

## Inhalt

●	<b>Vorwort – Cordula Neuhaus</b> .....	6
●	<b>Vorwort – Werner Eitle</b> .....	8
①	<b>Einleitung</b> .....	9
②	<b>Grundlagen von ADHS</b> .....	11
2.1	Ursprung .....	11
2.2	Was ist ADHS? .....	11
2.3	Begleitstörungen und -probleme .....	15
2.4	Ursachen .....	18
2.5	Diagnostik und Symptome .....	19
2.6	Stärken der Kinder und Jugendlichen mit ADHS .....	23
2.7	Prognose .....	24
2.8	Prävention durch Resilienz .....	24
2.9	ADHS – Krankheit oder „seelische Behinderung“? .....	25
③	<b>Therapiemöglichkeiten</b> .....	28
3.1	Psychotherapie .....	28
3.2	Verhaltenstherapie .....	28
3.3	Heilpädagogik .....	30
3.4	Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren .....	30
3.5	Ergotherapie .....	31
3.6	Psychomotorik .....	31
3.7	Direktive Spieltherapie .....	32
3.8	Entspannungsverfahren .....	32
3.9	Familientherapie .....	32
3.10	Videotraining .....	33
3.11	Medikamente .....	33
3.12	Wirksamkeitsstudien .....	38
3.13	Multimodale Therapie .....	39
④	<b>Rechtliche Grundlagen</b> .....	44

<b>5</b>	<b>Hilfen der Heimerziehung</b> .....	46
5.1	Familienunterstützende Angebote .....	46
5.2	Familienergänzende Hilfen über Tag .....	46
5.3	Hilfen über Tag und Nacht .....	47
<b>6</b>	<b>Erzieherische Hilfen</b> .....	49
6.1	Gruppenpädagogik .....	50
6.2	Allgemeine pädagogische Hilfen .....	54
6.3	Positive Beziehung und Compliance.....	55
6.4	Das therapeutische Milieu .....	55
6.5	Soziale Kompetenz .....	63
6.6	Verlässliche und haltgebende Beziehungen .....	65
6.7	Akzeptable Werte und Normen .....	67
6.8	Coaching.....	68
<b>7</b>	<b>Aufklärung</b> .....	75
7.1	Aufklärung des Kindes/Jugendlichen .....	75
7.2	Aufklärung der Eltern .....	75
7.3	Aufklärung des Umfeldes .....	80
<b>8</b>	<b>Besondere Aspekte der Heimerziehung</b> .....	81
8.1	Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder mit ADHS .....	81
8.2	Förderdiagnostik und Erziehungsplanung.....	82
8.3	Erlebnispädagogik.....	86
8.4	Körperorientierte Verfahren .....	87
8.5	Musik .....	89
8.6	Freizeitaktivitäten.....	90
8.7	Trainingsprogramme.....	90
<b>9</b>	<b>ADHS und Schule</b> .....	96
9.1	Typische Symptome von Schülern mit ADHS .....	96
9.2	Hilfen im Unterricht .....	97

<b>10</b>	<b>Vernetzte Partner</b> .....	102
10.1	Team .....	102
10.2	Eltern .....	102
10.3	Umfeld .....	103
10.4	Jugendamt .....	103
10.5	Kindergarten .....	104
10.6	Schule .....	104
10.7	Heilpädagogisch-psychologischer Fachdienst .....	105
10.8	Fachkräfte außerhalb des Heimes .....	105
10.9	Medizinische Hilfsangebote .....	106
10.10	Sozialpädiatrische Zentren .....	106
10.11	Selbsthilfegruppen .....	106
●	<b>Nachwort</b> .....	108
●	<b>Anhang</b> .....	109
	Literaturverzeichnis .....	109
	Abbildungsverzeichnis .....	111
	Weiterführende Literaturhinweise .....	112
	Nützliche Adressen und Links .....	114
	Autor .....	119

## Vorwort – Cordula Neuhaus

Die kontroverse Diskussion um ADHS erlebt derzeit leider wieder einmal einen neuen Höhepunkt in Deutschland, trotz des „Eckpunktepapiers“ des Bundesministeriums für Gesundheit und sozialer Sicherung zur Diagnostik und Therapie. Leider auch trotz der unermüdlichen Aufklärungsarbeit der Selbsthilfegruppen, einer Vielzahl seriöser Publikationen, zahlreicher Kongresse und Symposien, u. a. jetzt auch immer mehr zum „Hochrisiko ADHS“.

Immer mehr Studien aus dem In- und Ausland belegen das hohe Unfallrisiko dieser Kinder und Jugendlichen, die ausgeprägte Gefahr, delinquent zu entgleisen, Substanzen zu missbrauchen, den Ausgrenzungen in der Schule und Umfeld, dem Schwänzen der Schule, Abbrechen von Unterricht oder Ausbildung, der Entwicklung auch gravierender psychiatrischer Erkrankungen zusätzlich.

Die konstitutionell bedingte spezifische Neurodynamik führt zu einer spezifischen Regulationsdynamik mit Reizoffenheit, Reizfilterschwäche, Affektlabilität, Impulskontrollstörung und der fatalen Problematik, nur richtig „eingeschaltet, präsent und wach“ zu sein, wenn etwas, jemand subjektiv positiv bewertet wird (nur aus dem Gefühl heraus!).

Dadurch, und nicht nur durch die motorische Unruhe ergeben sich in der Beziehungs- und Bindungsentwicklung wie auch im Lern-/Leistungsbereich oft schon sehr früh erhebliche Schwierigkeiten, die schnell zur „klassischen Endstrecke“ führen – vor allem in einem Umfeld, das immer reizintensiver, schnelllebiger, veränderungsaktiver wird.

In unserer Zeit, unserem gegenwärtigen Schulsystem, das immer früher selbstangeleitetes, selbstständiges, intrinsisch motiviertes Arbeiten einfordert, methodisch und didaktisch immer diffuser werdend, fallen tatsächlich immer mehr auch eher leichter betroffene Kinder und Jugendliche auf, brauchen oft rasch Hilfe – sind darauf angewiesen, dass man ihr Problem erkennt, und nicht, wie landauf, landab so weit verbreitet, erst einmal überlegt, wer „schuld“ sein könnte ...

Umso verdienstvoller ist das vorliegende Buch von Werner Eitle, der knapp und klar beschreibt, erklärt und benennt, was ADHS ist und was hilft – nicht nur dem Kind/Jugendlichen und seinen Eltern, sondern auch den Erziehern, damit sie sich selbstwirksam in ihrer Arbeit erleben können – ganz abgesehen vom volkswirtschaftlichen Aspekt!

