

Entwicklung und Evaluation eines Lehrer-Gruppentrainings zur Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (AD/HS)

*Ein Mediatorenprogramm für Beratungslehrer zur
Beratung von Lehrern aufmerksamkeitsgestörter und
hyperaktiv-impulsiver Grundschüler*

Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie
der Universität Hamburg

vorgelegt von
Marlis Rossbach, geb. Häuer
aus Leipzig

Hamburg 2002

Referent: Prof. Dr. Paul Probst
Korreferent: Prof. Dr. Gerhard Vagt

Tag der letzten mündlichen Prüfung: 8. Juli 2002

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Abstract	9
1 Einführung und Problemstellung	
1.1 Einleitung	11
1.2 Das Störungsbild AD/HS unter besonderer Berücksichtigung schulischer Aspekte	
1.2.1 Klassifikation der Störung nach DSM und ICD – Entwicklung und Vergleich ...	14
1.2.2 Prävalenz	17
1.2.3 Verlauf und Prognose.....	19
1.2.4 Diagnose und Differenzialdiagnose	20
1.2.5 Komorbiditäten	22
1.2.6 Ätiologie und Pathogenese	24
1.3 Das Hybrid-Modell der exekutiven Funktionen von Barkley: AD/HS als Entwicklungsstörung der Verhaltensinhibition	25
1.4 Interventionen bei AD/HS unter besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Schule	
1.4.1 Pharmakologische Interventionen	29
1.4.2 Psychologische Interventionen	35
1.4.3 Vergleich von pharmakologischen und psychologischen Interventionen	41
1.4.4 Pädagogische Interventionen	44
1.4.5 Vergleich von psychologischen und pädagogischen Interventionen	52
1.4.6 Andere Interventionen	53
1.5 Schulische Platzierung von Schülern mit einer AD/HS	54
1.6 Lehrertrainings zur AD/HS: Überblick zum Stand der Forschung	56
1.7 Der entwicklungstherapeutische TEACCH-Ansatz	65

1.8 Zielsetzung und Hypothesen der vorliegenden Untersuchung	66
2 Methode	
2.1 Stichprobe	
2.1.1 Beschreibung der Teilnehmer am Lehrer-Gruppentraining	69
2.1.2 Beschreibung der Schüler der Standard- und Intensivberatungsgruppe	71
2.2 Beschreibung des Lehrer-Gruppentrainings	74
2.3 Evaluationsinstrumente	
2.3.1 Auf die Trainingsteilnehmer bezogene Evaluationsinstrumente.....	81
2.3.2 Schülerbezogene Evaluationsinstrumente	82
2.4 Programmdurchführung	
2.4.1 Durchführung des Lehrer-Gruppentrainings	85
2.4.2 Durchführung der Standard- und Intensivberatung	86
3 Ergebnisse	
3.1 Evaluation der Durchführung des Lehrer-Gruppentrainings	90
3.2 Evaluation der Trainingsprogrammeffekte	
3.2.1 Lehrer-Ratings	
3.2.1.1 Lehrer-Ratings auf Gruppenebene	97
3.2.1.2 Lehrer-Ratings auf individueller Schüler-Ebene	103
3.2.2 Eltern-Ratings	108
3.2.3 Vergleich der Lehrer- und Eltern-Ratings	113
3.2.4 Beschreibung des Interventionsverlaufs bei ausgewählten Fällen	114
3.2.5 Transfer vom Lehrertraining auf neue Beratungssituationen	132
4 Diskussion	135
Literatur	143
Anhang	160

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist aus meiner langjährigen Tätigkeit als Schulpsychologin entstanden. In den letzten Jahren spielte bei den Schulproblemen, bei denen ich hinzugezogen wurde, zunehmend eine noch nicht diagnostizierte hyperkinetische Störung, insbesondere die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, eine oft entscheidende Rolle. Es lag nahe, die in den Einzelfällen erlebten Wissens- und Handlungsdefizite der Lehrer und Lehrerinnen zum Thema von Lehrerfortbildungen zu machen. Dabei konnte ich auf meine Erfahrungen als Dozentin am Institut für Lehrerfortbildung zurückgreifen, an dem ich in den 70er Jahren an der Beratungslehrer-Ausbildung mitgewirkt und die LRS¹-Lehrerfortbildung konzipiert und durchgeführt hatte. Da bei der hyperkinetischen Störung die Fachkräfte-Eltern-Kooperation und die Kooperation der Fachkräfte untereinander mehr noch als bei der Legasthenie eine wichtige Rolle spielt, kommen mir insbesondere auch meine Erfahrungen aus meiner dreijährigen Tätigkeit als klinische Psychologin am Werner Otto Institut zugute, einem sozialpädiatrischen Zentrum, in dem ich mit Neuropädiatern, Phoniaterinnen und den Therapeutinnen (Ergotherapeutinnen, Logopädinnen u.a.) fallbezogen kooperiert hatte. Die Begegnungen mit den kleinen Patienten und ihren Eltern haben mich entscheidend geprägt, und ich bin Herrn Dr. med. Joachim Siebert und Frau Dr. med. Ursula Petersen-Siebert dankbar, dass sie mich ans Werner Otto Institut geholt und mir diese Erfahrung ermöglicht hatten.

Ganz herzlich danke ich an dieser Stelle meinem ehemaligen Kommilitonen, Herrn Prof. Dr. Paul Probst, der mich dazu „angestiftet“ hat, das geplante Lehrertraining als Promotionsvorhaben durchzuführen. Ohne seinen Impuls und seine Bereitschaft, die Arbeit wissenschaftlich zu betreuen, wäre es bei dem Vergnügen, beim Lehren zu lernen, geblieben. So aber hatte ich darüber hinaus das Vergnügen, die Möglichkeiten der neuen Technologien für Literatur-Recherchen, Varianzanalysen usw. nutzen zu lernen, vor allem aber mich mit Prof. Probst über das Thema austauschen zu können. Seine wissenschaftliche Arbeit über Personen mit Autismus hat mein Konzept wesentlich beeinflusst.

Mein Dank gilt auch Herrn Bent Vandborg Sørensen, Leiter der Skolen på Krathusvej in Aarhus, Dänemark, in der nach dem TEACCH²-Konzept gearbeitet wird, Herrn Prof. Dr. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und

¹ Lese-Rechtschreibschwäche

² Abkürzung von "Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children"

Jugendalters der Universität zu Köln, und Frau Dipl. Psych. Kerstin Naumann, Abteilung für Klinische Entwicklungspsychologie an der Universität zu Köln, die mir ganztägige Einblicke in ihre praktische Arbeit gewährten und sich Zeit für Gespräche mit mir nahmen.

Ich möchte auch den beteiligten Lehrerinnen und Eltern danken, insbesondere aber den sechs Beratungslehrerinnen, die ich bei der Umsetzung der Trainingsinhalte in die schulische Praxis begleiten durfte. Die Gespräche mit ihnen, die teilweise über das Projekt hinaus andauern, haben mir wichtige Einsichten vermittelt. Vor allem aber hat mich ihre Liebe zu den Kindern und ihre Begeisterung für ihren Beruf immer wieder beeindruckt.

Meinen Freundinnen und ehemaligen Kolleginnen aus der inzwischen aufgelösten Dienststelle Schülerhilfe der Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung der Freien und Hansestadt Hamburg, Frau Dipl. Psych. Angelika Götzger und Frau Dipl. Psych. Regina Hanig-Schormann, möchte ich für die kritische Durchsicht des Manuskripts danken.

An dieser Stelle kann ich meiner über 90-jährigen Lehrerin an der Ernestinenschule in Lübeck, Frau Hildegard Ahlenstil, „gestehen“, dass ihre Aufforderung: „Marlis, Sie müssen promovieren.“, als Zeigarnik-Effekt nachhaltig gewirkt hat. Mit dieser Arbeit schließe ich die „Gestalt“ meiner akademischen Ausbildung.

Von ganzem Herzen möchte ich meinem Mann danken, der mich zu der Arbeit ermutigt und die Konsequenz, die Einschränkung unserer gemeinsamen Freizeit, geduldig ertragen hat. Auch unseren Familien und Freunden danke ich für ihr Verständnis und ihre Unterstützung.

Zusammenfassung:

Ziel: Es wurde ein Lehrer-Gruppentraining konzipiert und evaluiert, das mit Beratungslehrern durchgeführt wurde und auf eine Erweiterung von deren Beratungskompetenz bei Grundschulern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD/HS) abzielte. Dabei bildete das für Personen mit Autismus entwickelte TEACCH-Programm (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children*) den konzeptionellen Rahmen. *Methode:* 18 Beratungslehrer nahmen an dem 12-stündigen Gruppentraining teil und 6 der Teilnehmer an der daran anschließenden Praxisbegleitung, in der die Trainingsinhalte bei 11 Schülern mit einer schulischen AD/HS-Symptomatik umgesetzt wurden. Die 11 Schüler waren durchschnittlich intelligente Regelschüler der Klassen 1-3 im Alter von 6-10 Jahren, alles Jungen, die auf eine Standard- (n = 5) und eine Intensivberatungsgruppe (n = 6) verteilt wurden. Die Gruppen waren vergleichbar in Bezug auf Alter, Schulbesuchsjahre, Intelligenz, schulische AD/HS-Symptome und Komorbiditäten (oppositionelles Verhalten, internalisierende und externalisierende Störungen). Die 6 Beratungslehrerinnen veranstalteten nach Absolvierung des Trainings für alle Lehrer, die ein Kind für das Projekt vorgeschlagen hatten, schulinterne Fortbildungen, auf denen sie allgemein über das Störungsbild und über Erfolg versprechende schulische Interventionen informierten. Gemeinsam mit den Klassenlehrerinnen führten sie individuelle Beratungsgespräche mit den Eltern aller Kinder durch. Dieser allen gemeinsame Baustein erforderte – ohne Diagnostik - durchschnittlich 7.6 Lehrer-Wochen-Stunden (LWStd.). Bei den Kindern der Intensivberatungsgruppe erarbeiteten die Beratungslehrerinnen darüber hinaus zusammen mit den Lehrerinnen nach einer Hospitation Anpassungen der pädagogischen Leitlinien an den individuellen Bedarf und unterstützten die Lehrerinnen beim Kontingenzmanagement bis zum Schuljahrsende (Dauer: 9-11 Wochen). Für diesen Baustein wurden noch einmal durchschnittlich 10.6 LWStd. benötigt. Die Datenerhebungen erfolgten im April (Pre) und Juli 2000 (Post) sowie im Januar 2001 (Follow up). *Ergebnisse:* a) Die Trainingsteilnehmer konnten ihr Störungs- und Behandlungswissen signifikant verbessern ($p < .01$). Sie erreichten die selbst gesetzten Ziele und waren mit dem Training insgesamt „zufrieden“ (83%) oder „eher zufrieden“ (17%). b) Sowohl Standard- als auch Intensivberatung führten im Zusammenwirken mit der vorangegangenen kollegiumsinternen Fortbildung zu einer signifikanten Verringerung der AD/HS-Symptome (Likert-AD/HS-Gesamt-Skala: $p < .01$; Likert-Unaufmerksamkeits-Skala: $p < .10$; Likert-Hyperaktivitäts-/Impulsivitäts-Skala: $p < .01$), und des oppositionellen Verhaltens (Likert-OPP-Skala: $p < .05$) von Pre nach Follow-up aus der Sicht der Klassenlehrerinnen. Das Problemverhalten in

der Schule (School Situations Questionnaire SSQ-H) nahm bei beiden Gruppen von Pre nach Post signifikant ab (Zeit: $p < .01$), nachhaltig jedoch nur bei der Intensivberatungsgruppe (Gruppen x Zeit: $p < .10$). Auf der individuellen Analyse-Ebene zeigte sich bei 4 von den 6 Schülern der Intensivberatungsgruppe zu Follow-up eine Normalisierung bezüglich aller 3 Kriterien (weniger als jeweils 6 Unaufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-/Impulsivitätssymptome und weniger als 4 Symptome oppositionellen Verhaltens, alle Antworten auf die Fragen VIII. der TRF - Wie viel arbeitet er? Wie angemessen verhält er sich? Wie viel lernt er? Wie glücklich oder zufrieden ist er? - fallen in eine Normal-Kategorie, durchschnittliche Intensität des Problemverhaltens in der Schule sensu SSQ-H < 1.5), was bei keinem der 5 Schüler der Standardberatungsgruppe der Fall war. Die Eltern-Ratings hinsichtlich der AD/HS-Symptomatik zu Follow-up und hinsichtlich der Probleme in der Familie (Home Situations Questionnaire HSQ-H) zu den Zeitpunkten Post und Follow-up waren erwartungsgemäß unabhängig von der schulischen Intervention. Entgegen der Erwartung waren auch die Probleme bei den Hausaufgaben (Homework Problem Checklist HPC-D) unabhängig von der schulischen Intervention. Das oppositionelle Verhalten nahm in der Einschätzung der Eltern – ebenfalls unabhängig von der schulischen Intervention - von Pre nach Follow-up signifikant ab (Likert-OPP-Skala: $p < .10$), was sich aber wie in der Einschätzung der Lehrer nur auf der dimensional und nicht auch auf der Symptomebene zeigte. *Schlussfolgerungen:* Beratungslehrer sind nach Absolvierung des in das TEACCH-Konzept eingebettete AD/HS-Lehrer-Gruppentrainings in der Lage, durch kollegiumsinterne Fortbildung und Beratung nachhaltige und klinisch bzw. schulisch signifikante Verbesserungen bei Schülern mit einer schulischen AD/HS-Symptomatik zu erzielen – ein entsprechendes Zeitbudget für ein individuelles Kontingenzmanagement und für „maßgeschneiderte“ Anpassungen der allgemeinen pädagogischen Leitlinien an die individuellen Bedarfe vorausgesetzt. Das Training kann insgesamt noch Praxis bezogener gestaltet werden und muss um die Bausteine „Kooperation mit Eltern mit einer AD/HS“ und „Beratung für die Gestaltung der Hausaufgabensituation“ ergänzt werden. Sind die Teilnehmer Klassenlehrer, so sollte der Baustein „Wie vermittele ich Eltern Schulprobleme ihres Kindes, bei dem ich Symptome einer AD/HS beobachte?“ aufgenommen werden, bei Schulberatern „Moderation eines Konfliktes zwischen Lehrern und Eltern bei einem Kind mit AD/HS-bezogenen Problemen aus der Sicht der Schule“.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Grundschüler, Lehrertraining, TEACCH, Trainingsevaluation

