteuerter, weniger abgelenkt, „eingeschalteter“, wenn sie die richtige Dosierung der Medikation ausreichend lang über den Tag bekommen.

In der Presse wird leider immer mal wieder reißerisch über angebliche gravierende Nebenwirkungen berichtet, z. B. die Parkinsonerkrankung. Es gebe ja auch keine „Langzeitstudien“, es gibt aber Langzeiterfahrungen über nunmehr mehr als 50 Jahre: Methylphenidat bei gesicherter Diagnose ADHS angemessen eingesetzt, birgt weder ein Suchtpotenzial noch sind je wirkliche Spätschäden beobachtet worden. Mit der „chemischen Brille“ wird alles klarer, deutlicher, detaillierter und umfangreicher aufgenommen; leider auch die eigenen Defizite und „schwierige“ Kommunikation zum Beispiel bei den Mahlzeiten, sodass es sozusagen „sekundär“ zur Appetitminderung kommt.

Die Medikation ist eine Säule im Behandlungskonzept, muss mit Aufklärung,

Erklärung und Veränderung der negativen Kommunikation und Strukturierung der Umgebung kombiniert werden. Die Medikation ist inzwischen erfreulicherweise auch für Erwachsene zugelassen, somit Hilfe u. U. auch für den selbst betroffenen Elternteil, dem dann oft erst die entsprechende Kommunikation mit seinem Kind gelingt.

Wie kann Schule Ihr Kind unterstützen?

Für Kinder und Jugendliche mit ADHS gilt ganz klar, dass ein echter Lernerfolg für sie nur ein kontinuierlich erweiterter Wissenserwerb für Fakten ist, die wirklich verstanden wurden, gespeichert werden konnten und dann auch tatsächlich abrufbar sind. Entscheidend ist, sich definitiv von der Idee zu trennen, dass diese Kinder und Jugendlichen einfach nur nicht wollen, denn sie wollen schon, können aber nicht so wie sie sollen.

Speziell in jungen Jahren leiden sie enorm unter dem Einfordern früher Selbstständigkeit und den ständigen Entscheidungsprozessen, da sie dies schlichtweg nicht können. Sie leiden darunter, dass man von ihnen erwartet, dass sie genau so funktionieren sollen wie nicht betroffene Kinder und Jugendliche. Je verständnisloser ihnen

begegnet wird, desto mehr verschlechtert sich sowohl ihr Verhalten als auch ihre Lernleistung. Nicht selten werden sie vorgeführt, bloßgestellt und bestraft. Leider impliziert dies eine ganz klare Absage an die heutige Forderung, dass Kinder schon sehr früh selbstständig sein und Selbstverantwortung für sich übernehmen sollen.

Kinder mit ADHS können das einfach nicht. Sie können nicht richtig abwägen, müssen sofort rein emotional der Spontanidee ihres Gehirns folgen, können kaum aus Erfahrung lernen, brauchen lange bis sie etwas verautomatisiert haben, geraten bei Interesse ganz schnell in den sogenannten Hyperfokus, haben kaum Frustrationstoleranz, kommen furchtbar schnell „in etwas hinein“. Vor allen Dingen kleine Kinder und Grundschulkinder mit ADHS drängen sich, ohne es zu merken, anderen auf, halten nicht genügend Distanz, werden daher als unangenehm, übergriffig, aufdringlich und manchmal sogar als unerträglich eingeschätzt – ohne das zu wollen und steuern zu können.

Genau diese Kinder haben aber ganz spezifische, syndromtypische Eigenschaften, die im positiven Bereich an-

zusiedeln sind; sie haben die unbändige Fähigkeit, kreativ, innovativ und vielseitig interessiert zu sein, offen, einfühlsam, spontan, äußerst hilfsbereit wenn echte Not besteht, zeigen dann eine extreme Reaktionsgeschwindigkeit und Sicherheit sowie große Ausdauer. Sie sind hypersensibel und ausgeprägt spontan, empathiefähig, z. B. für Tiere und ganz kleine Kinder. Sie haben einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn nicht nur für sich, sondern auch für andere, liefern bei subjektivem Interesse oft Höchstleistungen. Viele verfügen über ein verblüffend ausgeprägtes Talent z. B. im schauspielerischen, musikalischen oder technischen Bereich und verblüffen mit guten Fähigkeiten im Umgang mit modernen Medien.