Noch immer gibt es jedoch leider eine große Zahl von Fachleuten, Ärzten, Sozialpädagogen und Psychologen, die ADHS als interaktional verursacht durch Bindungs- und Beziehungsstörungen betrachten, dabei aber durchaus auch viele Lerntheorien gehört haben. So formulierte Eysenck die Theorie der „misslungene Konditionierung“ und dass ein Heranwachsender mit einer hohen Wahrscheinlichkeit das wiederholt, was für ihn positiv und somit erfolgreich war. Sutherland geht davon aus, dass problematisches Verhalten in der Kommunikation mit anderen gelernt wird, Bandura postuliert Lernen am Beobachtungsmodell. Man beobachte andere und imitiere dies, so zum Beispiel auch beim Erkennen von schwierigen Umgangsvariablen in der Familie oder im weiteren Umfeld.

Bei Beeinflussung durch die Theorien der strukturell funktionalen Bedingtheit, die einen Jugendlichen z. B. dazu bringen können, für ihn wichtige Ziele mit anderen Mitteln als den von der Gesellschaft anerkannten zu erreichen (z. B. Marken-

Wissen, dass ein entsprechendes Etikett wie „chaotisch“ oder „deliquent“ zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wird, war dann die Idee entstanden, mit Kinder und Jugendlichen ihren hintergründigen Konflikt erlebnispädagogisch anzugehen.

In „individuellen Einzelfällen“ soll entsprechend zunächst Beziehungsaufbau geleistet werden in Form von gemeinsamen Aktivitäten eines Betreuers mit einem Kind oder Jugendlichen zusammen. Dabei kommt es in aller Regel zunächst zu sehr positiven Aktivitäten aus Sicht des Kindes oder Jugendlichen, wie Minigolfspielen, Kinobesuch etc.

Es wird gehofft, dass aus dieser individuellen Zuwendung das Kind oder der Jugendliche über die Beziehung und die positiven Eindrücke und vor allen Dingen das Modellverhalten des Betreuers „umlernt“, respektive auch eine ganz andere „Sinnhaftigkeit“ erfährt.

In nicht wenigen Extremfällen wird mit sehr viel Geld die Erlebnispädagogik auch im Ausland durchgeführt. Leider wird eine solche Maßnahme meistens dann aber nicht mehr nachbetreut und es wird davon ausgegangen, dass „es“ dann eben einfach klappen muss. Für Kinder, die lediglich „depriviert“ sind, die aus schlechten Umfeldbedingungen kommen, wenig Positives erleben, ohne die ADHS-Problematik, kann dies sicher zu Verhaltensveränderungen und auch Fortschritten führen. Dies gilt aber ganz sicher nicht für Kinder und Jugendliche mit ADHS, die nicht zuletzt diesen Maßnahmen in aller Regel dann zugeführt werden, wenn sie schon gravierend auffallend geworden sind, z. B. auch mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens. Es gilt vor allem auch deswegen nicht, da Lernen aus Erfahrung und Einsicht bei ADHS schlicht nicht funktioniert/erfolgt.

Gelenkte Aktivitäten, z. B. auch in einer heilpädagogischen Tagesgruppe und im Heim, sind vor allen Dingen dann sinnvoll, wenn sich die Betreuer mit der Symptomatik und der „anderen“ Funktionssteuerung von ADHS wirklich auskennen und entsprechend strukturierend einsetzen, effektiv die Eltern beraten, selbst Modell sind für Einschätzbarkeit, Gelassenheit, Klarheit, am besten mit einem Schuss Humor, wozu Werner Eitle kompetent anleitet. Das ausreichend intensive Einüben von Routinen, das Herangehen an subjektiv schwierig oder langweilig Erscheinendes, mit gelenkten Beschäftigungsangeboten und Belohnung können indes zielführende Verhaltensveränderungen bewirken im festgelegten Setting, wie es in diesem Buch beschrieben wird, das hoffentlich viel Verbreitung erfährt.

*Cordula Neuhaus*

*(zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema ADHS)*



### Petra – Fallbeispiel aus der Grundschule

30-minütige Verhaltensbeobachtung einer Lehrerin bei der 6-jährigen Petra in der 1. Klasse einer Grundschule.

Thema: Wir bauen Großbuchstaben aus Cuisenaire-Stäbchen (farbige Holzstäbe). Die einzelnen Buchstaben müssen aus einem Buchstabengedicht herausgehört werden.

#### *Motorische Kontrolle*

Petra kann zunächst der Arbeitsanweisung der Lehrerin folgen (holt Stäbchenkasten), wandert dann aber durch das Klassenzimmer, baut sich anschließend mit ihrem Ordner ein Dach, spielt mit den Stäbchen, redet mit dem Nachbarn, rutscht auf dem Stuhl hin und her, fällt vom Stuhl und spielt unter dem Tisch weiter.

#### *Impulsivität*

Nachdem Petra wieder auf ihrem Stuhl sitzt, redet sie mit ihrem Banknachbarn und wird von der Lehrerin ermahnt. Antwort: „Lass mich.“ Dann setzt sich Petra auf den Tisch und spielt mit den Stäbchen weiter. Die Arbeitsanweisung wird weiter nicht befolgt.

#### *Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung*

Petra guckt beim Nachbarn ab und sagt: „Ach so, jetzt kann ich's.“ Sie bildet dann ein „F“ mit den Stäbchen, steht auf, guckt in das Heft der Lehrerin und sagt: „Ich hab' gelesen, was du geschrieben hast.“ Petra läuft im Klassenzimmer umher und schaut bei anderen Kindern, was diese mit den Cuisenaire-Stäbchen machen. Dabei nimmt sie Michaels Stäbchenkasten und stellt diesen in den Deckel, da sie dies bei ihrem Stäbchenkasten auch so gemacht hat. Petra bezieht dafür einen sanften Armschlag von Michael, der sich von Petra sichtlich gestört fühlt. Daraufhin rennt Petra laut weinend und schreiend aus dem Klassenzimmer raus.

#### *Fazit*

Die Arbeitsanweisung wurde bis zu diesem Zeitpunkt nur unvollständig erledigt. Anstatt der Buchstabenkombination „FATMA“, die aus dem Gedicht hätte herausgehört werden sollen, baute Petra nur den Anfangsbuchstaben „F“ aus den Stäben. Sie ließ sich vom Geschehen im Klassenzimmer sichtlich ablenken und hatte Probleme, die Arbeitsanweisung der Lehrerin umzusetzen. Auf Ermahnungen reagierte sie überzogen. Der Reiz der „richtigen“ Ordnung bei ihrem Klassenkameraden Michael war so groß, dass Petra die Anordnung seines Arbeitsplatzes veränderte. Im motorischen Bereich fällt das Wackeln mit dem Stuhl auf.