Abstract:

Objective: To develop and evaluate an professional development program, which will expand the qualifications of school counselors for serving elementary school students with attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). This program attempts to generalize the principles of the TEACCH-Program (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped CHildren*) for use with elementary school students who have been identified via teacher rating as having AD/HD. *Method:* 18 school counselors participated in the 12-hour professional development program. Subsequently, six participants were supervised as they applied the principles of the training to their counselling the classroom teachers of 11 students identified with AD/HD. All the students were male, 6 to 10 years of age, in grades 1 to 3, and of average intelligence. The high intensity consultation group (n = 6) were comparable to the low intensity consultation group (n = 5) with respect to age, grade, intelligence, teacher ratings of AD/HD and other presenting problems (e.g. oppositional defiant disorder). After completing the training program, the 6 school counselors met with those teachers at their schools who had recommended students for the assessment and intervention. At that time, they discussed the specific disorder and informed them of promising school-based interventions. Together with the class teacher, they conducted individual counselling sessions with the parents of each student. This module (teacher information and parents' consultation) was common to both groups and needed 5.7 hours on average. In addition, the school counselors advised the class teachers of the high intensity consultation group about individualized academic interventions and contingency management strategies for 9-11 weeks. This module needed additional 8 hours on average. Teachers and parents rated the students in April 2000 (pre) and at the end of the school year in July 2000 (post) and at the end of the following term in January 2001 (follow up). *Results:* a) The participants of the professional development program improved their knowledge concerning AD/HD significantly ($p < .01$). They reached the goals they had set for them selves and were over all "satisfied" (83%) or "rather satisfied" (17%) with the program. b) Both low and high intensity consultation, together with the preceeding teacher information, led to a significant decrease in AD/HD symptoms from pre to follow-up. A group (low vs. high intensity consultation) x time (pre to follow up) univariate analysis of variance revealed a main effect for time for the teacher AD/HD and ODD Rating Scale Total Scores ($p < .01$ resp. $p < .05$ on the Likert-scale) indicating a reduction of teacher ratings of symptoms from pre to follow up. The Mean Severity Index on the School Situations Questionnaire SSQ-H was significantly reduced for both groups from pre to post

($p < .01$). The significant group x time (pre-post-follow up) interaction ($p < .10$) revealed a sustained effect only for the high intensity consultation group. The individual level of analysis revealed a normalization of the teacher ratings of 4 of the 6 Ss of the high intensity consultation group at follow up, whereas none of the low intensity consultation group were normalized (i. e. all of the following 3 criteria were met: 1. less than 6 items on either the AD/HD-IA or AD/HD-HI-Scale and less than 4 items on the ODD-Scale; 2. all ratings on the TRF, VIII., within the normal range; 3. Mean Severity Index on the SSQ-H < 1.5). In accordance with the hypothesis the parent ratings on the AD/HD Rating Scale and on the Home Situations Questionnaire HSQ-H revealed no significant main or interaction effects for group or time, i.e. the parent ratings were independent of the school intervention except for the parent ratings on the ODD Rating Scale ($p < .10$ on the Likert Scale). Contrary to the hypothesis the parent ratings on the Homework Problem Checklist HPC-D revealed no main or interaction effects, i.e. the school intervention did not influence the parent ratings of the homework problem behavior. *Conclusions:* The professional development program can qualify school counselors to achieve sustained and clinically significant improvements in elementary school students with AD/HD, given an appropriate time allocated for individual adjustments of the academic and behavioral intervention principals. Training can be made more effective by including the following modules: "Consultation of parents with AD/HD" and "Consultation with parents, to alleviate homework problems." Programs for classroom teachers should include the module on "Intervening with parents regarding school problems for children who demonstrate AD/HD symptoms". Programs for school counselors should include "Moderation of conflicts between parents and teachers with respect to students' AD/HD-related problems".

Key Words: attention-deficit/hyperactivity disorder, elementary school students, teacher professional development program, TEACCH, program evaluation

1. Einführung und Problemstellung

1.1 Einleitung

Unaufmerksame und hyperaktiv-impulsive Kinder sind innerhalb der Schülerschaft eine Hoch-Risiko-Gruppe. Ihre Schullaufbahn ist von Klassenwiederholung, Umschulung in eine Sonderschule, Unterrichtsausschluss, Schulverweis und Schulabbruch bedroht (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990; Biederman et al., 1996; Biederman et al., 1998; Wilson & Marcotte, 1996). Sie verlassen die Schule durchschnittlich 2,5 Jahre früher als Kontrollpersonen. Sie sind hinsichtlich der weiterführenden Ausbildung weniger erfolgreich, und ihr beruflicher Status bleibt bedeutsam hinter dem von Kontrollpersonen zurück (Manuzza, Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1993; Manuzza, Klein, Bessler, Malloy & Hynes, 1997). Insbesondere Jungen mit zusätzlichen aggressiven Verhaltensweisen, fallen im Jugendalter gehäuft durch delinquentes Verhalten auf (Fischer, Barkley, Fletcher & Smallish, 1993). Ähnlich dürfte der Zusammenhang zwischen kindlicher Hyperaktivität und späterem Drogenmissbrauch über das Auftreten von zusätzlichen anti-sozialen Störungen vermittelt werden (Barkley et al., 1990). Im Zusammenwirken mit einer depressiven Störung ist das Suizid-Risiko bei Jugendlichen erhöht (Brent et al., 1988).

Lehrerangaben zufolge erfüllen 8,8%-17,8% der Grundschüler³ die diagnostischen Kriterien für eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD/HS)⁴ entsprechend den Kriterien des DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4th edition, American Psychiatric Association, 1994) (Baumgaertel, Wolraich & Dietrich, 1995; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel & Brown, 1996; Gomez, Harvey, Quick, Scharer & Harris, 1999). Demnach handelt es sich bei der AD/HS um eine vergleichsweise häufig auftretende Störung mit einem hohen Risiko für Fehlentwicklungen. Angesichts des Problems, dass Erfolge, die in Behandlungen außerhalb der Klasse erzielt werden, in aller Regel nicht in den Unterricht transferiert werden (Rhode, Morgan & Young, 1983; Abikoff, 1985; Bloomquist, August & Ostrander, 1991), ist die Schule in besonderer Weise herausgefordert, geeignete Maßnahmen durchzuführen, um diese Risiken zu begrenzen. Zahlreiche Veröffentlichungen befassen sich mit „promising school-based practices for students with attention deficit disorder“ (Burcham, Carlson & Milich, 1993). Abramowitz & O’Leary

³ Die männliche Form (Schüler, Lehrer, Ärzte, Psychologen) wird als Oberbegriff benutzt, der weibliche Personen einschließt.

⁴ engl.: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD)

(1991) geben einen Überblick über effektive Interventionsstrategien in der Klasse, und DuPaul & Eckert (1997) haben mit 63 Studien aus den Jahren 1971-1995 eine Meta-Analyse der „school-based interventions“ durchgeführt. Für Schulpsychologen gibt es Fachbücher, die sich mit Assessment- und Interventionsstrategien in der Schule befassen (Swanson, 1992; DuPaul & Stoner, 1994). Das Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (2000²) hat eine Handreichung für Lehrer herausgegeben, die auf der Basis des aktuellen Erkenntnisstandes erstellt worden ist.

Die Ergebnisse haben jedoch aus der Sicht von Eltern betroffener Kinder kaum Eingang in die Schulen gefunden, so dass sie sich bei jedem Lehrerwechsel von Neuem vor die Notwendigkeit gestellt sehen, die Lehrer über Störungsbild und hilfreiche Maßnahmen zu informieren („educating every teacher, every year“, Reid, Hertzog & Snyder, 1996). Diesem Bild entspricht auf Seiten der Lehrer ihr aus heutiger Sicht falsches Störungsbild und die Beurteilung der von ihnen selbst ergriffenen Maßnahmen als wenig effektiv, so dass die Belastungen durch Unterrichtsstörungen und Disziplinschwierigkeiten anhalten (Lauth & Knoop, 1998). Grundschullehrer sahen denn auch den Mangel an Trainings in der Lehreraus- und -fortbildung als mit Abstand größtes Hindernis bei der Beschulung von Kindern mit einer AD/HS an (Reid, Vasa, Maag & Wright, 1994).

Diesen Mangel sollen Fernstudienlehrgänge unter Einbeziehung moderner Technologien und interaktive Computerprogramme beheben, die einen weitaus größeren Personenkreis erreichen als konventionelle Trainings (McLaughlin, Bender & Wood, 1997; Zentall & Javorsky, 1997; Mioduser, Margalit & Efrati, 1998; Smith, Jordan, Corbett & Dillon, 1999). Die Initialzündung für die Entwicklung derartiger Programme löste in den USA ein Memorandum des U. S. Department of Education aus, in dem erstmals anerkannt wurde, dass eine AD/HS a) einen Schüler für eine besondere Unterstützung in der Regelschule berechtigt und b) als Behinderung entsprechend dem „Individuals with Disabilities Education Act“ (IDEA) betrachtet werden kann mit Anspruch auf sonderpädagogische Leistungen (Davila, Williams & MacDonald, 1991). Es führte in einigen State Departments of Education zur Bildung von multidisziplinären Projektgruppen, die alle die Implementierung von AD/HS-Modulen in die Lehreraus- und -fortbildung empfahlen. Beim Überblick über die Forschungsliteratur zu AD/HS-Lehrertrainings mag man jedoch mit Greenwood & Maheady (1997) die provokative Frage stellen: „Measureable change in student performance: Forgotten standard in teacher preparation?“ Entweder wurden die Trainings (noch) nicht evaluiert (Mioduser et al., 1998; Smith et al., 1999), oder die Evaluation – insbesondere der

politisch motivierten und mit Fördergeldern ausgestatteten Lehrertrainings - beschränkte sich auf die Trainingsdurchführung (Shapiro, DuPaul, Bradley & Bailey, 1996; Zentall & Javorsky, 1997; McLaughlin et al., 1997). Bei Kotkin (1998), in dessen Programm ohnehin die Lehrerausbildung (und nicht die Lehrerfortbildung) das Herzstück ist, beschränkte sich die Evaluation der Programmeffekte auf eine Pilotstudie, bei Barbaresi & Olsen (1998) bezog sie sich nur auf die Lehrer. Die einzige Ausnahme bietet die Studie mit einer kognitiv-behavioralen Multikomponentenbehandlung von Bloomquist, August & Ostrander (1991), die sich jedoch in die in der Regel erfolglosen Behandlungen mit diesem Ansatz einreicht.