ADHS-Kinder haben Probleme mit dem Dosieren-Können der eigenen Kraft, speziell bei der grafomotorischen Umsetzung. Sie haben bei schnellem Schreiben und hoher Schreibbelastung eine schlechte Schrift. Kommt dann noch eine Bewegungskoordinationsstörung dazu, verschlechtert sich die Schrift nochmals. Die Kinder brauchen sehr viel Energie für den reinen Schreibprozess und sind nicht auch noch fähig, sich gleichzeitig um die Orthografie bemühen zu können.

Entsprechend machen sie viele Fehler. Das Schriftbild kann niemals mit dem Schriftbild normgesteuerter Kinder verglichen werden.

Hier ist es sehr wichtig, die Anstrengungsbereitschaft der Kinder zu verstärken und nicht nur das entsprechende Ergebnis. Es wird dringend davon abgeraten, Notenabzug wegen der Schrift zu geben. Bei älteren Kindern ist es lohnenswert, sie auf Druckschrift umzusetzen, bei jüngeren Kindern auf vereinfachte Schreibschrift umzusteigen.

Unter Umständen sind die Regelungen der Verwaltungsvorschriften über die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder im Rechnen (VV-LRSR) anzuwenden.

Gestaltauffassung und Gestaltwiedergabe sind durch den oberflächlich abtastend überhöpfenden Wahrnehmungsstil häufig nicht altersgemäß entwickelt. Das hat auch Auswirkungen z. B. auf die Strukturierung des Arbeitsplatzes, das Wiedererkennen und Finden von Gegenständen, die in unmittelbarer Nähe liegen.

Oft sind die für den Schulalltag notwendigen Bücher und Hefte unvollständig eingepackt oder aber die Kinder tragen

alles mit sich herum, was überhaupt in der Schule benötigt wird. Ein Nicht-Finden-Können heißt nicht, dass etwas nicht da ist. Viele Kinder und Jugendliche mit ADHS haben zusätzliche Teilleistungsschwächen im visuellen, auditiven, teilweise sogar im taktilen Bereich. Das führt zwangsläufig zu Verzögerungen und Erschwernissen beim Erlernen von Kulturtechniken. Dies kann trotz normaler Intelligenz der Fall sein.

„Schüler mit ADHS brauchen eine klare Kursvorgabe durch einen gutmütigen, möglichst gelassenen, humorvollen Kapitän mit Autorität, der jederzeit bereit und in der Lage ist, sie wieder auf Kurs zu bringen und sie nicht auf Autopilot gestellt ins Verderben segeln lässt“ (Frank Zimmermann, GHS-Lehrer an der deutschen Schule, Tokio, Yokohama, 2003).

Wenn eine Lehrkraft, die eine Lerngruppe selbstbewusst und zugewandt führt, die jederzeit einen Überblick über das Geschehen im Klassenzimmer hat und sich in angemessener Weise um die Erziehung der anvertrauten Schülerinnen und Schüler kümmert, fair, gerecht und wenn es geht, auch humorvoll ist, geht es allen Kindern gut.

Eine Aufmerksamkeitsaktivierung gelingt allen Schülerinnen und Schülern

nur über einen klaren, situativen Rahmen und eine definierte, spezifische Aufgabe. Bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS hilft ein fester Sitzplatz, die Erlaubnis in Druckschrift eher kleiner schreiben zu dürfen. Später kann der Einsatz eines Laptops sinnvoll sein.