Wie schon im Vorwort erwähnt, handelt es sich bei ADHS um die häufigste psychiatrische Störung der Kindheit. Die Häufigkeitsschätzzahlen liegen bei 4–8 % der Kinder, wobei international von noch höheren Zahlen, nämlich 8–12 % der Kinder dieser Welt, ausgegangen wird. Die Störung existiert in allen Ländern, in allen Kulturen, in allen Schichten.

Im deutschsprachigen Raum spricht man zumeist von der „**Hyperkinetischen Störung**“, ausgehend vom internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen.

Zusammengefasst lauten die häufigsten Probleme:

- **Unaufmerksamkeit** und **Ablenkbarkeit** (z. B. Vergesslichkeit)
- **Hyperaktivität** und **Verträumtheit** (z. B. innere Unruhe, Trödelverhalten)
- **Impulsivität** (z. B. Selbstkontrollprobleme)
- **Stimmungsschwankungen** (z. B. schnell gelangweilt)
- **Organisationsprobleme** (z. B. Planungsprobleme)

## 2.3 Begleitstörungen und -probleme

Neben der oben angegebenen Kernproblematik **ausgeprägte motorische Unruhe, Unaufmerksamkeit** und **Impulsivität** hat ADHS noch zahlreiche Begleitstörungen, die sich in folgenden Bereichen zeigen können:

- **im Gefühlsbereich:** vermindertes Selbstwertgefühl, geringes Einfühlungsvermögen, eingeschränkte Realitätskontrolle, Ängste, depressive Störungen
- **im Lernbereich:** Probleme beim Lesen, Rechnen, Schreiben, reduzierte schulische Leistungsmotivation
- **im Sozialverhalten:** verminderte Frustrationstoleranz, häufige Wutausbrüche, aktiver Widerstand gegen Regeln und Anweisungen, Aggressivität, negatives Interaktionsverhalten, zudringliches Verhalten, albern, „herumkaspern“, Ablehnung durch Gleichaltrige, Außenseiterrolle, keine Freunde, unbeliebt, schlagen, sticheln, trotzig, bockig, explosives Verhalten
- **Teilleistungsstörungen:** Wahrnehmungsstörungen, Einschränkungen des Sehsinns, Hörsinns, Tast- und Bewegungssinns sowie der Grob- und Feinmotorik

Aus Untersuchungen weiß man, dass es in ca. 50% der Fälle zu Begleiterkrankungen wie **Depression, Angst-, Zwangs-, Lern-, Sucht- oder Essstörungen** kommen kann. Die meisten Patienten mit ADHS haben laut Barkley (2002) wenigstens eine, wenn nicht zwei oder mehrere zusätzliche Störungen. Man geht dabei von folgenden Kombinationen aus:

- ADHS + Lernstörung
- ADHS + oppositionelles Verhalten
- ADHS + Angststörung und Depression
- ADHS + Tic-Störungen
- ADHS + Einnässen
- ADHS + Nahrungsmittelüberempfindlichkeit

Weiterhin treten oft folgende typische **Begleitprobleme** von ADHS auf:

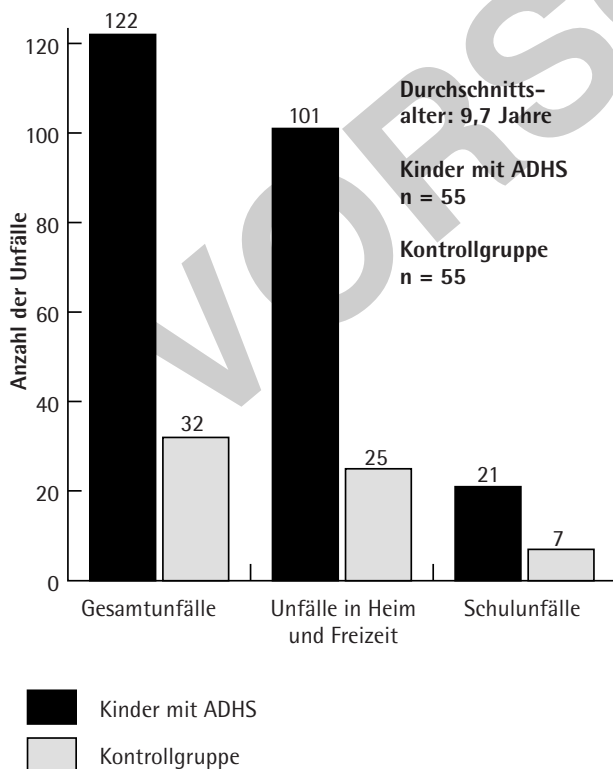
- **Unfälle**
- **Rauschmittel**
- **Dissozialität**

### Zum Begleitproblem Unfälle

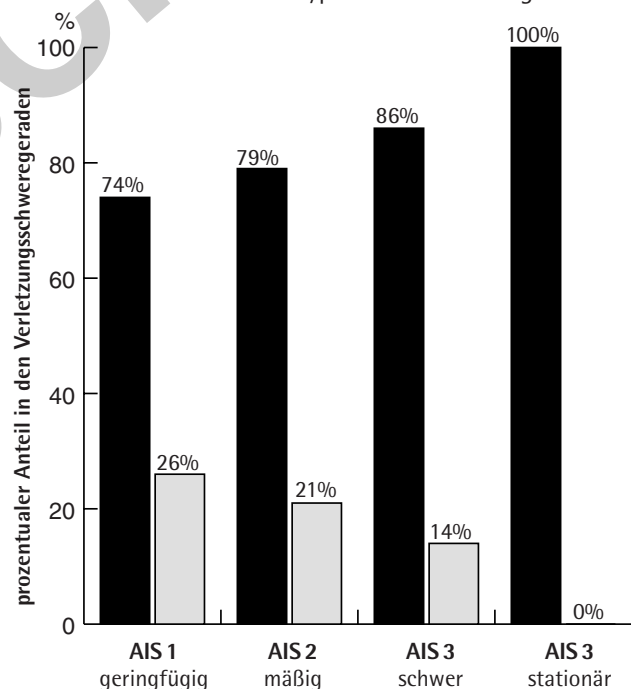
Kinder und Jugendliche mit ADHS sind auffallend häufiger in Unfälle verwickelt als Gleichaltrige. In 70% aller Unfälle sind die Auslöser kindliche Fehlverhaltensweisen. In einer Studie zur Unfallohäufigkeit von ADHS-Kindern wurde ermittelt, dass bis zum Zeitpunkt der Diagnose ADHS eine statistisch bedeutsam erhöhte Unfallrate für ADHS-Kinder bestand:

„Das Unfallrisiko für Kinder und Jugendliche mit ADHS ist durchschnittlich um das 3,8-fache erhöht ... Mit zunehmender Unfallschwere steigt der Anteil von Kindern mit ADHS ... Bei den Unfällen mit geringfügigen Verletzungsfolgen beträgt der Anteil der ADHS-Gruppe 74%. Bei den Unfällen mit mäßig schweren Verletzungsfolgen erhöht sich diese Zahl auf 79%. Bei den Unfällen mit schweren Verletzungsfolgen steigt der Anteil von Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom auf 86% an. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Behandlungsmaßnahmen der schweren Unfallfolgen, so beträgt der Anteil an stationär behandelten schweren Verletzungen 100% für Kinder mit ADHS. Je schwerer der Unfall, desto wahrscheinlicher wird ADHS.“<sup>2</sup>

**Grafik 1:** Unfallohäufigkeit bei Kindern mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung



**Grafik 2:** Verletzungsfolgen bei Kindern mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung



**Erläuterung:** AIS (Abbreviated Injury Scale) 1: geringfügige Bagatellverletzungen (Schürfwunden, leichte Prellungen, Platzwunden), AIS 2: mäßig schwere Verletzungen (Distorsionen, Frakturen, nahtbedürftige Wunden), AIS 3: schwere, nicht lebensbedrohende Verletzungen (Schädeltraumen, stationäre Behandlungsmaßnahmen)

Abb. 3: Unfälle und ADHS (Grützmaker 2002, S. 8/9)



## 2.4 Ursachen

Mit den neueren Erkenntnissen und den sich in den letzten Jahren immer weiterentwickelten Möglichkeiten der Hirnforschung haben sich die Einordnung der Störung und ihre möglichen Ursachen gewandelt. Es wird immer deutlicher, dass es sich um eine grundlegende Beeinträchtigung neuronaler Netzwerke handelt. Die von ADHS betroffenen Kinder und Jugendlichen können daher ihre Verhaltensimpulse nur mangelhaft hemmen und leiden an einer schwachen Selbstkontrolle. Als Ursache werden genetische Veränderungen angenommen. Die lange Zeit vermutete hirnorganische Verursachung aufgrund frühkindlich entstandener Hirnfunktionsstörungen gilt als überholt. Die oftmals verwendete Bezeichnung MCD („minimale cerebrale Dysfunktion“) ist daher heute nicht mehr haltbar.

Die Forschung nimmt heute an, dass diejenigen Gene fehlerhaft sind, die über die Kontrolle und die Aktivitäten des Gehirns mit dem Botenstoff **Dopamin** bestimmen. Dopamin hemmt und moduliert die Aktivität anderer Neuronen – vor allem jene, die an den Gefühlen und der Motorik beteiligt sind. Das Dopamin-System ist zuständig für die Kontrolle der Aktivität und der Aufmerksamkeitsleistungen und ist vor allem im präfrontalen Cortex und den Basalganglien lokalisiert (siehe Abb. 4). Die Basalganglien befinden sich in der Tiefe des Großhirn und sind eng mit dem limbischen System verknüpft. Dieses System ist zuständig für die Verarbeitung und Steuerung von Emotionen.

Im Großhirn werden Verhaltensweisen geplant, ein Bewusstsein von Selbst und Zeit entwickelt und die Fokussierung der Aufmerksamkeit gesteuert. Das Großhirn ist an den Arbeitsgedächtnisleistungen beteiligt, überwacht aktuelles und stoppt unangemessenes Verhalten,

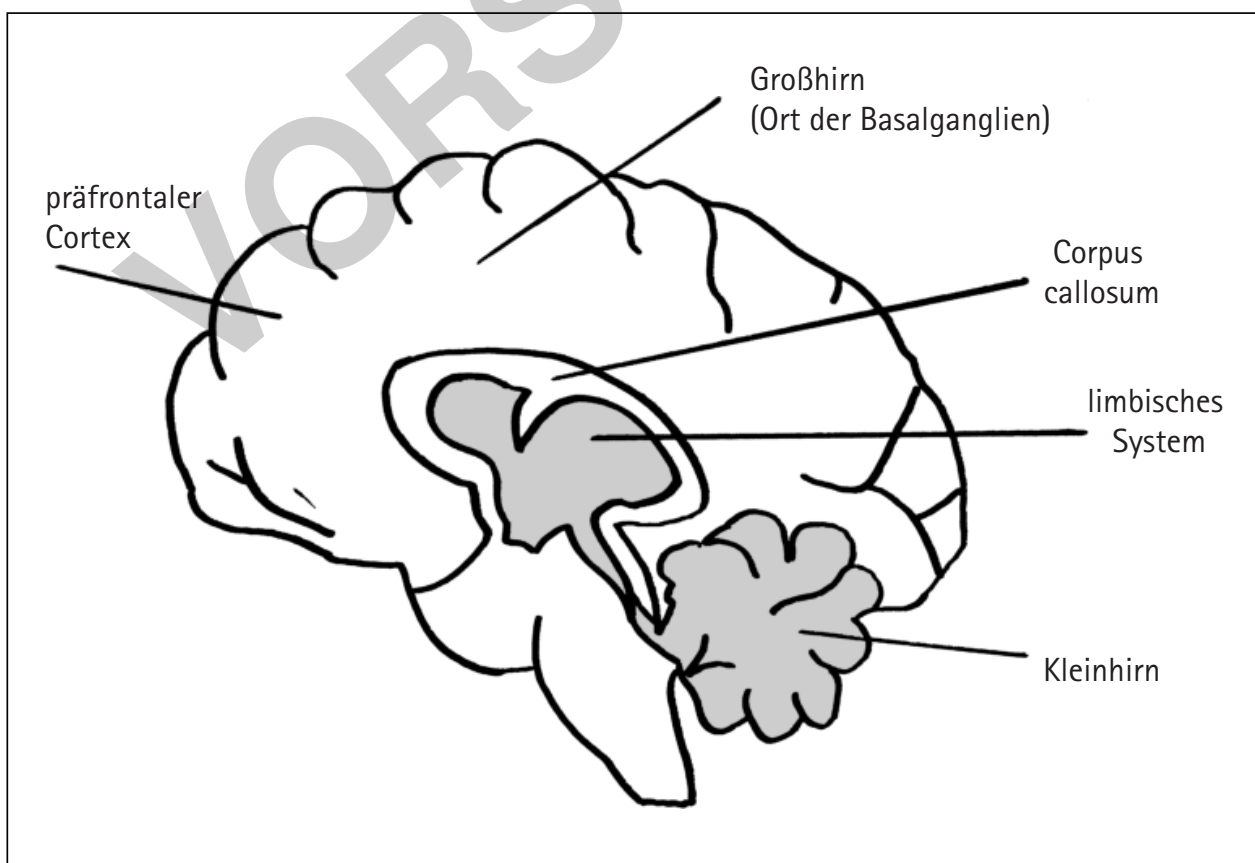


Abb. 4: Struktur des menschlichen Gehirns

### 3.3 Heilpädagogik

Die Heilpädagogik ist eine wissenschaftliche Disziplin der Pädagogik. Sie beschäftigt sich in Theorie und Praxis mit Menschen, deren Entwicklung unter erschwerten Bedingungen verläuft. In der Heilpädagogik geht es nicht primär um die Behebung eines speziellen Defizits, sondern um eine ganzheitliche Förderung des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen in seinem gesamten sozialen Umfeld. Dabei nimmt die Heilpädagogik Rücksicht auf die persönlichen Eigenarten und Begabungen des jeweiligen Individuums.