In der vorliegenden Arbeit wird ein Gruppentraining für Lehrer von Grundschulern mit einer schulischen AD/HS-Symptomatik vorgestellt, bei dem über die Evaluation der Trainingsdurchführung hinaus auch nach Veränderungen bei den Schülern aus der Sicht ihrer Klassenlehrer und Eltern gefragt wird. Konzeptionell wird auf die Erfahrungen mit dem Behandlungsansatz des Forschungs- und Behandlungszentrums TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*) der Wissenschaftlergemeinschaft Schopler-Mesibov zurückgegriffen (Schopler, Mesibov & Hearsy, 1995), der sich bei Personen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, Sprach- und Kommunikationsstörungen als effizient erwiesen hat (Probst, 2001). Da bei diesen Personengruppen die Symptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität deutlich erhöht sind, wird angenommen, dass die TEACCH-Leitlinien (siehe Kap. 1.7, S. 65) auch für die Behandlung von Personen mit einer AD/HS bedeutsam und auf sie übertragbar sind. Für den deutschen Sprachraum wurden ein Gruppentraining für Eltern autistischer Kinder von Probst (1997) und ein Gruppentraining für Lehrer autistischer Schüler von Leppert (2002) konzipiert und evaluiert.

Das vorliegende AD/HS-Lehrergruppentraining ist das erste im deutschen Sprachraum. Es wird hier zunächst mit Beratungslehrern durchgeführt, womit auf der in den Schulen bereits vorhandenen Beratungskompetenz aufgebaut wird. Es werden die *Hypothesen* aufgestellt, dass sich (1) das TEACCH-Konzept auf das AD/HS-Lehrergruppentraining erfolgreich übertragen lässt, (2) die Beratungslehrer ihre Kollegen erfolgreich beraten können, so dass diese das Verhalten der Schüler nach der Intervention als weniger problematisch einschätzen und sich weniger belastet fühlen und (3) Interventionen bei Kindern mit einer AD/HS situationsspezifisch wirken.

1.2 Das Störungsbild AD/HS unter besonderer Berücksichtigung schulischer Aspekte

1.2.1 Klassifikation der Störung nach DSM und ICD – Entwicklung und Vergleich

Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD/HS) bzw. der hyperkinetischen Störung (HKS) handelt es sich um ein Konstrukt, das im Laufe der Zeit einige Wandlungen erfahren hat und über das die Meinungsbildung auch aktuell noch nicht abgeschlossen ist. Die Wandlungen spiegeln sich in der sich wandelnden diagnostischen Terminologie und den jeweiligen, die Störung konstituierenden Kriterien. Es bestehen zwei Klassifikationssysteme nebeneinander: das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association für den nord-amerikanischen Raum und die International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsbehörde, die u. a. den Morbiditätsstatistiken zugrunde liegt. Die aktuell gültigen Systeme DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (World Health Organization, 1992) haben sich weitgehend aneinander angenähert. Beiden gemeinsam sind die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität und die Forderungen, dass die Störung vor dem 7. Lebensjahr begonnen hat (age-of-onset-Kriterium), seit mindestens 6 Monaten andauert und in mindestens zwei Lebensbereichen beobachtet werden muss (bei Kindern: Familie, Schule, peer group). Die Ausschlusskriterien (z. B. tiefgreifende Entwicklungsstörung) überschneiden sich jedoch nur teilweise. Die Unterschiede kommen durch eine unterschiedliche Gewichtung und Kombination der Symptomkriterien zustande. Das DSM-IV kennt drei, aus Faktorenanalysen (Lahey, Applegate et al., 1994) abgeleitete Subtypen: den vorwiegend unaufmerksamen Typ (AD/HD-IA), den vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ (AD/HD-HI) und den Mischtyp (AD/HD-C). Die ICD-10 verlangt für die Diagnose, dass alle drei Kernsymptome vorhanden sein müssen. Es unterscheidet die einfache Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (F 90.0) von der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1), bei der sowohl die Kriterien für die hyperkinetische Störung als auch für die Störung des Sozialverhaltens erfüllt sein müssen. Das DSM zieht in solchen Fällen die Vergabe von zwei getrennten Diagnosen einer Kombinationsdiagnose vor, wenngleich „Conduct Disorder“ (CD) und insbesondere „Oppositional Defiant Disorder“ (ODD) als Komorbiditäten besonders häufig auftreten (Literaturüberblicke von Biederman, Newcorn & Sprich, 1991, und Jensen, Martin & Cantwell, 1997). Auch müssen Depression (F 32) und Angststörung (F 41) für die Vergabe der Diagnose nach ICD-10 ausgeschlossen wer-

den, während das DSM-IV diese Diagnosen neben der AD/HS als Komorbidität erlaubt. Ein Vergleich der beiden Systeme findet sich in der Übersichtsarbeit von Pitzer & Schmidt (2000). Tripp, Luk, Schaughency & Singh (1999) fanden in ihrer Untersuchung zu einem Vergleich der beiden Diagnosen, dass fast alle Kinder, die die ICD-10-Kriterien erfüllten, auch die AD/HS-Kriterien erfüllten. Kinder, die die AD/HS-Kriterien, aber nicht die ICD-10-Kriterien erfüllten, gehörten erwartungsgemäß dem vorwiegend unaufmerksamen Typ gemäß DSM-IV an, aber auch, wenn auch weniger, dem Mischtyp: „... the ICD-10 description of hyperkinetic disorder is identifying a more seriously impaired and younger subset of the population of children who meet the diagnostic criteria for ADHD...“ (S. 163).

Barkley & Biederman (1997) kommen nach einer Überprüfung unter historischen, empirischen, konzeptuellen und pragmatischen Gesichtspunkten zu der Bewertung, dass das „Age-of-Onset“-Kriterium – einige Symptome der Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität-Impulsivität, die Beeinträchtigungen verursachen, müssen bereits vor dem Alter von 7 Jahren aufgetreten sein - nicht sinnvoll ist. Sie bedauern, dass die Ergebnisse der Feldversuche von Applegate, Lahey et al. (1997) bei der Neuauflage des DSM noch nicht vorgelegen hatten. Diese hatten nämlich ergeben, dass 2% des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typs, 18% des Mischtyps und 43% (!) des vorwiegend unaufmerksamen Typ erst nach dem Alter von 7 Jahren beeinträchtigende Symptome aufwiesen. Sie weisen darauf hin, dass dieses Kriterium sogar schadet, indem es ungerechtfertigte praktische Probleme bei Untersuchungen jugendlicher und erwachsener Personen mit AD/HS schafft. Die Befunde von Essau, Groen, Conradt, Turbanisch & Petermann (1999) stützen die Position von Barkley & Biederman (1997). In ihrer Bremer Jugendstudie gaben nur 22.6% der Befragten an, dass sich Symptome der AD/HS bereits vor dem Alter von 7 Jahren gezeigt hatten.

Hier zeigt sich, dass die diagnostischen Kriterien noch immer die inzwischen überholte Auffassung widerspiegeln, dass es sich um eine kindliche Verhaltensstörung handelt, die sich mit der Pubertät „auswächst“ (DSM-II: hyperkinetische Reaktion der Kindheit). Die Kriterien lassen unberücksichtigt, dass inzwischen von einer chronischen Störung ausgegangen wird, deren Erscheinungsbild sich im Laufe der Entwicklung verändert, wie das auch bei anderen Störungen der Fall ist, deren Beginn in der Kindheit liegt (siehe 1.2.3: Verlauf und Prognose, S. 19). So kritisiert denn auch die American Academy of Pediatrics in ihrer Clinical Practice Guideline (2000): „... current criteria do not take into account gender differences or developmental variations in behavior.“, was bereits Barkley (1990)

und Pelham, Gnagy, Greenslade & Milich (1992) vorgeschlagen hatten und von Gomez et al. (1999) aufgrund ihrer Ergebnisse an einer australischen Feld-Stichprobe von 1.275 Kindern im Alter von 5-11 Jahren bekräftigen konnten⁵. Immerhin bietet das DSM-IV Spielraum für die Vergabe der Diagnose in Fällen, in denen die Symptome zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr alle Kriterien erfüllen (AD/HS, teilremittiert) oder unklar ist, ob die Kriterien zuvor erfüllt waren (nicht näher bezeichnete AD/HS).

Probleme treten nicht erst auf bei denen, die die Kriterien voll erfüllen. Die Jugendlichen aus der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999), die lediglich die Symptome einer AD/HS aufwiesen, unterschieden sich signifikant von zwei Kontrollgruppen hinsichtlich ihrer berichteten geringeren Bindungen an Eltern und Gleichaltrige, und sie verfügten über ein signifikant geringeres Selbstwertgefühl bezüglich schulischer Leistungen, Verhalten/Benehmen und Freundschaften. "Diese Befunde sprechen dafür, daß ... auch bei nicht vollständigem Vorhandensein aller diagnostischer Kriterien Aufmerksamkeitsprobleme, Impulsivität und Hyperaktivität mit bedeutenden psychosozialen Beeinträchtigungen einhergehen und von klinischer Relevanz sein können." (S. 304) Angold (1999) erfragte die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten in den vergangenen drei Monaten und setzte sie in Beziehung zu der Zahl der Symptome. Er stellte fest, dass sich die Wahrscheinlichkeit, einen Gesundheitsdienst in Anspruch zu nehmen, kumulativ mit jedem Symptom um durchschnittlich ca. 10% gleichmäßig erhöhte.

Umgekehrt sind aber nicht alle Personen, die die Kriterien erfüllen, auch funktionell beeinträchtigt (Shaffer et al., 1996; Angold, 1999). Mota & Schachar (2000) gehen auf dieses Sensitivitäts- und Spezifitätsproblem der AD/HS-Diagnose ein. Sie empfehlen, nicht nur nach dem Vorhandensein von AD/HS-Symptomen zu fragen, sondern gleichzeitig zu erfragen, ob mit dem jeweils vorhandenen Symptom eine Beeinträchtigung verbunden ist.

Auch, wenn es noch viele offene Fragen zur Validität der Diagnose sowie zu Sensitivität und Spezifität gibt, so besagt das doch nicht, dass die Diagnose ein Schwindel oder Betrug (engl.: fraud) ist (Aussage des Neurologen Fred Baughman Jr. am 29.9.2000 vor dem US-Amerikanischen Kongress, zit. nach Eliot Marshall, 2000). Möglicherweise führen künftige Studien zu der Erkenntnis, dass die Unterschiede zwischen den Subgruppen z. B. hinsichtlich der Komorbiditäten, der Ätiologie, der Response auf Medikamente oder des Verlaufs größer sind als die Gemeinsamkeiten und es insofern sinnvoller ist, von zwei getrennten

⁵ „For both parent and teacher ratings, males had significant higher ratings for both the IA and HI Subscales.“ (S. 273)

Störungen zu sprechen oder die Grenze zwischen den Subgruppen anders zu ziehen. Für Jensen, Martin & Cantwell, (1997) sprechen nach einer umfangreichen Sichtung des Forschungsstandes bereits jetzt viele Befunde für die Klassifizierung in einen aggressiven und einen ängstlichen Subtyp.

1.2.2 Prävalenz

Die Prävalenzschätzungen variieren in Abhängigkeit von den diagnostischen Kriterien, den Informanten und der Stichprobe von 3% bis 18% (Taylor, Sandberg, Thorley & Giles, 1991). Lehrer schätzen im Allgemeinen mehr Kinder als aufmerksamkeitsgestört und hyperaktiv-impulsiv ein als Eltern; sie identifizieren mehr Kinder, die dem überwiegend unaufmerksamen Subtyp angehören⁶. Zwischen Eltern und Lehrern gibt es im Allgemeinen nur eine geringe Übereinstimmung (zusammenfassender Überblick bei Safer, 2000). Hinsichtlich der Subtypen gab es in einer Klinik-Stichprobe (N = 74) so gut wie gar keine Übereinstimmung (Mitsis, McKay, Schultz, Newcorn & Halperin, 2000). „These discrepancies may be attributable to differences between the home and school in terms of expectations, levels of structure, behavioral management strategies, and/or environmental circumstances.“ (American Academy of Pediatrics, 2000, S. 1166) Die Interrater-Übereinstimmung zwischen Lehrern ist hoch (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987), und die Retest-Reliabilität bei Lehrern nach drei Monaten höher als bei Eltern (für die Unaufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-/Impulsivitäts-Subskalen .70 und .73 vs. .55 und .55 nach Gomez et al., 1999) mit der Folge, dass Kinder, die dem Arzt von Lehrern mit Verdacht auf eine AD/HS vorgestellt werden, eher als aufmerksamkeitsgestört und hyperaktiv diagnostiziert werden als Kinder, die von ihren Eltern vorgestellt werden (Safer, 2000). Jedoch gaben Regelschulpädagogen signifikant höhere Ratings für das Verhalten derselben Schüler(-Schauspieler) auf einem Hyperaktivitäts-Faktor, einem Hyperkinese-Index und einem Unaufmerksamkeits-/Überaktivitäts-Faktor ab als Sonderpädagogen (Abikoff, Courtney, Pelham & Koplewicz, 1993). In der bereits erwähnten australischen Feld-Stichprobe ermittelten Gomez et al. (1999) 9,9% AD/HS-Kinder im Alter von 5-11 Jahren, wenn sie die Eltern befragten. Lehrer schätzten den Anteil in derselben Stichprobe auf 8,8%. Übereinstimmung zeigte sich bei lediglich 2,4% der Kinder, was der Angabe im DSM-IV (3% bis 5%) sehr nahe kommt. Die von Lauth & Knoop (1998) befragten Lehrer gaben an, dass sie