Aufmerksamkeitsschwache Kinder und Jugendliche benötigen einen sehr strukturierten Unterricht, den sie „wie auf Schienen“ bewältigen können. Für viele ist die direkte Aufmerksamkeitslenkung der einzige Weg, über 45 Minuten bei der Sache bleiben zu können. Platzieren Sie ein Kind bzw. einen Jugendlichen mit ADHS möglichst weit vorne oder in einer „Ecke“ des Klassenraums, sodass die Lehrkraft die Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit immer im Blickfeld hat. Mit Blickkontakt und der persönlichen Ansprache, ohne es den anderen Kindern und Jugendlichen „vorzuführen“, erreicht man optimale Aufmerksamkeitslenkung, vor allen Dingen, wenn die Lehrkraft sich immer wieder selbst durch den Klassenraum bewegt und mit nonverbalen Verhaltensformen das Kind oder den Jugendlichen immer wieder zum „Ausgangsgeschehen hin richtet“, z.B. durch:

- wortloses Wegnehmen eines Gegenstandes;
- bei positiver Beziehung zwischen Lehrkraft und Schülerin oder Schüler: Drehen des Kopfes in die richtige Richtung;
- deuten auf den Punkt im Heft, wo weitergearbeitet werden soll.

Merkt die Schülerin oder der Schüler, dass sie oder er mit ihren oder seinen Problemen der Lehrkraft nicht gleichgültig und die Lehrkraft bereit ist, sich für sie oder für ihn zu engagieren, klappt es!

Kinder und Jugendliche mit ADHS reagieren extrem sensibel auf die sogenannte „Personenvariable“, sie spüren sofort, ob sie jemand mag und ob ihnen jemand gewachsen ist. „Stimmt dies“, wird es wenige Schwierigkeiten mit dem Betroffenen geben. Fühlt sich der Erwachsene jedoch durch das Kind oder den Jugendlichen ständig überfordert oder fühlt er sich durch das Kind oder den Jugendlichen abgestoßen, gibt es grundsätzlich Schwierigkeiten.

Die Lehrkraft sollte sich in ihrem Verhältnis zum Kind oder Jugendlichen mit ADHS „liebvoll stur“ zeigen, damit es oder er in der Lage ist, sich an eine feste Struktur zu gewöhnen, um so

aus seinem eigenen Chaos herauszukommen. Sachlichkeit auf der Basis der freundlichen Angenommenheit mit Gleichförmigkeit eines festen Rahmens ohne Überforderung und Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten statt Schuldzuweisungen ist mit Sicherheit der beste Weg.

Das Kind oder der Jugendliche hat sehr unter seinen eigenen Stimmungs- und Leistungsschwankungen zu leiden, weiß wohl, dass mit ihm „etwas nicht stimmt“. Es bringt überhaupt nichts, das Kind oder den Jugendlichen immer wieder auf seine Defizite hinzuweisen. Wichtig ist jegliche Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft und nicht nur des Handlungsergebnisses.

Das Kind oder der Jugendliche mit ADHS mit „Hyperaktivität“ stört und zappelt nicht mit Absicht. Die Überaktivität stört es oder ihn selbst, ist bei näherem Hinsehen häufig eine gewisse Plan- und Ziellosigkeit in der Bewegung und in der Aktionsplanung; es oder er kann sich durch seine Ablenkbarkeit nur schwer steuern. „Austoben lassen“ bringt gar nichts, da sich das Kind oder der Jugendliche völlig verausgabt, danach durch die hohe Adrenalinausschüttung ständig zur Toilette

muss. Gelenkte Bewegungsaufträge helfen, sich „angemessen“ einzubringen, z.B. etwas holen, etc..

Die Zappeligkeit ist auch nicht das wichtigste Thema. Viel problematischer ist das hohe Erregungsniveau des Kindes oder des Jugendlichen, das sich steigert, wenn man immer nur auf die Zappeligkeit achtet. Mit Zureden ist bei einem Kind oder Jugendlichen mit ADHS nichts zu erreichen. Kritik an Kleinigkeiten, wie „*setz' dich jetzt mal schön hin*“, provoziert nur. Strafarbeiten helfen nicht. Sie stigmatisieren und stellen das Kind oder den Jugendlichen mit ADHS im problematischsten Bereich seiner Steuerungsdefizite bloß.