#### *Effekte bei ADHS*

Die Heilpädagogik versteht sich als ganzheitliche Hilfe für das Kind, den Jugendlichen und die Eltern. Da ADHS-Kinder und -Jugendliche in unterschiedlichster Art und Weise in ihrer motorischen, sensomotorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung beeinträchtigt sind, kann Heilpädagogik als „Generalkonzept“ für ADHS-Kinder und -Jugendliche bezeichnet werden.<sup>14</sup>

### 3.4 Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren

Beim Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren liegt der Schwerpunkt auf dem Umgang mit dem Pferd in Verbindung mit dem Pädagogen und dem Kind. Das Kind/der Jugendliche mit ADHS, der Pädagoge und das Pferd stehen in einem Dreiecksverhältnis zueinander. Neben dem Reiten sind auch die Pflege des Pferdes und des Sattelzeuges sowie die erforderlichen Stallarbeiten von pädagogischer Wichtigkeit.



#### *Effekte bei ADHS*

Oftmals sind die Beziehungen zwischen Erzieher, Eltern, Lehrer und Kind belastet und laufen nach eingefahrenen, oft negativen Schemata ab. Die Hereinnahme eines Pferdes kann sich daher positiv auswirken, da sich nun die Beziehungsebene in Richtung Pferd verschieben kann und über das Pferd eine neue, positive Beziehungsebene möglich ist. Das Pferd ist nicht nachtragend, vorurteilsfrei und damit konstanter im Verhalten, als es der Erzieher oder die Eltern je sein können.

Zum einen führt dies zu einer Entlastung der bisherigen Beziehungen zwischen Kind und Erzieher, Eltern, Lehrer, zum anderen wird über das Pferd ein Beziehungsneubeginn möglich, der dann als Modell für die Beziehungen zu Erziehern, Eltern, Lehrern genutzt werden kann. Der Pädagoge, der das Heilpädagogische Reiten durchführt, tritt hier als „Dolmetscher“ zwischen Pferd, dem ADHS-Kind/-Jugendlichen und seiner Umgebung auf. Da neben dem Reiten auch die Pferdepflege und die damit zusammenhängenden Tätigkeiten von großer Wichtigkeit sind, kann über die dort notwendigen Arbeiten ein Transfer z. B. zu den Hausaufgaben hergestellt werden. (Diese Effekte können auch durch die pädagogische Arbeit mit anderen Tieren erzielt werden.)

### 3.7 Direktive Spieltherapie

Die Spieltherapie bedient sich des kindlichen Spiels als Ausdrucksform des Kindes und einer direktiven Spielbegleitung durch den Therapeuten. Im Unterschied zu einer non-direktiven Spieltherapie übernimmt der Therapeut die Führung und Leitung des kindlichen Spiels. Er plant und strukturiert die Spieltherapie aufgrund der jeweiligen Erfordernisse. Dabei beachtet er zwar die Bedürfnisse des Kindes, nicht aber unbedingt seine Wünsche hinsichtlich des Spiels. Diese Spieltherapie eignet sich für Kinder im Alter von ca. 3–12 Jahren.



#### *Effekte bei ADHS*

Eine direktive Spieltherapie kann durch ihre geplante und strukturierte Vorgehensweise auf eine kindgerechte Art und Weise die Anerkennung von Regeln fördern und zu einer sozialen Integration beitragen.

### 3.8 Entspannungsverfahren

Den verschiedenen Entspannungsverfahren liegt die Annahme zugrunde, dass eine gesteigerte muskuläre Anspannung zu einer Symptomverstärkung, z. B. im Hinblick auf Ablenkbarkeit, führen kann. Entspannungsverfahren können zum Erregungsabbau und zur motorischen Ruhe beitragen. Dadurch können z. B. günstige Lernbedingungen geschaffen werden.



#### *Effekte bei ADHS*

Entspannungsverfahren können über den Erregungsabbau und die motorische Ruhe die Voraussetzung für weitergehende Hilfen wie z. B. übende Verfahren ermöglichen. Effekte sind aber nur bei wenigen Sekundärsymptomen von ADHS möglich; die Gefahr der künstlichen Herabsetzung der ohnehin nur kontextabhängigen Aktivierung ist groß.

### 3.9 Familientherapie

Die Familientherapie definiert die Familie als den Patienten. Das einzelne Familienmitglied ist nur Symptomträger. In der Familientherapie wird davon ausgegangen, dass für die Entstehung einer Auffälligkeit die Beziehungsdynamik innerhalb einer Familie verantwortlich ist.



#### *Effekte bei ADHS*

Ein Kind/Jugendlicher mit ADHS kann sich in der Familientherapie leicht verletzt und bloßgestellt fühlen. Diese Art der Therapie ist daher nur bei Störungen der Familienbeziehungen einsetzbar. Für die Problematik ADHS ist sie nur eingeschränkt zu empfehlen.

### Negative Intervention der Erzieherin und deren Folgen:

**Riccardo**

**Erzieherin**

Zappeligkeit → stört Erzieherin → Ermahnung

Ermahnung wird von Riccardo nicht verstanden

Ungehorsam von Riccardo

Erzieherin ärgert sich

Strafe für Riccardo

Riccardo wird zornig über Strafe

Erzieherin verstärkt die Strafe

Aggressionen und Trotzgefühle bei Riccardo

➔ negative Teufelsspirale von Strafen und Sanktionen beginnt sich zu vertiefen

➔ Folge: **Störung und Isolation des Kindes**

*Wie wurde Riccardo geholfen?*

Riccardo wurde mit einer multimodalen Therapie behandelt, die neben der Beratung der Eltern und Erzieher eine Verhaltenstherapie und die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat beinhaltet.

Die Erzieherin hat die oben dargestellte „Teufelsspirale“ durchbrochen, indem sie beispielsweise die Zappeligkeit von Riccardo stellenweise ignoriert hat und auf seine Verhaltensprobleme gezielt eingegangen ist. Riccardo konnte später in die Grundschule eingeschult werden. Die Hilfe wurde durch das Jugendamt finanziert.