⁶ In der Untersuchung von Gomez et al. (1999) war das Verhältnis für den unaufmerksamen, den hyperaktiv-impulsiven und den Mischtyp für Eltern 4%, 3% bzw. 3%, für Lehrer aber 6%, 1% bzw. 2%.

gegenwärtig im Durchschnitt 2.9 aufmerksamkeitsgestörte/hyperaktive Kinder unterrichten. Baumgaertel et al. (1995) ermittelten unter 1.077 Schülern in zehn repräsentativen Grundschulen in Regensburg-Stadt und -Land 192 Schüler (17.8%) mit einer AD/HS-Symptomatik sensu DSM-IV anhand von Lehrer-Ratings. Davon entfielen 97 (9%) auf den vorwiegend unaufmerksamen Subtyp, 43 (ca. 4%) auf den vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Subtyp und 52 (ca. 5%) auf den Mischtypus. In einer späteren Untersuchung von Wolraich, Hannah, Baumgaertel & Feurer (1998) an einer Feld-Stichprobe in Tennessee, USA, lag die Prävalenz mit 16.1% unter den deutschen Werten, was in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen ist, denen zu Folge US-Lehrer eher milde Verhaltensbeurteilungen abgeben (Huss, Stadler, Salbach, Mayer, Ahle & Lehmkuhl, 2002). Die Prävalenz sank von 16,1% auf 6,8%, wenn als zusätzliches Kriterium die Beeinträchtigung durch die Symptome berücksichtigt wurden. In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) wiesen 159 (15,8%) der 1.009 Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren mindestens sechs Symptome von Hyperaktivität/Impulsivität oder Unaufmerksamkeit auf. Die Zahl reduzierte sich mit jedem berücksichtigten Kriterium (Beeinträchtigung durch die Symptome, Beeinträchtigung in mindestens zwei Lebensbereichen, Beginn vor dem Alter von sieben Jahren). Die vollständigen Kriterien erfüllten letzten Endes nur zwei (0,2%) der Jugendlichen.

In kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen werden ca. 18% aller vorgestellten Kinder und Jugendlichen als hyperkinetisch gestört diagnostiziert (Döpfner, 1998; Trott, 1993). Der Anteil an der Klientel von Schulberatungsstellen ist nicht bekannt. In einer eigenen Statistik waren von den 39 im Schuljahr 1996/97 bearbeiteten Fällen acht (20.5%) hyperkinetisch gestört; bei zwei weiteren Schülern bestand der Verdacht auf eine hyperkinetische Störung. Unter Schülern, die eine Sonderförderung erhalten, sind sie mit 44% signifikant überrepräsentiert (Bussing, Zima, Perwien, Belin & Widawski, 1998).

Jungen sind sehr viel häufiger betroffen als Mädchen. Das Verhältnis reicht von 4:1 bis 9:1 je nach Befragungsbereich (z. B. Allgemeinbevölkerung oder Kliniken) (American Psychiatric Association, 1994). Aber wenn Mädchen betroffen sind, so gehören sie eher dem unaufmerksamen Subtyp an. In der Untersuchung von Baumgaertel et al. (1995) war das Verhältnis Jungen zu Mädchen bei dem hyperaktiv-impulsiven Subtyp 5:1 und bei dem unaufmerksamen Subtyp nur 2:1.

1.2.3 Verlauf und Prognose

Während man bis in die 70er Jahre hinein noch der Meinung war, die „Hyperkinetische Reaktion der Kindheit“ (DSM-II) „wachse“ sich mit der Pubertät „aus“, unterstützt die Literatur mittlerweile die Validität der Diagnose auch bei Erwachsenen. Die Aussagen darüber, bei wie vielen Kindern sich die AD/HS „auswächst“, gehen auseinander und hängen von der Stichprobe, dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung, aber auch von den diagnostischen Kriterien ab. Bei Zugrundelegung der gültigen Diagnoseschlüssel dürfte die Zahl derer, auf die die Diagnose nicht mehr zutrifft, unterschätzt werden, da die Diagnoseschlüssel auf dem klinischen Bild der Kinder im Grundschulalter beruhen und die Veränderung des Erscheinungsbildes bei Jugendlichen und Erwachsenen nicht berücksichtigen (siehe 1.2.1 Klassifikation, S. 14). Von den 6-12jährigen Kindern, die in einer Klinik mit dem Schwerpunkt Entwicklungsneurologie die Diagnosekriterien für eine ADHD gemäß DSM-III erfüllten, erfüllten 38% die Kriterien für ADHD in der Stony Brook Child Psychiatric Checklist SBCPC im Alter von 14-18 Jahren (Wilson & Marcotte, 1996). Barkley et al. (1990) und Biederman et al. (1996), deren Klientel hoch spezialisierten Kliniken der tertiären Versorgung entstammen, kamen auf sehr viel höhere Zahlen. Barkley et al. (1990) kamen auf eine Persistenz von 71.5% nach acht Jahren auf der Basis von DSM-III und von 83.3% auf der Basis von zwei Standardabweichungen von der Kontrollgruppe. In der Untersuchung von Biederman et al. (1996) erfüllten 85% der durchschnittlich 10.6 Jahre alten Jungen die Diagnosekriterien für eine ADHD auch vier Jahre später. Nach Biederman et al. (1996) haben Personen mit einer familiären Belastung (die sie als ererbte biologische Vulnerabilität verstehen), und Personen mit einer ungünstigen psychosozialen Umwelt (v. a. hoher familiärer Konfliktindex) ein höheres Risiko für eine persistierende ADHD.

Spezifische Prädiktoren für eine schlechte Prognose sind persistierende AD/HS-Symptome, niedriger IQ, schlechte Beziehungen zu Peers sowie oppositionelles und aggressives Verhalten Erwachsenen gegenüber (Hechtmann, 1991, zit. nach American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder, 1997).

In der von Barkley und Mitarbeitern noch weiter fortgesetzten prospektiven Follow-up Studie zeigt sich, dass die Kinder mit einer ADHD als Erwachsene ein signifikant größeres Risiko haben, in ihrer Rolle als Eltern beeinträchtigt zu sein. Im Alter von 20 bis 27 Jahren hatten die 158 Erwachsenen selber bereits wieder 42 Kinder, von denen aber 23 nicht bei ihren Eltern aufwuchsen! Bei den 81 Vergleichspersonen war im selben Zeitraum nur ein

Kind geboren worden (Barkley, 1997). So ist es denn sicherlich sinnvoll, „ADHD in Parents“ (Weiss, Hechtman & Weiss, 2000) mit zu berücksichtigen, trifft doch die Diagnose bei ungefähr jedem vierten Kind mit einer AD/HS auch auf ein Elternteil zu.

Schüler mit ADHD gingen eine signifikant kürzere Zeit zur Schule als die Vergleichsgruppe (2.2 Jahre), und 25% erzielten keinen High School Abschluss (vs. 1% in der Kontrollgruppe). Nur 15% (vs. 54% in der Kontrollgruppe) erreichten den Bachelor oder einen höheren Grad, und der Unterschied hinsichtlich des beruflichen Status blieb nach einer Kontrolle von IQ und sozioökonomischem Status der Eltern hochsignifikant. Nur wenige waren arbeitslos; die Gruppen unterschieden sich in der Hinsicht nicht (8% vs. 7%) (Manuzza et al., 1997). Es sei noch angemerkt, dass es sich um Personen handelte, die als Kinder von ihren Lehrern wegen Verhaltensproblemen gemeldet worden waren, wobei die - stärker gefährdeten - Kinder mit einer aggressiven Problematik von der Untersuchung ausdrücklich ausgeschlossen worden waren.

1.2.4 Diagnose und Differenzialdiagnose

Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen können sowohl Indices für ein spezielles Störungsbild sein als auch ein unspezifischer Hinweis auf eine bestehende Psychopathologie. Diese gilt es differenzialdiagnostisch auszuschließen. „Die Diagnose der Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität nur aufgrund des klinischen Blickes ist nicht möglich.“ (Trott, Friese & Nissen, 1990, S. 280) Trott et al. (1990) nennen folgende Zustände und Krankheitsbilder, die in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einzubeziehen sind (S. 281, Tab. I):

- Altersangemessenes Aktivitätsniveau
- Schlecht organisiertes, inadäquates oder emotional belastendes häusliches Milieu
- Gilles-de-la-Tourette-Syndrom
- Teilleistungsschwächen (Dyslexie, Dyskalkulie, Seh- und Hörstörungen)
- Epileptische Psychosyndrome
- Chorea minor Sydenham
- Sozialisationsstörungen
- Schulische Überforderung
- Erschöpfungszustände im Rahmen somatischer Erkrankungen
- Thyreotoxikose
- Affektive Erkrankungen
- Psychosen des Kindesalters

Die „practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder“ der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) nennen darüber hinaus Folgeerscheinungen von Kopfverletzungen, schlechte Ernährung und nicht ausreichenden Schlaf. Auch können Medikamente, Alkohol und illegale Drogen und die Folgen von Vernachlässigung oder Misshandlung die Aufmerksamkeit beeinträchtigen.

Kern des Assessmentprozesses ist das Elterninterview. Dieses muss aber ergänzt werden durch Informationen der Schule. Die Exploration der Kinder oder Jugendlichen führt in der Regel nicht weiter; „ADD children appear to deny their symptomatology“ (Landau, Milich & Widiger, 1991, S. 510), was von Görtz, Döpfner, Nowak, Bonus & Lehmkuhl (2002) bestätigt wird: Während die Elternbeurteilungen hinsichtlich Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität in der Repräsentativstichprobe günstiger waren als die Selbstbeurteilungen der Jugendlichen, „kann der gegenläufige Trend (in der klinischen Stichprobe) als Hinweis auf Dissimulationstendenzen bei Jugendlichen interpretiert werden, die wegen hyperkinetischer Auffälligkeiten vorgestellt werden (oder auf Tendenzen zum Aggravieren bei den Eltern dieser Jugendlichen)“ (S. 88). Eltern- und Lehrer-Ratingskalen sind sowohl für die AD/HS-Symptomatik als auch für die Evaluation möglicher Komorbiditäten hilfreich. Unter den am meisten benutzten und am besten normierten und validierten sind die Child Behavior Checklist CBCL 4-18 bzw. die Teacher's Report Form TRF (Achenbach, 1991) und der Home Situations Questionnaire HSQ und der School Situations Questionnaire SSQ (Barkley, 1990). Die Conners Teacher Rating Scale ist in ihren verschiedenen Versionen vermutlich der am meisten eingesetzte Fragebogen zur Erfassung der AD/HS. Ihre diskriminative Validität ist aber gering, da „weniger für HKS spezifische Verhaltensweisen, sondern allgemein auffälliges Verhalten erfasst wird.“ (Deimel, Schulte-Körne & Remschmidt, 1997, S. 182). Deimel et al. (1997) kommen nach ihrer kritischen Würdigung zu dem Schluss, dass dieses Instrument nur taugt, wofür es ursprünglich konzipiert worden ist, nämlich zur Erfassung von Medikamenteneffekten (hohe Änderungssensitivität). Es gibt keine Tests für die Diagnose von AD/HS. So fanden z. B. DuPaul, Anastopoulos, Shelton, Guevremont & Metevia (1992) in einer klinischen Stichprobe keine signifikanten Korrelationen zwischen dem Continuous Performance Test CPT (richtige Antworten sowie commission errors) und dem Matching Familiar Figures Test MFFT (mittlere Latenzzeit sowie Fehler) einerseits und Eltern- und Lehrer-Rating-Skalen (ADHD, CBCL bzw. TRF, HSQ bzw. SSQ) andererseits – vermutlich, weil die Testsituation (Reiz des Neuen, kurze Dauer, häufige Rückmeldungen) geradezu dazu angetan ist, die AD/HS-Symptomatik zu

unterdrücken. Der Einsatz neuropsychologischer Tests wie das Kopieren der Rey-Osterrieth-Figur (Seidman et al., 1995) oder die Nacherzählung von Geschichten (Tannock, Purvis & Schachar, 1993), wo der Organisationsgrad bei Kindern mit einer AD/HS eher dürftig ist, ist nur sinnvoll, wenn sich aus den psychologischen Routinetests, der Anamnese oder der körperlichen Untersuchung entsprechende Hinweise ergeben.