Alle Kinder und Jugendlichen mit ADHS haben irgendwelche Bereiche, die sie besonders interessieren, in denen sie dann präzises und überdurchschnittliches Detailwissen entwickeln. Betonung und Hervorhebung dieser Kenntnisse können enormen motivationalen Charakter haben. Auch im feinmotorischen Koordinationsbereich haben ADHS-Kinder und Jugendliche häufig Schwierigkeiten. So dauern das An- und Auskleiden beim Turn- und Schwimmunterricht länger oder es erfolgt sehr

„schlampig“. Bitte hier nicht bloßstellen, sondern Kleinregeln mit entsprechenden Konsequenzen vereinbaren.

„Warten“ bis man aufgerufen wird, kann das „hyperaktive“ Kind oft erst in der 5. oder 6. Klasse wirklich durchgehend leisten. Ermahnen nützt nichts, es steigert nur das Erregungsniveau. Hilfreich ist es, das Kind entweder in den Unterricht kräftig mit einzubinden oder ein Hineinrufen zu ignorieren, respektive bei deutlichem Stören kurz zu dem Kind zu gehen, Körperkontakt aufzunehmen und mit kurzen, deutlichen, gelassenen Instruktionen wie *„Stopp, ich glaube jetzt geht es gleich los.“* eine Zäsur zu setzen. Je gelassener und deutlicher die Instruktion, desto schneller erfolgt der Effekt.

Das Kind oder der Jugendliche mit ADHS leidet oft an „Sprechdurchfall“, d. h. Dauerworten. Fäkalsprachliche und sexistische Ausdrücke werden reproduziert, die es oder er in der Regel nicht von zu Hause kennt. Dies wird gern und willig aus der Umgebung aufgeschnappt. Die verbalen Entgleisungen sind primär nie absichtlich persönlich gemeint, sondern „ungesteuerte Unmutsäußerungen“. Bei steigender Erregung, z. B. hervorgerufen durch morali-

sierendes Eingreifen des Erziehenden, kann es zu scharf formulierten, persönlichen Attacken kommen, die oft verletzend sein können.

Einerseits durch die oft extreme Auffassungsgabe trotz Aufmerksamkeitslabilität und andererseits durch das große Bedürfnis, sich dem Erregungsniveau entsprechend auszudrücken, kommt es zu solchen Entladungen, die dem Kind oder Jugendlichen mit ADHS wesentlich später bei der Konfrontation damit leid tun und ihm regelrecht peinlich sind. Daher: Bitte nichts persönlich nehmen, sondern gelassen und direktiv das Kind oder den Jugendlichen unterbrechen und unter Umständen aus dem Raum entfernen. Je souveräner man darauf reagiert, desto eher erkennt einen das Kind oder der Jugendliche an.

Ähnlich ruhig und gelassen, dabei sehr direktiv, ist, auf verbale Androhungen sowie auf Verweigerungsäußerungen zu reagieren. Strafandrohungen steigern lediglich das Erregungsniveau. Am besten reagiert man sofort mit etwas „raunzig humorigem Brummeln“; *„ja, ja, ich glaub's dir“, „bist du sicher?“* ohne moralisches Ansinnen.

Gegebenenfalls hilft auch schlichtes Ignorieren. Kommt es dennoch irgendwann einmal zum Eklat, ist es sinnvoll,

das Kind oder den Jugendlichen kurz aus der Situation herauszunehmen. Das Kind oder der Jugendliche rennt nicht weg, wenn man die Situation „früh genug erwischt“. Wichtig ist, nach „Beruhigung“ das Kind oder den Jugendlichen sofort wieder hereinzuholen, die Situation nicht sofort zu besprechen, sondern zur Routine überzugehen.

Nie nach dem Eklat „nachmoralisieren“, dies steigert nur sofort wieder das Erregungsniveau und aktiviert das schlechte Gewissen. Meist ist eine Nachbesprechung gar nicht nötig. Da aus Erfahrung nicht gelernt werden kann, impulsives Überreagieren nie „geplant“ ist, helfen „soziale Trainingsinseln“ mit Selbstreflexion bei ADHS überhaupt nicht!