## 4. Rechtliche Grundlagen

Basis unserer Rechtsprechung ist das Grundgesetz. Besonders wichtig für Menschen mit einer Behinderung ist das seit 1994 in Art. 3 Abs. 3 verankerte Benachteiligungsverbot: „... **Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.**“ Wie schon im Kapitel 2.9 erwähnt, kann ADHS neben einer Krankheit nach ICD-10 auch eine seelische Behinderung sein. Im Folgenden werden die rechtlichen **Grundlagen des Sozialgesetzbuches (SGB)** aufgeführt.

Demnach sind sowohl die Jugendämter wie auch die Krankenkassen nach § 6 SGB IX Rehabilitationsträger. Laut § 1 SGB V hat die Krankenversicherung die Aufgabe, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“, und nach § 11 SGB V haben die Versicherten Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, z. B. um eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerungen zu verhüten. Medizinische Rehabilitation ist Rehabilitation in Verantwortung von Medizinern, z. B. in Rehabilitationseinrichtungen.

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation treten die ergänzenden Leistungen nach § 43 SGB V und die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen nach § 43a SGB V. Versicherte haben hier einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen. In § 30 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB IX werden diese Leistungen den sozialpädiatrischen Leistungen gleichgestellt. Hier ist auch die Beratung der Erziehungsberechtigten eigens aufgenommen worden.

Nach beiden Büchern SGB V und SGB IX müssen die nichtärztlichen Leistungen unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. In § 30 des SGB IX wird bestimmt, dass sowohl die medizinischen wie auch die nichtärztlichen Leistungen (z. B. Heilpädagogik) als Komplexleistungen erbracht werden sollen. In den in SGB IX (§ 30) genannten interdisziplinären Frühförderstellen können auch therapeutische und sonderpädagogische Leistungen ohne ärztliche Aufsicht erbracht werden. Eine Erweiterung der Leistungen nach SGB V erfolgt durch § 26 Abs. 3 SGB IX. Um das Ziel der medizinischen Rehabilitation zu erreichen, sind hiernach auch psychologische und pädagogische Hilfen zu erbringen.

Neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Krankenversicherte bei entsprechender Indikation auch einen Anspruch auf Psychotherapie. (Psychotherapeutengesetz vom 16.6.1998. Durch dieses Gesetz werden Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den Ärzten gleichgestellt.) Rechtsgrundlage ist der § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V. Zur Krankenbehandlung gehört außerdem die Versorgung mit Heilmitteln. Ergotherapeuten sind beispielsweise Heilmittelerbringer.

Da ADHS unterschiedliche Ausprägungsformen hat, kann sie auch zu einer seelischen Behinderung führen. Diese zu beseitigen, zu mindern und auszugleichen, ist dann Aufgabe der medizinischen Rehabilitation, also der Krankenkasse. Droht den Kindern/Jugendlichen eine soziale Ausgrenzung als Folge von ADHS, ist der Rehabilitationsträger Jugendamt verantwortlich. Jugendämter sind im Unterschied zu den Krankenkassen nicht nur Träger der medizinischen Rehabilitation, sondern auch Rehabilitationsträger für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (auch Teilhabe am Arbeitsleben).

Das **Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)** ist für die Gruppe der seelisch behinderten Kinder- und Jugendlichen zuständig. Demnach können ADHS

runghilfe nach § 35a des KJHG beanspruchen. Im Kommentar von Wiesner und Zarbock zum KJHG wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich die hyperkinetische Störung benannt.<sup>21</sup> Allerdings führt nicht jede psychische Beeinträchtigung und nicht jedes gezeigte kindliche/jugendliche Problemverhalten zwangsläufig zu einem Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Zu vorhandenen Entwicklungsstörungen müssen in vielen Fällen eine sekundäre psychische Beeinträchtigung und ein soziales Integrationsrisiko hinzukommen. Dies bedeutet, dass medizinische, psychologische, sozialpädagogische/heilpädagogische Hintergründe diagnostiziert und aufeinander bezogen werden müssen. In diesem Prozess achtet der Leistungsträger darauf, dass Diagnostik und Leistungserbringung getrennt sind. Grundlage dieser Hilfe ist ein Hilfeplan nach § 36 KJHG.

Die Hilfen der Krankenversicherung haben nach § 10 Abs. 1 SGB VIII generell Vorrang. Wichtig für Betroffene ist der § 14 SGB IX. Er regelt zugunsten der Betroffenen eine zeitnahe Hilfegewährung. Nach diesem Paragraphen soll grundsätzlich der zuerst in Anspruch genommene Rehabilitationsträger die Leistung erbringen. Er ist verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob er zuständig ist (siehe Abb. 6).