1.2.5 Komorbiditäten

Zwei von drei Grundschulern, die in einer Klinik vorgestellt werden, haben mindestens eine weitere Diagnose. Die in Studien ermittelten Komorbiditäten und ihre Prävalenz hängt von der Stichprobe ab. So finden sich Störung des Sozialverhaltens (engl.: Conduct Disorder CD) und Oppositionelles Trotzverhalten (engl.: Oppositional Defiant Disorder ODD) vorwiegend in psychiatrischen Stichproben, Lernstörungen und Atopien vorwiegend in pädiatrischen Stichproben (Cantwell, 1996).

a) Störung des Sozialverhaltens/oppositionelles Trotzverhalten

In ihrem Literatur-Überblick kommen Biederman, Newcorn & Sprich (1991) u. a. auf Komorbiditäten von 30-50% mit „Conduct Disorder“ und von 35% mit „Oppositional Defiant Disorder“. Zwar hat sich gezeigt, dass erhöhte Befunde hinsichtlich des Alkohol- und Drogenmissbrauchs sowie der Straffälligkeit bei Jugendlichen nicht mit der AD/HS selbst assoziiert sind, sondern mit den komorbiden Störungen im Sozialverhalten (Biederman et al., 1996; Wilson und Marcotte, 1996). Dennoch sollte diesen Befunden insofern besondere Beachtung geschenkt werden, als eine AD/HS offensichtlich die Entwicklung dissozialer Störungen insbesondere in Multi-Problemfamilien begünstigt (Reeves, Werry, Elkind & Zametkin, 1987). Barkley et al. (1990) ermittelten in ihrer prospektiven Follow-up Studie, dass „reine“ ADHD das Risiko für vorübergehende Ausschlüsse vom Schulbesuch aus disziplinarischen Gründen gegenüber den normalen Kontrollpersonen verdoppelte (30.6% vs. 15.2%), ADHD in Kombination mit „Conduct Disorder“ jedoch mehr als vervierfachte (67.4%). Insbesondere erklärte die „Conduct Disorder“ das erhöhte Risiko für Abschlüssen aus disziplinarischen Gründen (10.6%) bei den Schülern mit ADHD fast vollständig, denn die Schüler mit „reiner“ ADHD (1.6%) unterschieden sich in der Hinsicht nicht von den Kontrollpersonen (1.5%).

b) internalisierende Störungen

Die Komorbidität mit einer Angststörung beträgt nahezu 25%. Bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADD nach DSM-III) finden sich Angststörungen häufiger als bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ADHD nach DSM-III). In 15% bis 75% der Fälle treten ADHD und „Mood Disorders“ (bipolare Störung, Depression) gemeinsam auf. Befunde von Biederman, Faraone, Keenan, Knee & Tsuang (1990) unterstützen die Hypothese, dass ADD und Depression unterschiedliche Phänotypen desselben Genotyps sind. Für diese Hypothese spricht die unterschiedliche Response auf Medikamente von Personen, die eher aggressiv sind (Response auf Methylphenidat) und Personen mit eher internalisierenden Störungen (Response auf trizyklische Antidepressiva, keine Response auf Methylphenidat) (Pliszka, 1987; Pliszka, 1989; DuPaul & Stoner, 1994). Auch Pliszka (1989) sieht die Möglichkeit, dass Kinder mit komorbider Angst einen Subtyp von ADHD repräsentieren. Er geht aber noch einen Schritt weiter, wenn er fragt, ob ADD eventuell gar kein eigenes Störungsbild, sondern möglicherweise die Folge einer primären Angststörung ist.

c) Lernstörungen

Obwohl die Beziehung zwischen AD/HS und Lernstörungen bekannt ist und seit den 70er Jahren beschrieben wird, haben „difficulties with diagnostic confusion and discrimination ... characterized the relationship between the two conditions.“ (Jensen, Martin & Cantwell, 1997, S. 1073) So erfüllten 15 der 30 Kinder mit einer zentralen Hörverarbeitungsstörung die Kriterien für ADHD (Riccio, Hynd, Cohen, Hall & Molt, 1994). Die Differenzialdiagnose ist in der Praxis schwierig, da die erfolgreiche Bewältigung vieler Diskriminationsaufgaben sowohl auditive Aufmerksamkeit als auch Hörverarbeitung erfordert.

d) atopische Störungen

Die Komorbidität mit atopischen Störungen findet vergleichsweise wenig Beachtung, wird z. B. von Biederman, Newcorn & Sprich (1991) in ihrem Literatur-Überblick noch nicht einmal unter „other disorders“ aufgeführt. Atopien wie Asthma und Hauterkrankungen mögen aber gerade im Hinblick auf das Verständnis für das Störungsbild eine besondere Bedeutung haben. So fanden Blank & Remschmidt (1992) einen Unterschied im Risiko für

atopische Störungen zwischen den diagnostischen Kategorien 314.0⁷/314.1⁸ und 314.2⁹ der ICD-9: Während das Risiko für Kinder mit einer HKS mit Störung des Sozialverhaltens nicht erhöht war, war es für Kinder mit einer HKS ohne Störung des Sozialverhaltens zwei- bis dreifach höher. Bei einigen Kindern mit „reiner“ HKS könnten insofern auch immunologische Faktoren ätiologisch diskutiert werden, was untermauert wird durch eine günstige Wirkung von Ritalin® bei Kindern mit Hyperaktivität und allergischer Rhinitis sowohl auf die hyperaktive als auch auf die allergische Symptomatik (Roth, 1990, zit nach Blank, 1995). Die Befunde von Biederman, Milberger, Faraone, Guite & Warburton (1994), die kein erhöhtes Risiko für Asthma bei Kindern mit ADHD fanden, widersprechen den Ergebnissen von Blank & Renschmidt (1992) keineswegs, darf doch unterstellt werden, dass sich die psychiatrische Stichprobe von Biederman et al. (1994) überwiegend aus Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens als Komorbidität (entspricht 314.2 in der ICD-9) zusammensetzte. Der Vergleich der beiden Untersuchungen macht einmal mehr deutlich, wie wichtig bei Forschungen zur AD/HS die statistische Kontrolle der Komorbiditäten ist.

1.2.6 Ätiologie und Pathogenese

Auch wenn sich in Untersuchungen immer wieder zeigt, dass die psychosozialen Bedingungen (sozioökonomischer Status, geschiedene oder getrennt lebende Eltern, familiäre Konflikte, psychopathologisch belastete Eltern) der Kinder und Jugendlichen mit einer AD/HS signifikant ungünstiger sind als die von Kontrollkindern und -jugendlichen (z. B. Biederman et al., 1996), so kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass ungünstige psychosoziale Bedingungen die Ursache der Störung sind. Vielmehr belasten motorische Unruhe, leichte Ablenkbarkeit und geringe Ausdauer die Familien, besonders die Mütter, erheblich (Sarimski & Warndorf, 1990; Donenberg & Baker, 1993; Gosch, 2001). Wenn das Kind auf Methylphenidat reagierte, verbesserten sich die familiären Beziehungen signifikant verglichen mit Non-Respondern. Wäre das Kind Symptomträger („Sündenbock“) familiärer Konflikte gewesen, „drug-initiated improvement in the child would have been followed by deterioration in family function, which did not occur.“ (Schachar, Taylor, Wieselberg, Thorley & Rutter, 1987, S. 731)

⁷ hyperkinetische Kinder mit Störung der Aktivität und Aufmerksamkeit

⁸ hyperkinetische Kinder mit Entwicklungsrückständen

⁹ hyperkinetische Kinder mit Störung des Sozialverhaltens

Untersuchungen an Zwillingen und Adoptierten legen einen Vererbungsgrad um 80% nahe (Levy, Hay, McStephen, Wood & Waldman, 1997; Sherman, Iacono & McGue, 1997). In den letzten Jahren wurden zwei Gene mit Hyperaktivität in Verbindung gebracht, die mit der Dopamin-Funktion assoziiert sind: das Dopamin-Rezeptor-Gen DRD4 und das Dopamin-Transporter-Gen DAT1. Medikamentenresponse, Tiermodelle und bildgebende Verfahren legen nahe, dass die Dopamin-Übertragung bei dieser Störungsgruppe eine Rolle spielt. Die Psychostimulanzien hemmen den Dopamin-Transporter, wodurch der Dopamin-Austausch angeregt wird. Vermutlich spielen aber noch weitere Neurotransmitter eine Rolle (Rutter, Silberg, O'Connor & Simonoff, 1999). Bekaroglu et al. (1996) fanden einen herabgesetzten Serumzinkspiegel bei 48 Kindern mit einer ADHD verglichen mit einer Kontrollgruppe. Winneke et al. (1989) beobachteten gehäuft Aufmerksamkeitsstörungen sogar bei Kindern, die nur niedrigen Bleikonzentrationen ausgesetzt waren. Ergebnisse in der Bayerischen Entwicklungsstudie deuten auf umschriebene Aufmerksamkeitsstörungen bei sehr Frühgeborenen (Schwangerschaftsdauer < 32 Wochen) hin. „Es ist ... wichtig festzuhalten, dass bei sehr Frühgeborenen Aufmerksamkeitsstörungen weitgehend hirnorganischer Natur sind und weniger durch familiäre Belastungen entstanden, vielleicht aber aufrecht erhalten werden...“ (Wolke & Meyer, 1999, S. 28). Blank & Remschmidt (1992) sehen im Anschluss an ihre Untersuchung, in der sich bei den Kindern mit einer „reinen“ HKS (ohne Störung des Sozialverhaltens) eine zwei- bis dreifach höhere Belastung mit Allergien zeigte, eine mögliche neuro-immunologische Verbindung mit der hyperaktiven Symptomatik. Möglicherweise haben spezifische Nahrungsmittel, z. B. Farbstoffe (Tartrazin) und Kuhmilch, einen Einfluss auf das Verhalten hyperaktiver Kinder (Schulte-Körne et al., 1996). Letztlich ist die Ätiologie unbekannt (Cantwell, 1996), was aber auch auf viele andere Störungen und Krankheiten zutrifft, ohne dass dies einen Behandlungsverzicht begründet.

1.3 Das Hybrid-Modell der exekutiven Funktionen von Barkley: AD/HS als Entwicklungsstörung der Verhaltensinhibition

Nach mehr als 20jähriger Beschäftigung mit ADHD in Klinik und Forschung kommt Barkley (1997) zu dem verblüffenden Schluss, dass die Aufmerksamkeitsstörung - mit oder ohne Hyperaktivität - keine Aufmerksamkeitsstörung ist: „ADHD is not a disorder of attention“ (S. x). Barkley geht davon aus, dass bei der AD/HS eine Störung der Verhaltensinhibition vorliegt, die sich während der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen ver-

schieden manifestiert. So manifestiert sich die defizitäre Verhaltensinhibition ab einem Alter von etwa 3-4 Jahren als Hyperaktivität und ab einem Alter von etwa 5-7 Jahren als Unaufmerksamkeit. Legt sich in höherem Alter die Hyperaktivität bei dem AD/HD-C Subtyp, so dass er in den AD/HD-IA Subtyp übergeht, dann handelt es sich bei der verbleibenden Aufmerksamkeitsstörung um eine der Daueraufmerksamkeit in Verbindung mit hoher Ablenkbarkeit. Bei dem primären, eher trägen AD/HD-IA Subtyp (ohne Hyperaktivität) liegen vornehmlich Probleme mit der selektiven Aufmerksamkeit vor (Tagträumen, Hypoaktivität, Passivität, Lethargie u. a.), denen ein Defizit in der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung zugrunde liegt. Barkley nimmt nun das mögliche Ergebnis der Überlegungen von Jensen et al. (1997) (siehe S. 17) und Plizka (1989) (siehe S. 23) vorweg und geht davon aus, dass es sich bei diesem Subtyp um eine andere Störung handelt. Dagegen postuliert er AD/HD-HI und AD/HD-C als zwei Entwicklungsstufen der Störung (und nicht als zwei Subtypen). Sein Modell bezieht sich denn auch nur auf die letztere Gruppe, die häufig zusätzlich als aggressiv und oppositionell beurteilt wird und von Peers eher abgelehnt wird, im Prinzip also auf die Personen mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) sensu ICD-10. Die Unaufmerksamkeit dieser Gruppe zeigt sich typischerweise bei Anforderungen bei der Organisation des Verhaltens mit Blick auf ein zukünftiges Ziel. Diese Sicht nennt Barkley „absolutely crucial“ (S. x) für das Verständnis der kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen, die durch die Störung geschaffen werden. Nach Barkley handelt es sich bei der AD/HS um eine Entwicklungsstörung der Verhaltensinhibition, die die Entwicklung einer wirkungsvollen Selbstregulation (executive functioning) beeinträchtigt.