Viele der Kinder und Jugendlichen können am Ende einer Stunde, wenn allgemeine Aufbruchsstimmung herrscht, die Hausaufgabe nicht mehr aufnehmen geschweige denn aufschreiben. Meist, weil sie es wirklich nicht mehr können; nicht, weil sie nicht wollen. Für die Lehrkraft könnte es hilfreich sein, die Hausaufgaben bereits am Anfang der Stunde im Hausaufgabenheft eintragen zu lassen. Damit wären auch viele Eltern zu Hause im täglichen Kampf um die

Hausaufgabe entlastet. Sollte eine Kontrolle des Hausaufgabenheftes vereinbart sein, ist dies für die Eltern zu Hause die Möglichkeit, ihrem Kind nicht gleich mit Misstrauen entgegenzutreten.

Achtung:
Ein Kind/ein Jugendlicher mit ADHS tut nur das, was angekündigt, eingefordert und hinterher kontrolliert wurde!

Erledigt das Kind oder der Jugendliche seine Pflichten in der Schule nicht, sollte möglichst schulintern reagiert werden, z.B. mit Nacharbeiten oder entsprechenden Zusatzaufgaben. Anrufe zu Hause und Klagen über das Kind stressen nur gestresste Eltern. Sie wissen um das Problem, können aber in der Schule und an der Schulsituation nichts ändern. Die Eltern sind zu Hause Hausherr; die Lehrkräfte in der Schule. Ein Transfer aus der häuslichen Korrektur in die für das Kind oder den Jugendlichen belastende Schulsituation kann nicht erfolgen, da das Kind und der Jugendliche unbewusst in jedem Umfeld speziell seine eigenen Grenzen abcheckt.

Im Gegenteil: Mahnungen der Eltern zu Hause steigern nur das Erregungs-

niveau und sorgen dann in der Schule für neuerliche Störattacken.

Je strukturierter der Unterricht, desto besser. Dies impliziert das Abfragen von gelernten Wörtern, Hausaufgabenkontrolle, Heftführungskontrolle. Ein freies Erarbeiten einer Thematik gelingt nur, wenn der ADHS-Betroffene dafür hochmotiviert ist. Aufmerksamkeitslabile Kinder und Jugendliche sollten im Unterricht alleine sitzen. Dies ist eine Hilfe, keine Strafe. Wenn ein Kind oder Jugendlicher mit ADHS trödelt, sein Mathebuch nicht findet, ewig am ersten Wort der Abschrift „klebt“, ist es hilfreich, einen Kleinstvertrag zu machen („es gibt einen Punkt, wenn du am Anfang der Mathestunde dies alles genauso schnell parat hast, wie die anderen“). Die „Abrechnung“ erfolgt sinnvollerweise täglich.

Andere Kinder und Jugendliche wissen sehr gut, wo beim Betroffenen mit ADHS „der Knopf zum Draufdrücken ist“. Das gilt speziell für „hyperaktive Kinder und Jugendliche“. Wenn die Lehrkraft nicht „direkt bei der Tat dabei war“, kann sie nicht sanktionieren, ohne dabei ungerecht werden zu müssen. Wird ein Kind oder Jugendlicher mit ADHS aus seiner Sicht ungerecht be-

handelt, steigt sein Erregungsniveau bis ins Unendliche, es oder er sitzt dann zwar zunächst verdattert auf seinem Stuhl im Unterricht, sinnt allerdings dann die ganze Stunde im „Hyperfokus“ nur nach Rache und entlädt diese möglicherweise direkt vor den Augen der Lehrkraft bei der nächstmöglichen sich bietenden Gelegenheit – für die Lehrkraft „tatsächlich völlig aus heiterem Himmel“.

Das heißt: Schnell dazwischengehen, die Schülerinnen bzw. Schüler trennen und zur Tagesordnung übergehen – stundenversetzt oder tagesversetzt kann man unter Umständen eine „soziale Viertelstunde“ einrichten als beste Prophylaxe gegen Klassenkasper- und Sündenbockentwicklung.

Im Sport brauchen Kinder/Jugendliche mit ADHS sehr viel Souveränität des Lehrers. Das Kind oder der Jugendliche mit ADHS kann sich motorisch nicht „austoben“, die Erregung steigert sich durch motorisches Agieren immer mehr, d.h., je mehr getobt werden darf, desto mehr „kreiselt“ es oder er. Daher muss ein sinnvoller, motorisch aktiver Auftrag gegeben werden, z.B. das Ziehen einer schweren Matte von A nach B.