#### Klärung der Zuständigkeit und Antragsbearbeitung nach § 14 SGB IX:

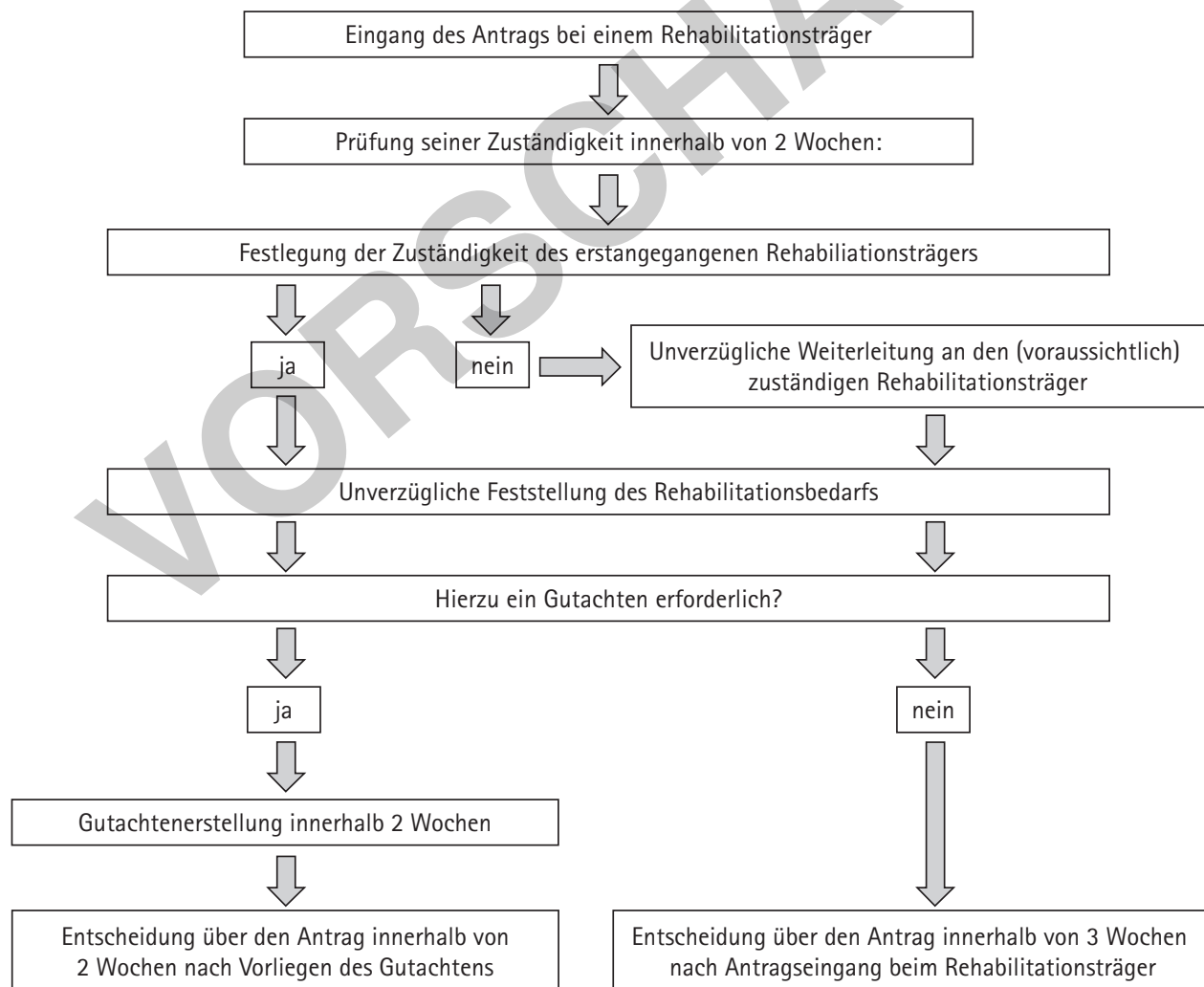


Abb. 6 (aus: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, SGB IX, 2003, S. 81)

Heimerzieher	ADHS-Kind/- Jugendlicher	Umwelt/Schule/ Elternhaus
<p>Enttäuschung über das Verhalten des ADHS-Kind/-Jugendlichen</p> <p>↓</p> <p>Nervliche Belastung</p> <p>↓</p> <p>„Burn out“</p> <p>↓</p> <p>Versagensgefühle: „Ich schaffe es nicht mehr!“</p> <p>↓</p> <p>Schuldgefühle: „Ich bin ein schlechter Erzieher!“</p> <p>↓</p> <p>Bestrafung: „Dem zeig ich's aber!“</p> <p>↓</p> <p>Misserfolgserwartung: „Der kann es ja sowieso nicht!“</p> <p>↓</p> <p>Ablehnung des ADHS-Kind/-Jugendlichen</p> <p>↓</p> <p>„Wenn der nicht will, dann will ich auch nicht.“</p> <p>↓</p> <p>„Der wird schon sehen, was er davon hat!“</p>	<p>Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung: Problembereiche – Symptomtrias</p> <p>↓</p> <p><i>Mangelnde Impulskontrolle/ Hyperaktivität:</i></p> <p>↓</p> <p>Schlechte Verhaltenskontrolle, Stimmungs labilität, geringe soziale Kompetenz</p> <p>↓</p> <p>dauernde motorische Aktivitäten, kann nicht stillsitzen, läuft häufig herum, Ruhelosigkeit</p> <p>↓</p> <p>Außenseiter: „Mich versteht ja doch keiner!“</p> <p>↓</p> <p>Sündenbock: „Immer bin ich an allem schuld!“</p> <p>↓</p> <p>Störenfried: „Mich mag ja doch keiner!“</p> <p>↓</p> <p>Verlust des Selbstwertgefühls, depressiver Rückzug, Aggressivität</p> <p>↓</p> <p>Misserfolgsorientierung</p> <p>↓</p> <p>Sekundäre Neurotisierung, psychosomatische Störungen, depressive Syndrome, Dissozialität, Kriminalität, Drogen</p> <p>↓</p> <p>„Am besten wäre es, wenn ich tot wäre!“</p> <p>↓</p> <p><i>Unaufmerksamkeit:</i></p> <p>↓</p> <p>Versager, Träumerchen „Hans guck in die Luft“</p> <p>↓</p> <p>Vermeidungsverhalten, schlechte Leistungen</p>	<p>Sozialisationsstörungen</p> <p>↓</p> <p>Schlechte Schulleistungen</p> <p>↓</p> <p>Beziehungsstörungen</p> <p>↓</p> <p>Ausschluss aus der Peer Group</p> <p>↓</p> <p>Tadel, Restriktionen in der Schule</p> <p>↓</p> <p>Tadel, Restriktionen im Elternhaus</p> <p>↓</p> <p>Misserfolgserwartung</p> <p>↓</p> <p>keine Freunde</p> <p>↓</p> <p>drohender Schulverweis</p> <p>↓</p> <p>„Schwarzes Schaf der Familie“</p>

Abb. 7: „Teufelskreislaufe“ bei ADHS



Weiterhin sind folgende Strukturierungshilfen für Kinder/Jugendliche mit ADHS sinnvoll (Abb. 9):

Beginn einer Aktivität	Fortdauer und Mitte der Tätigkeit	Ende der Tätigkeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• klares Signal für den Beginn der Aktivität geben</li> <li>• Arbeit in kleine Portionen aufteilen</li> <li>• unmittelbar nach erstem Erfolg positives Feedback und Ermunterung geben</li> <li>• sicherstellen, dass das Kind alle Instruktionen verstanden hat</li> <li>• Instruktionen wiederholen lassen</li> <li>• alle Reize, die ablenken könnten, aus der unmittelbaren Umgebung entfernen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• das Kind neben eine Fachkraft setzen, die sofort bei Schwierigkeiten weiterhelfen kann</li> <li>• Augenkontakt beibehalten</li> <li>• Erfolg in die Aktivität einbauen und sofort verstärken</li> <li>• Variationen der Aktivität anbieten</li> <li>• kurze, konkrete Anweisungen geben</li> <li>• den Wettbewerbscharakter der Aktivität hervorheben</li> <li>• dem Kind die Gelegenheit zu Führungsverhalten geben</li> <li>• Aktivitäten in kleinen Gruppen, so dass das Kind immer aktiv beteiligt ist</li> <li>• visuelle bunte Anker (Bilder) für das Einhalten von Regeln verwenden</li> <li>• Aufenthalt der Fachkraft in unmittelbarer Nähe zum Kind</li> <li>• fix terminisierte Rituale für Routinetätigkeiten (Waschen, Zähneputzen) erleichtern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequenz bis zum Ziel vorzeigen und vorleben</li> <li>• früheres Abbrechen durch Einsatz eines attraktiven Verstärkers vermeiden</li> <li>• Verstärkung nach Beenden der Tätigkeit</li> <li>• Zusammenräumen und Ordnung herstellen</li> </ul>