Zum besseren Verständnis seines Modells ist es hilfreich, von den beiden „Gegenspielern“ BAS (Behavioral Activation System) und BIS (Behavioral Inhibition System) auszugehen. Das BAS sorgt dafür, dass das Individuum auf seine Umwelt zugeht und sich zu ihr in Beziehung setzt. Das BIS sorgt dafür, dass es sich dabei nicht nur vom *unmittelbaren Nutzen* leiten lässt, den die Umgebung gerade bereit hält. Das BIS verschafft dem Individuum Zeit, die es dazu benutzen kann, seine Response auf die Maximierung des *langfristigen Nutzens* hin auszurichten. Die Verhaltensinhibition kommt zustande durch das Zurückhalten einer präpotenten Response, durch die Unterbrechung einer laufenden Response und durch Interferenzkontrolle (Widerstehen einer Handlungsstörung durch ein konkurrierendes Ereignis, z. B. wenn das Wort „blau“ gelesen werden soll, aber rot geschrieben ist).

Die Verhaltensinhibition ermöglicht es den exekutiven Funktionen, wirksam zu werden: Das Individuum ruft sich vergangene Vorstellungen mit ihren affektiven und semantischen

Inhalten ins Gedächtnis zurück, experimentiert innerlich mit diesen Vorstellungen und Worten und gebraucht sie, um hypothetische Resultate zu konstruieren und zu testen, um ein Resultat für den Handlungsplan auszuwählen. „... behavior shifts from being primarily externally guided to being planned, organized, and regulated by internally represented information – a shift from reactive to purposive or intentional actions, and from context-dependent to self-determined (internally guided) behavior.“ (S. 91)

Bei seinem Modell der exekutiven (oder Präfrontallappen-)Funktionen bedient sich Barkley bereits vorhandener Modelle, die er zu einem Modell zusammen führt. Das aus dieser „Kreuzung“ hervorgegangene „Hybrid“-Modell bietet eine vereinheitlichte Darstellung der exekutiven Funktionen, für die er eine Reihe von Belegen aus Faktorenanalysen und bildgebenden Verfahren anführt. Die vier derart ermittelten exekutiven Funktionen haben – so glaubt Barkley – einen gemeinsamen Zweck, nämlich Antizipation von Wechsel und Zukunft, und ein gemeinsames Charakteristikum, nämlich Internalisierung früher einmal offen gezeigten Verhaltens.

Bei den vier exekutiven Funktionen handelt es sich im Einzelnen um

- das Arbeitsgedächtnis (nonverbal)
- die Internalisierung von Sprache (verbales Arbeitsgedächtnis)
- die Selbstregulation von Affekt/Motivation/Arousal
- die Rekonstitution

Das nonverbale Arbeitsgedächtnis ermöglicht die Imitation komplexer Verhaltenssequenzen¹⁰ und von stellvertretendem Lernen aus der Erfahrung anderer Individuen (Modelllernen). Das Gedächtnis für Sequenzen bildet die Grundlage für den Zeitsinn. Die retro- und prospektive Funktion des Arbeitsgedächtnisses und der Zeitsinn sind die Voraussetzung für Selbstkontrolle. Sie äußert sich in einer zunehmenden Bevorzugung von verzögerter gegenüber sofortiger Belohnung. Die Entwicklung von Retro- und Prospektion schafft ein Zeitfenster, das mit zunehmendem Alter größer wird. Möglicherweise sind Unterschiede hinsichtlich des Zeithorizonts bei Individuen desselben Alters zumindest teilweise abhängig von der Kapazität ihres Arbeitsgedächtnisses.

Während das laute Sprechen der Beeinflussung des Verhaltens eines anderen Individuums dient, wird das innere Sprechen zu einem Werkzeug der Selbstkontrolle. Das innere Sprechen ist ein Mittel, das eigene Verhalten zu hinterfragen, was ein Schritt auf dem Wege

¹⁰ Beispiel: Untertest 'Handbewegungen' aus der Kaufman Assessment Battery for Children K-ABC

zum Problemlösen ist und zur Generierung von Regeln und Plänen. Mit Regeln kann das Individuum gedanklich Verhaltensketten konstruieren, die sein Verhalten auf ein zukünftiges Ziel hin ausrichten. Damit ist das Verhalten des Individuums nicht länger unter dem Einfluss der unmittelbaren Umgebung, sondern unter der Kontrolle intern repräsentierter Informationen.

Es ist die Macht der *Selbstmotivation*, die das Individuum in Abwesenheit externer Belohnungen antreibt. Die Selbstmotivation überbrückt die Zeit bis zu zukünftigen Ergebnissen. Intern über das nonverbale Arbeitsgedächtnis oder inneres Sprechen generierte Ereignisse sind immer auch an Gefühle gekoppelt, wovon man sich leicht bei der Vorstellung, sich in den Finger zu schneiden, überzeugen kann. Diese Gefühle können genau so wie Handlungen verzögert werden. Die Verzögerung ermöglicht eine emotionale Selbstkontrolle, die gerade bei negativen Gefühlen wichtig ist. Zwar werden sofort geäußerte negative Gefühle oft unmittelbar verstärkt. So erreicht ein Schüler, der angesichts einer ihn überfordernden Aufgabe die ganze Klasse stört, mit der Entfernung aus dem Klassenraum sein Ziel, nämlich die Aufgabe nicht bearbeiten zu müssen. Langfristig sind sofort geäußerte negative Gefühle jedoch nachteilig. Während der Verzögerung können Wut, Frustration, Enttäuschung, Traurigkeit, Angst oder Langeweile umgewandelt werden z. B. in Selbsttröstung, Selbstermutigung, Selbstverstärkung oder emotional positiv getönte innere Bilder. Die Verzögerung der Gefühle ermöglicht auch deren Abschwächung und die Betrachtung der Situation aus einer anderen Perspektive.

Die *Rekonstitution* repräsentiert die Verhaltensanalyse und –synthese. Eine Figur, z. B. ein Quadrat, kann aus vier gleichen rechtwinkligen Dreiecken zusammengesetzt (synthetisiert) werden, ein Wort aus Morphemen, ein Satz aus Wörtern usw. wie auch umgekehrt ein Quadrat so zerschnitten (analysiert) werden kann, dass vier rechtwinklige Dreiecke entstehen usw. Diese Vorstellung überträgt Barkley auf das Verhalten, dessen kleinste Bestandteile im Arbeitsgedächtnis lagern und je nach Anforderung der Situation entweder in bewährter Kombination aktiviert oder mittels eines Regelwerks („Syntax des Verhaltens“) zielgerichtet neu kombiniert werden.

Der Nutzen dieser exekutiven Funktionen liegt in der Netto-Maximierung der langfristigen Konsequenzen. Damit kommt der Zeit – dem Zeithorizont, der Zeitplanung und der Wahl des rechten Zeitpunkts - im Verständnis solchen auf die Zukunft gerichteten Verhaltens ein zentraler Stellenwert zu.

1.4 Interventionen bei AD/HS unter besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für die Schule

1.4.1 Pharmakologische Intervention

Psychostimulanzien, insbesondere Ritalin®, sind die bei AD/HS am meisten verschriebenen und am besten untersuchten Medikamente. Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®), Dextroamphetamin und Pemolin (Tradon®) werden von Psychiatern als Medikamente der ersten Wahl betrachtet. Ritalin® ist seit 1954 in der Schweiz und Deutschland auf dem Markt, in den USA seit 1957, d. h. es liegen mehr als vierzig Jahre klinische Erfahrungen vor. Von 48 6- bis 12-jährigen Jungen mit ADHD zeigten 46 eine Response auf Methylphenidat oder Dexamphetamin oder auch auf beide, was einer Response-Rate von 96% entspricht (Elia, 1993). Die Response auf Stimulanzien ist weder – wie man früher meinte – paradox, noch ist sie AD/HS-spezifisch. Die Veränderung des Verhaltens geht z. B. bei normalen Kontrollpersonen in dieselbe Richtung wie bei denen mit einer AD/HS. Daher kann eine Response auf Stimulanzien die Diagnose AD/HS auch nicht bestätigen. Stimulanzien werden z. B. auch zur Behandlung einer Apathie bei Demenz und einer Narkolepsie eingesetzt (Goldman, Genel, Bezman & Slanetz, 1998). Die Wirkung von trizyklischen Antidepressiva bei Kindern mit AD/HS ist weniger gut untersucht. Sie werden als weniger sicher eingeschätzt (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, official action, 1997, S. 96 S), haben jedoch gegenüber den Stimulanzien einige Vorteile (Vermeidung des Rebound-Effekts wegen der längeren Wirkdauer, geringes Missbrauchspotential u. a.). Das Gros der Untersuchungen mit medikamentöser Behandlung wurde an weißen Jungen (engl.: caucasians) im Latenzalter (6-12 Jahre) durchgeführt. Eine Übertragung der Ergebnisse auf Jugendliche und Erwachsene, Mädchen und non-„caucasischen“ Jungen ist insofern nicht ohne weiteres möglich.

Angesichts der auch in Deutschland beobachteten Zunahme der Verschreibungen insbesondere von Ritalin®, stellt sich nicht nur die besorgte Öffentlichkeit^{11,12} die Frage: „Are stimulants overprescribed?“ (Jensen et al., 1999) Goldman, Genel, Bezman & Slanetz (1998) recherchierten die Fachliteratur zu der Frage im Auftrag des Council on Scientific Affairs

¹¹ „Ritalin: Kinder mit Medikamenten ruhig stellen?“ Große Anfrage der Abgeordneten Jobs, Sudmann, Hackbusch, Uhl und Koppke (REGENBOGEN – für eine neue Linke) an den Senat der Freien und Hansestadt Hamburg vom 13.7.01, Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 16/6427.

¹² „Was tun wir unseren Kindern an?“, Geßler, Hamburger Abendblatt (2001, 6. August, S. 1)

der American Medical Association (AMA) und zogen auch relevante Dokumente der Drug Enforcement Administration (DEA) hinzu. Grund zur Sorge gab u. a. die Steigerung der Ritalin®-Produktion in den Jahren 1990 –1993 um 186%. Dem entsprach die Zunahme der ADHD-Diagnosen im selben Zeitraum um 124% und die der Arztbesuche um 149% bei einem allerdings gleich bleibenden Anteil der Verschreibungen um 90% (Swanson, Lerner & Williams, 1995). Goldman et al. (1998) zählen die klinischen Gründe für die Zunahme der ADHD-Diagnosen und Stimulanzienbehandlungen auf: zunehmende Kenntnis und Akzeptanz des klinischen Bildes, Anerkennung der Behandlungsbedürftigkeit auch von Mädchen, Jugendlichen und Erwachsenen, längere Behandlungsdauer als Folge der besseren Kenntnis des Störungsverlaufs, weniger „drug holidays“ infolge der geringeren Sorge über Wachstumshemmungen. Goldman et al. (1998) kommen zu dem Ergebnis, dass „there is little evidence of widespread overdiagnosis or misdiagnosis of ADHD or of widespread overprescription of methylphenidate by physicians“ (S. 1100), wenngleich sie zugestehen, dass bei einigen Kindern die Diagnose auf einer unzureichenden Datenerhebung beruht und auch in Fällen, in denen es Alternativen gibt, die Behandlung mit Methylphenidat erfolgt.

Zwei Jahre später veröffentlichten Angold, Erkanli, Egger & Costello (2000) die Ergebnisse einer umfangreichen epidemiologischen Studie an 17.000 Kindern im Alter von 9, 11 und 13 Jahren in den Smoky Mountains, USA. Sie ermittelten, dass 7,3% dieser Kinder Psychostimulanzien erhielten, obwohl die Prävalenz einer „definite DSM-III-R ADHD“ nur bei 3,4% lag. „In dieser aufsehenerregenden Analyse ... wird erstmals belegt, daß in den USA in hohem Maße Fehlverschreibungen vorkommen ... Dieser Befund läßt sich natürlich nicht ohne weiteres auf Deutschland mit deutlich geringeren Verordnungszahlen übertragen, er zeigt aber mögliche Gefahren auf ...“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S.68). In ihrem Kommentar macht Kelly J. Kelleher (2000) „problems with the translation of efficacious treatments from the academic research setting to routine practice in the community ...“ (S. 988) für dieses Ergebnis verantwortlich. Das Wissen müsste demnach in den vier Kommunen Atlanta, GA, New Haven, CT, Westchester, NY, und Puerto Rico besser transferiert werden, ermittelten Jensen et al. (1999) dort doch nur eine Verschreibungsrate von 12,5% der Kinder mit einer ADHD-Diagnose. Die Ergebnisse weisen zumindest auf große regionale Unterschiede bezüglich der Verschreibungspraxis hin.