Kinder und Jugendliche mit ADHS können häufig Gefahren nicht einschätzen und sind weit mehr unfallgefährdet als nicht betroffene Kinder und Jugendliche. Sind sie besonders erregt, ist äußerste Vorsicht geboten. Besser zieht man die Kinder und Jugendlichen dann zu Hilfestellungen heran, als dass man sie ins freie Agieren entlässt. Auslachen durch andere Kinder oder Jugendliche muss unbedingt vermieden werden, speziell wenn sich Kinder und Jugendliche mit ADHS ungeschickt bewegen. Provokantes Bloßstellen darf nie erfolgen; es sollte vermehrt Hilfestellung gegeben und ermutigt werden.

Bloßstellen insgesamt ist absolutes Tabu: Kinder und Jugendliche mit ADHS schreiben z. B. häufig kurze Aufsätze, nicht etwa, weil ihnen nichts einfällt, sondern weil ihnen der Schreibprozess schwerfällt. Lehrkräfte wissen das: Mündliche Beiträge dieser Kinder und Jugendlichen sind oft „verblüffend“ gut und hilfreich – die schriftliche Umsetzung ist aber desolat. Kinder und Jugendliche mit ADHS machen häufig Fehler in Mathematik; nicht weil sie Mathematik nicht können, sondern weil sie ihre Zahlen schräg aufs Papier schreiben oder in

Geometrie den Strich nicht exakt ziehen können. Jedwedes Abwerten wirkt sich deutlich motivationsverschlechternd aus.

Das Kind oder der Jugendliche mit ADHS braucht dennoch keine exklusive Sonderrolle, fordert die Lehrkraft sicher in jeder Hinsicht. Je mehr sie oder er jedoch signalisiert, dass sie das Kind oder den Jugendlichen mag, seine Stärken kennt, Hilfestellungen für die Schwächen gibt, freundlich, ruhig, gelassen, direktiv und einschätzbar ist, desto eher kommt ein nicht zu unterschätzender Faktor zum Tragen; in der Lehrkraft wird ein echter Mensch erkannt, der schnell zum sogenannten „Superreiz“ wird! Damit verbunden ist ein enormer Motivationsschub. Das Kind oder der Jugendliche kann nur für die Lehrkraft arbeiten, das Störungspotenzial baut sich automatisch ab. Es lohnt sich, auf dieses Ziel hinzusteuern, die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern werden es danken.

6. Gewährung des Nachteilsausgleiches

Grundsätzlich gelten für Schülerinnen und Schüler mit einer ADHS die gleichen Maßstäbe der Leistungsbewertung im Unterricht wie für alle Schülerinnen und Schüler. Für Kinder und Jugendliche mit einer ADHS können Eltern auf der Grundlage einer fachärztlichen Stellungnahme für ihr Kind einen Nachteilsausgleich beantragen. Hier gelten die Regelungen des Rundschreibens 2/2014 „Nachteilsausgleich für zeitweise oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler“.

Dieser Nachteilsausgleich kann umfassen:

- die Veränderung des räumlichen und zeitlichen Rahmens,
- die Verwendung technischer Hilfsmittel,
- mündliche statt schriftliche Leistungsnachweise,
- schriftliche statt mündliche Leistungsnachweise oder
- eine individuelle Leistungsfeststellung in der Einzelsituation.

Die Gewährung eines Nachteilsausgleiches wird auf dem Zeugnis nicht vermerkt. Fördermöglichkeiten und Nachteilsausgleiche gibt es nicht nur an Grundschulen, sondern auch an weiterführenden Schulen.

In begründeten Einzelfällen sind auch hier die Vorgaben der Verwaltungsvorschriften über die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder im Rechnen (VV-LRSR), hier besonders die Regelungen der Nummer 5, anzuwenden.

**Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
des Landes Brandenburg**

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 107
14473 Potsdam

Telefon: 0331/866-3521

Internet: www.mbjs.brandenburg.de

E-Mail: poststelle@mbjs.brandenburg.de