Abb. 9: Strukturierungshilfen für Kinder mit ADHS (aus: Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003, S. 142)



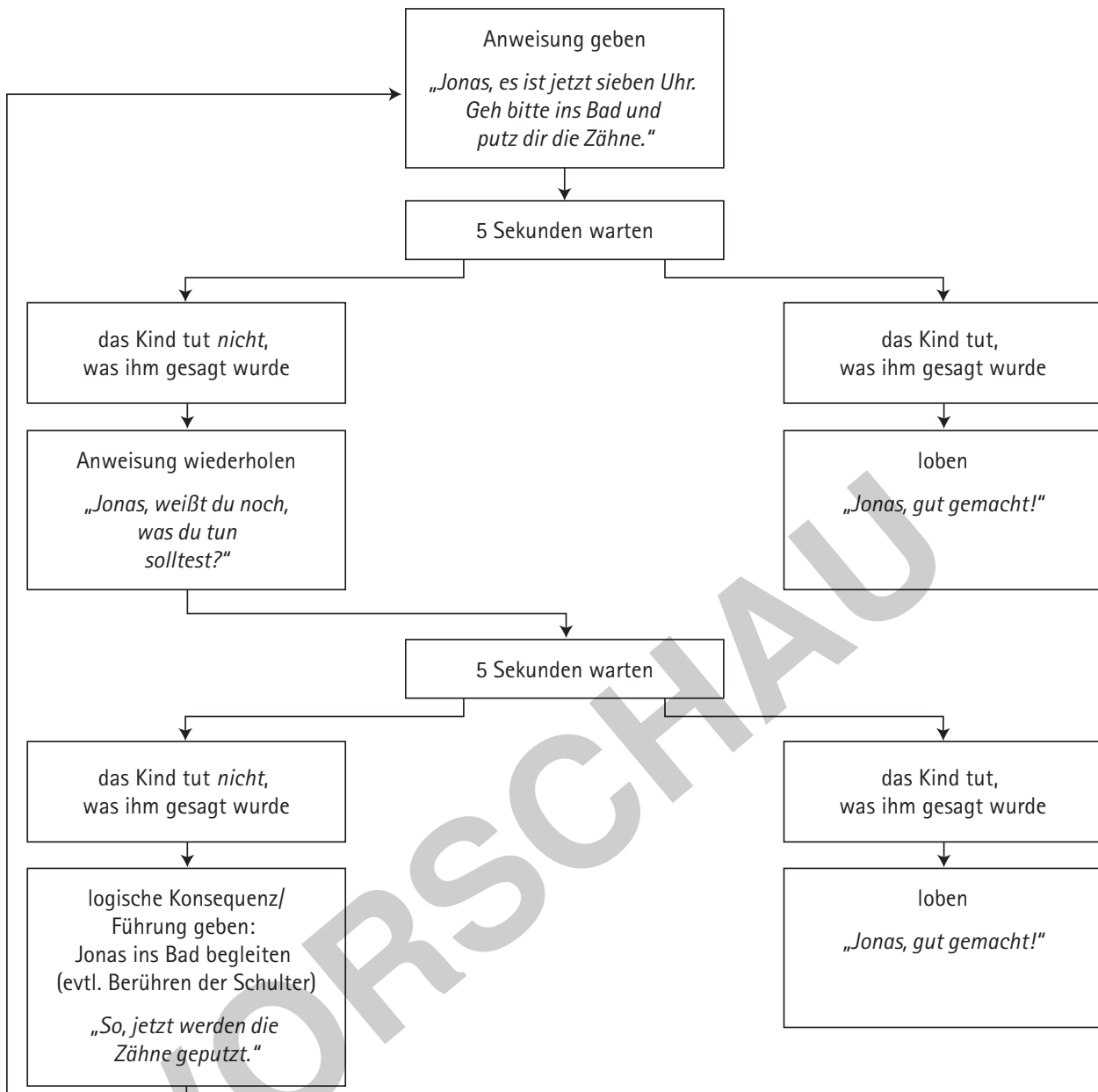


Abb. 14: Verhaltensweisen im Umgang mit dem ADHS-Kind/-Jugendlichen (in Anlehnung an: Markie-Dadds/Sanders/Turner 2003, S. 63)

## 6.8 Coaching

Um das Thema „Erzieherische Hilfen“ abzuschließen, soll im Folgenden das Konzept des Coachings im Mittelpunkt stehen. Ein „Coach“ ist ein Veränderungsmanager. Coaching ist demnach die Begleitung des Veränderungsprozesses eines ADHS-Kindes/-Jugendlichen. Ein Coach hilft dem ADHS-Kind/-Jugendlichen, sich für neue, andere Wege zu entscheiden. Er ist also mehr als ein Mentor (Begriff aus der griechischen Mythologie für Berater). Jedoch sollte sich auch ein Coach wie ein Mentor der anvertrauten Kinder/Jugendlichen annehmen, sie über die Schultern schauen lassen, Vorbild sein und ihnen dabei helfen, die auf dem persönlichen Werdegang liegenden Hindernisse zu erkennen und zu meistern. Grundlage für ein Coaching kann z. B. eine Selbsteinschätzung im Hinblick auf Selbstständigkeit

Fragebogen für die Eltern(3)				
Name:		Datum:		
Kreuzen Sie bitte an, welche Beschreibungen in welcher Intensität auf Ihr Kind zutreffen.				
Beobachtung:	nie	manchmal	häufig	sehr häufig
33. Schwer lenkbar und eigensinnig				
34. Braucht intensive Betreuung				
35. Kann Regeln nicht einhalten				
36. Hält ein Versprechen oft nicht ein				
37. Redet gern, viel und schnell				
38. Bestimmt über andere Kinder, kommandiert sie herum				
39. Eigentlich fröhlich und optimistisch				
40. Häufig aber auch ernst und traurig				
41. Lehnt Schmusen häufig ab				
42. Stört andere Kinder, ist rasch aggressiv gegen andere Kinder (ohne Grund)				
43. Kann nicht warten und nicht verlieren				
44. Motzt häufig und beschwert sich über Anforderungen				
45. Platzt mit Antworten dazwischen, ohne an der Reihe zu sein				
46. Äußert sofort, was ihm/ihr in den Kopf kommt (auch in unpassenden Situationen)				
47. Sagt Dinge, die nicht direkt zur Sache gehören (Nebenreize)				
48. Kann nicht warten, bis er/sie an der Reihe ist				
49. Kein Gefühl für Gefahr				
50. Häufige (leichte) Unfälle und immer blaue Flecken				