Wirkungen

Die weite Verbreitung der Psychostimulanzien geht auf ihre nachgewiesene Kurzzeitwirkung (Behandlungsdauer < 2 Monate) verglichen mit Placebo zurück. Über die Normalisie-

rung der Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität hinaus verbessern Psychostimulanzien die Stimmung und das Selbstwertgefühl der Betroffenen, die Beziehungen in der Familie und in der peer group. Die mittlere Effektstärke für Verhalten und Aufmerksamkeit beträgt nach dem Ergebnis mehrerer Metaanalysen .83, die für IQ und Leistungen aber nur .35 (Swanson et al., 1993). Die Wirkungen auf die Leistungen „seem less powerful and consistent than the effects demonstrated on impulsivity and inattention“ (S. 991), so die zusammenfassende Bewertung von Richters et al. (1995) in ihrem Übersichtsartikel in Vorbereitung der vom National Institute of Mental Health (NIMH) initiierten multizentrischen „multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder“ (MTA-Studie). Zu diesem Ergebnis kommen – dies sei hier schon vorweg genommen - auch DuPaul & Eckert (1997) in ihrer Metaanalyse zu pädagogischen und psychologischen Interventionen, die in Schulen im weitesten Sinne und ohne Kombination mit Psychostimulanzien durchgeführt worden waren: „Effect sizes for behavior were 1.5 to 2 times greater than effect sizes for academic performance ...“ (S. 18), d. h. es ist eher möglich, das Verhalten als die Leistungen zu verbessern – mit und ohne Psychostimulanzien. Diese unterschiedlichen Befunde hinsichtlich der Ergebnis-Variablen (Verhalten, Leistung) sind zu berücksichtigen bei der Frage, welche Erwartungen an die jeweiligen Interventionen geknüpft werden. Swanson et al. (1993) geben in einem „Review of Reviews“ einen tabellarischen Überblick über das, was von der Stimulanzienbehandlung erwartet und was nicht erwartet werden kann. Weitere allgemeine Übersichtsartikel über die kurz- und mittelfristigen Wirkungen stammen von Schachar & Tannock (1993), Spencer, Biederman, Wilens, Harding, O’Donnell & Griffin (1996) und Cantwell (1996). Die Wirkungen scheinen u. a. von der Dosis und den Komorbiditäten abhängig zu sein. Rapport, Denney, DuPaul & Gardner (1994) ermittelten 10 mg als optimale Dosis für die Schulleistungen und 20 mg für das Verhalten. DuPaul, Barkley & McMurray (1994) stellten fest, dass bei 50% der Kinder mit signifikanten internalisierenden Störungen das Verhalten unter Methylphenidat aus der Sicht der Lehrer entweder unverändert blieb oder sich sogar verschlechterte. Sie fordern deswegen: „... outcome measures tapping changes in classroom functioning are particularly crucial and must be included in clinical trials. Otherwise, erroneous and potentially harmful decisions about continued treatment with MPH could be made.“ (S. 902) Angesichts der erheblichen inter- und intraindividuellen Unterschiede ist es erforderlich, für jedes Kind individuell auszutesten, mit welcher Tagesdosis und wie über den Tag verteilt eine Maximierung der Wirkung auf die hauptsächlichen Probleme bei Minimierung der Nebenwirkungen erzielt werden kann. Pelham (1993) nennt

Leitlinien unter Einbeziehung der Schule, für die er zwei kurze Checklisten anfügt (eine für die Wirkungen und eine für die Nebenwirkungen), und veranschaulicht das Prozedere an einem Beispiel (S. 211-218).

Die Behandlung mit Psychostimulanzien ist keine kurative, sondern lediglich eine symptomatische, d. h. die Wirkung hört nach Absetzen des Medikaments sofort auf. Sollen dauerhafte Effekte erreicht werden, ist eine längerfristige Medikation erforderlich (es sei denn, das Medikament wird nur zum „Anschub“ von anderen Maßnahmen eingesetzt). Insofern stellt sich die Frage nach den länger- oder sogar langfristigen Wirkungen. Schachar & Tanock (1993) recherchierten elf Studien mit einer randomisierten Kontrollgruppe, in denen die Patienten drei bis sieben Monate mit Methylphenidat behandelt wurden. Der Nutzen der medikamentösen Behandlung hinsichtlich der Kernsymptome wurde in diesen Studien eindrucksvoll bestätigt. Die Verbesserungen der Schulleistungen waren nicht von Dauer. Ein positiver Einfluss auf Verhaltensstörungen wie Verbesserung der Compliance Eltern und Lehrern gegenüber, auf Peer Beziehungen und auf das Selbstwertgefühl ist eher bei hohen Dosen gegeben.

Wenn auch Langzeiteffekte bei ausschließlich medikamentös behandelten Kindern überwiegend nicht nachgewiesen werden konnten (Döpfner, 1998), so ist doch der Vergleich der Studien von Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish (1990) und Barkley, Anastopoulos, Guevremont & Fletcher (1991) unter schulischen Gesichtspunkten von besonderem Interesse: Die beiden Studien decken einen interessanten Unterschied auf zwischen Personen mit ADHD, die erst als Jugendliche einer auf ADHD spezialisierten Klinik vorgestellt worden waren, und solchen Jugendlichen, die dort bereits als Kinder vorgestellt worden waren. Früh Vorgestellte hatten zu einem höheren Prozentsatz eine medikamentöse Behandlung erfahren als spät Vorgestellte (81% vs. 44%), und früh Vorgestellte hatten seltener eine Klasse wiederholt und waren seltener in sonderpädagogische Programme für Lernbehinderte platziert worden. Offensichtlich kommt es wesentlich darauf an, die Chance, die die medikamentöse Behandlung bietet, auch zu nutzen und bestehende Lernschwierigkeiten, schulische Defizite und verminderte soziale Kompetenzen möglichst früh zu behandeln.

Ein methodisches Problem der wissenschaftlichen Studien liegt darin, dass Personen, die über einen langen Zeitraum mit Psychostimulanzien behandelt werden, kaum vergleichbar sind mit Personen, bei denen dies nur über kürzere Zeit der Fall ist. Wenn die Verschreibung verlängert wird, gibt es dafür eine Indikation, d. h. Fortbestehen behandlungsbedürfti-

ger Probleme. Denkbar wäre aber auch, dass negative Befunde gar nicht interpretierbar sind angesichts der geringen Compliance gerade bei einer über mehrere Monate oder gar Jahre gehenden medikamentösen Behandlung. In der Untersuchung von Brown, Borden, Wynne, Spunt & Clingerman (1987), die nur über drei Monate ging, wurden nur ca. drei Viertel der verschriebenen Tabletten eingenommen.

Nebenwirkungen

Barkley, McMurray, Edelbrock & Robbins (1990) befragten Eltern von 83 Kindern im Alter von 5 bis 13 Jahren nach den Nebenwirkungen. Bei drei Kindern traten Nebenwirkungen in einem Ausmaß auf, dass sich Ärzte und Eltern einig waren, das Medikament abzusetzen. Die Nebenwirkungen (Gesichtstic, Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, zusammenhangloses Denken, exzessives Sprechen, zunehmende Hyperaktivität) verschwanden innerhalb eines Tages nach Absetzen des Medikaments. Von den genannten 17 Nebenwirkungen zeigten nur vier eine signifikante Medikamentenwirkung: Schlafstörungen, Appetitmangel, Bauch- und Kopfschmerzen. Angst, Reizbarkeit und Traurigkeit wurden oft genannt, die Häufigkeit der Nennungen übertraf allerdings nicht die unter Placebo, so dass diese Symptome keine Nebenwirkungen von Methylphenidat waren, sondern offensichtlich zum Störungsbild gehören. Dafür spricht auch, dass die Lehrer Ängstlichkeit, Traurigkeit und Tagträumen signifikant seltener unter dem Medikament als unter Placebo beobachteten. Unterschiedliche Einschätzungen von Eltern und Lehrern dürften damit zu erklären sein, dass Lehrer die Kinder während der Wirkdauer des Medikaments sehen und Eltern vornehmlich in der Abklingphase, d. h. Lehrer sehen eher die Vorteile, Eltern die Nebenwirkungen, was ein Grund sein kann für eine widersprüchliche Bewertung der medikamentösen Behandlung.

Dieser Befund macht darüber hinaus deutlich, dass klar zwischen Nebenwirkungen und Vorbefunden unterschieden werden muss. Appetitmangel und Schlafstörungen waren im Unterschied zu Bauch- und Kopfschmerzen dosisabhängig, d. h. vermehrtes Auftreten unter höheren Dosen. Sie sind aber beherrschbar, indem das Medikament nach einer Mahlzeit verabreicht wird und bei Schlafproblemen die letzte Dosis am Tag reduziert wird. Treten die Schlafstörungen im Kontext eines „Rebound“-Effekts auf, kann im Gegenteil eine Dosis am Abend hilfreich sein (Green, 1991, zit. nach Taylor et al., 1998).

Sorgen werden wegen einer möglicherweise durch Stimulanzienbehandlung bewirkten Wachstumshemmung geäußert. In einer Follow-up-Untersuchung waren Kinder mit ADHD

nach vier Jahren im Durchschnitt 3 cm kleiner und 4 kg leichter als Kontrollkinder (Spencer et al., 1996). Dieser Befund war jedoch unabhängig von der Art der Behandlung (mit oder ohne Stimulanzien sowie unabhängig von der Dosis). Er ließ sich allein auf die Altersgruppe der Jugendlichen (12-18 J.) zurückführen. Bei der Gruppe der Kinder (< 12 J.) und der Gruppe der Erwachsenen (> 18 J.) gab es keine Unterschiede. „...these findings raise the possibility that ADHD may be associated with a delayed tempo of growth in height and not with permanent stunting of growth.“ (Spencer et al., 1996, S. 1467)

Hinsichtlich der Suchtgefährdung bei Stimulanzienbehandlung fanden Biederman et al. (1996) in einer prospektiven Verlaufsstudie in der Tat einen signifikanten Anstieg von Alkohol- und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit nach vier Jahren bei der ADHD-Gruppe von 2% auf 16%, aber genauso bei der Kontrollgruppe (von 6% auf 17%). Dabei ging der Anstieg auf die Gruppe zurück, bei der sich zu der AD/HS eine Störung des Sozialverhaltens entwickelt hatte, nicht aber auf die Jugendlichen mit einer „reinen“ AD/HS. In derselben Kohorte gab es nur einen Fall von Stimulanzienmissbrauch, und zwar in der Kontrollgruppe (!) (Biederman et al., 1997). Überhaupt finden sich in der Fachliteratur nur zwei Fälle, wo Jugendliche mit ADHD das ihnen verschriebene Methylphenidat missbraucht haben (Goldman et al., 1998). Chilcoat & Breslau (1999) fanden heraus, „that ADHD lowers the threshold for high risk of drug use associated with externalizing problems.“ (S. 1352) 20.2% der Kinder mit einer AD/HS wurden in ihrer Untersuchung medikamentös (zumeist mit Ritalin®) behandelt. Das Risiko des Drogenkonsums war für Kinder mit einer AD/HS, die Ritalin® und die kein Ritalin® erhielten, etwa gleich groß (31.0% vs. 28.2%). Wenn Hyperaktive unter erwachsenen Alkoholikern und Drogenabhängigen überrepräsentiert sind, mag das darauf hinweisen, dass möglicherweise erst die späte Adoleszenz oder das frühe Erwachsenenalter die kritische Zeit ist. Vor der Verschreibung von Methylphenidat an Kinder ist insofern das Umfeld auf einen möglichen Konsum illegaler Drogen hin zu explorieren. In einer von der Universität von Michigan durchgeführten jährlichen Erhebung ergab sich zwischen 1990 und 1994 eine Zunahme des nicht medizinisch indizierten Stimulanziengebrauchs bei Achtklässlern von 6,2% auf 9,9%. Jedoch handelte es sich offensichtlich um experimentelles Verhalten, das sie in den meisten Fällen nach weniger als sechsmaligem Stimulanziengebrauch schon wieder aufgaben (Goldman et al., 1998). Bei fast allen berichteten Fällen von Methylphenidat-Missbrauch handelte es sich um einen Polysubstanzmissbrauch von Erwachsenen. Andererseits haben sich Desipramin und Methylphenidat als erfolgreiche Medikamente bei der Behandlung erwachsener Drogenabhän-

giger erwiesen, ohne dass es Anhaltspunkte für einen Missbrauch der verschriebenen Medikamente gegeben hätte (Horner & Scheibe, 1997).

Zusammenfassung: Mit den überwiegend eingesetzten Psychostimulanzien können die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität während der Dauer der Behandlung erfolgreich vermindert werden. Die Compliance Eltern und Lehrern gegenüber verbessert sich, und negatives, insbesondere aggressives, Verhalten nimmt ab, ohne dass allerdings prosoziales Verhalten zunimmt. Die Verbesserung des Arbeitsverhaltens führt nicht notwendig auch zu besseren Leistungen. Wenn Leistungsverbesserungen beobachtet werden, dann sind sie deutlich geringer als die Verbesserungen des Verhaltens. Langzeiteffekte konnten überwiegend nicht nachgewiesen werden. Wenn Nebenwirkungen auftreten, sind sie beherrschbar bzw. bei Absetzen des Medikaments sofort reversibel. Suchtentwicklungen lassen sich überwiegend nicht auf die AD/HS, sondern auf eine Verbindung von AD/HS mit Störungen des Sozialverhaltens zurückführen, die allerdings gehäuft auftritt.

1.4.2 Psychologische Interventionen

Zunächst sollen die Interventionen, die in Kliniken, Praxen und Beratungsstellen durchgeführt werden, auf ihre Bedeutung für die Schule hin befragt werden, knüpfen sich doch die Hoffnungen und Erwartungen vieler Lehrer daran, dass eine Generalisierung der Therapie-/Trainingseffekte auf die Schule stattfindet und damit zur Verringerung ihrer Belastung beitragen (Lauth & Knoop, 1998). Einige Verfahren können sowohl in Beratungsstellen usw. als auch in Schulen durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden in den Fällen getrennt dargestellt.

Psychoanalytische Behandlungen sind vornehmlich in Fallstudien dokumentiert worden. Die Zeitschrift *Kinderanalyse* (Hrsg.: Jochen Stork) widmet der Störung ein ganzes Themenheft (1993₂): „Ansichten eines Zappelphilipps – das hyperkinetische Syndrom und seine psychischen Hintergründe.“ Der gewählte Begriff – hyperkinetisches Syndrom – ist dem DSM-II am ähnlichsten, das noch unter dem Einfluss der Psychoanalytiker die Bezeichnung *Hyperkinetische Reaktion der Kindheit* gewählt hat, was eine psychopathologische Verursachung impliziert: Innere Konflikte des Kindes seien es denn auch – so Stork – die sich über die Hyperkinese symbolischen Ausdruck verschaffen würden. Es werden zehn Fälle dargestellt. Bei den sechs Schulkindern kommt es nur in einem Fall zu einer Therapie. Die Schilderungen der Therapieergebnisse sind vage, und sie werden nur eingeschränkt zur Ausgangssituation in Beziehung gesetzt. Zumindest die Falldarstellungen sind deutlich

stärker prozess- als ergebnisorientiert. So heißt es bei „Max“, dessen Therapie nach 120 Sitzungen regulär beendet worden war, dass sich seine Symptomatik beruhigte und die Eltern erleichtert waren. Worüber die Eltern erleichtert waren bzw. welche Symptomatik sich beruhigte – die Kernsymptome, die Aggressivität, die Durchschlafstörungen oder die fehlende Gefahreinschätzung – wird nicht gesagt, auch nichts über eine mögliche Generalisierung auf Kindergarten oder Schule. Bei „Pascal“ wird als Erfolg verbucht, dass er nach 35 Sitzungen (Abbruch wegen Auswanderung) in der Lage ist, seinen zentralen Konflikt zu verbalisieren. Es wird nicht gesagt, was diese Fähigkeit für sein Verhalten und seine Beziehungen zu Eltern, Geschwistern usw. bedeutet.

Fonagy & Target (1994) gingen die Patientendateien eines Jahres aus dem Anna-Freud-Institut in London durch und stießen auf 135 Kinder mit einer „disruptive disorder“, die sie mit Kindern parallelisierten, die an einer emotionalen Störung litten. Die emotional gestörten Kinder verbesserten sich signifikant häufiger als die Kinder mit einer „disruptive disorder“, und von den Kindern mit einer „disruptive disorder“ verbesserten sich wiederum die Kinder mit einer ODD zu 56% gegenüber 36% der Kinder mit einer ADHD. Es fehlt in dieser Untersuchung allerdings das Kriterium für "Verbesserung".

Obwohl in der Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie in Maulbronn, in der systemisch an das „Problemsystem“ AD/HS herangegangen wird, „mehr als zwei Drittel der uns als hyperaktiv angemeldeten Kinder auf expliziten Druck von Lehrern/innen und Erzieherinnen (kommen)“ (Kienle, 1992, S. 47), wird doch so gehandelt, als seien die Eltern die Auftraggeber. Dies mag mit strukturellen Zwängen zusammen hängen, birgt jedoch die Gefahr in sich, Eltern in ihrer Angst, für das Problemverhalten ihres Kindes verantwortlich gemacht zu werden, zu bestärken. Die Ausleuchtung der Rolle der Schule als Teil des Problemsystems und ihre Ressourcen als Teil des Hilffsystems ist eher schwach. Bei Saile (1997) wird die Rolle der Schule als Teilnehmer an moderierten Gesprächen zwischen Eltern und Schule reduziert. Das Vorgehen bei der systemischen Beratung und Therapie deckt sich teilweise mit dem bei der Verhaltenstherapie: Fragen nach den Bedingungen, unter denen das Problemverhalten auftritt bzw. auch nicht auftritt (de Shazer, 1989: „Nichts-ist-immer“), Fragen nach den Konsequenzen u. a. m., bietet aber mehr Raum für kreative Problemlösungen. Beide Therapien können auf eine Diagnose und damit auf eine Pathologisierung verzichten. Systemiker betonen die Lösungsorientierung z. B. durch eine Reframing-Intervention. So akzeptieren Eltern gern die neue Etikettierung: „Gefühlsmenschen haben keine Ohren und bewegen sich gerne.“ (Bonney, 2001) Die Einbeziehungen der be-

troffenen Kinder selber in die Problemlösung muss jedoch angesichts der vielfach beobachteten zu vorteilhaften Selbstwahrnehmung (Landau, Milich & Widiger, 1991) vorsichtig gehandhabt werden. Leider liegen außer einer Falldarstellung von Ludewig (1993²) keine Evaluationsstudien vor.

Als Meilenstein für die kognitiven Verfahren gilt die Veröffentlichung „Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control“ von Meichenbaum & Goodman (1971), die sich wiederum auf den russischen Neuropsychologen Alexander R. Lurija stützten, dessen Werk zur handlungssteuernden Wirkung der Sprache 1961 in Englisch herausgekommen war. Meichenbaum und Goodman fanden bei ihrer Beforschung der kognitiven Stile heraus, dass kognitiv impulsive Kinder nach einem Training, in dem sie dazu angeleitet wurden, zu sich selbst zu sprechen (sich selbst zu instruieren) und so ihr Handeln zu leiten, im Matching Familiar Figures Test MFFT weniger Fehler machten. Da hyperaktive Kinder typischerweise kognitiv impulsiv an solche Aufgaben herangehen, wie sie der MFFT enthält, lag es nahe, ein Training, das erfolgreich den Wahrnehmungsstil impulsiver, aber nicht notwendig hyperaktiver Kinder verbesserte, in Trainingsprogramme für hyperaktive Kinder einzubauen. Dadurch, dass das Kind über die Selbstinstruktion zur Regulierung seines Verhaltens befähigt wird, wird die Generalisierung und Nachhaltigkeit – so die grundlegende Annahme – erleichtert. Vor allem das Modell von Virginia Douglas (1972) beeinflusste die Forschung in den folgenden 15 Jahren stark. Für Douglas standen nicht so sehr die Hyperaktivität, als vielmehr Defizite in der Daueraufmerksamkeit und der Impulskontrolle im Vordergrund – eine Perspektive, die schließlich auch im DSM-III (1980) ihren Niederschlag fand, das die Störung von Hyperkinetic Reaction of Childhood (DSM-II) in Attention-Deficit Disorder (with or without Hyperactivity) ADD (+H/-H) umbenannte.

In Deutschland widmete sich insbesondere Ingeborg Wagner (1984) der Erforschung der kognitiven Stile. Da man auch bei vielen Kindern mit einer Legasthenie eine impulsive Aufgabenbearbeitung beobachtete, wurde ein Aufmerksamkeitstraining in die Filmreihe zur Legasthenie (Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht FWU, 1978) mit aufgenommen, in dem Ingeborg Wagner die Methode selber demonstriert. In einem viel zitierten Übersichtsartikel zur Effizienz kognitiver Trainings bei hyperaktiven Kindern kommt Abikoff (1985) jedoch zu dem Ergebnis, dass die kognitive Verhaltenstherapie die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. „The expectation that the development of internalized self-regulation skills would facilitate generalization and maintenance has not been

realized.“ (S. 508) Immerhin konnten in Einzelfällen doch positive Ergebnisse im Sinne der Schule erzielt werden, und zwar unter den Bedingungen, dass

- Eltern und Lehrer die Trainingssitzungen beobachteten, um die Techniken Zuhause und in der Schule anzuwenden
- die kognitiven Strategien an schulisch relevanten Inhalten geübt und mit Selbst- oder Fremdverstärkung kombiniert wurden.

Genau diese Bedingungen werden aber – wenn möglich – im Training von Lauth & Schlotzke (1995²) erfüllt, das an die Tradition der kognitiven Trainings anknüpft. In einer Evaluationsstudie konnten signifikante Transfereffekte von der Trainings- auf die Alltagssituationen Zuhause und in der Schule nachgewiesen werden (Lauth, Naumann, Roggenkämper & Heine (1996). Die Frage ist, was die signifikanten Unterschiede bewirkt hat und ob womöglich die Vermutung von Pfiffner & Barkley (1990) zutrifft, dass "when programs are effective, it may be more a result of reinforcement than of self-instructions." (S. 526) Anders ist der Sachverhalt, wenn die Methode im Unterricht selber angewendet wird, das Problem der Generalisierung insofern gar nicht besteht, und Nachhaltigkeit allein durch Wiederholungen im Unterricht gewährleistet ist. Sarakanidis (1995) hat in einer 5. Förder- schulklasse mit 3 Schülerinnen und 6 Schülern die einzelnen Schritte („Tricks“) des Selbstinstruktionstrainings von Lauth und Schlotzke im Sinne des therapieimmanenten Unterrichts zunächst in 3 Doppelstunden à 90 Minuten eingeführt und dann in 3 Stunden à 45 Minuten an Unterrichtsinhalten eingeübt¹³. Bei der Feststellung der Autorin, dass die Schüler „zu guter Letzt weitgehend fehlerlose Arbeitsblätter abgaben“ (S. 40), handelt es sich zwar nicht um eine wissenschaftlich abgesicherte Evaluation. Die Arbeit hat aber im Ansatz gezeigt, dass die Methode der Selbstinstruktion im Unterricht mit Erfolg eingesetzt werden kann. Allerdings war auch hier bei den schon erheblich misserfolgsorientierten und resignierten Kindern eine extrinsische Motivierung durch Verstärkung erforderlich, die jedoch mit zunehmendem Erfolg aufgrund der intrinsischen Motivation durch die selbst erlebte Verbesserung überflüssig wurde.

Im Widerspruch zum Fazit von Abikoff (1985) und zur Vermutung von Pfiffner & Barkley (1990) konnten die Kinder die in der Klinik erlernten Selbstinstruktionstechniken bei Frölich (1993) auch ohne Verstärkung erfolgreich von der Klinik in die Schule transferieren. Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität nahmen aus der Sicht der Lehrer signifikant ($p < .05$) vom Beginn bis zum Ende der Intervention ab. Entscheidend für diesen Er-

¹³ Die Inhalte waren a) Wörter miteinander vergleichen und Unterschiede feststellen, b) Zuordnung von Begriffen zu einer Biologiezeichnung.

folg mögen die Treffen des Autors mit den Lehrern in den letzten 4 Wochen des Selbstinstruktionstrainings gewesen sein, während der die Lehrer ihre Möglichkeiten erörterten, den Transfer des Selbstinstruktionstrainings in den Unterricht zu unterstützen. Außerdem mag der pädagogische Bezug, dessen Bedeutung der Autor immer wieder betont, nicht nur zu den Kindern, sondern auch zu den Lehrern eine wichtige Rolle gespielt haben, und der durch die anfängliche individuelle Information über das Störungsbild beim Kind hergestellt und über regelmäßige Telefonkontakte aufrecht erhalten wurde. Der Wert des Erfolges wird allerdings dadurch geschmälert, dass acht der 18 Kinder bei Interventionsbeginn unter einer Dauermedikation mit Ritalin® standen – ein Einfluss, der statistisch nicht kontrolliert wurde.

Während die kognitiven Trainings bis auf wenige Ausnahmen (Frölich,1993; Lauth & Schlottke,1995²; Sarakanidis, 1995), deren nachhaltige Wirksamkeit jedoch nicht geprüft wurde, enttäuschten, erwiesen sich verhaltenstherapeutische Techniken als effektiv bei der Lösung von Problemen der Kinder mit einer AD/HS. Ihr Vorteil ist, dass sie da eingesetzt werden können, wo sich das Problem zeigt. Eine Generalisierung vom Ort der Behandlung auf den Ort des Problems erübrigt sich insofern. Es sind dies Techniken, die als Konsequenzen auf das kindliche Verhalten folgen und unter dem Begriff Kontingenzmanagement zusammen gefasst werden. Die jüngsten Vergleiche zwischen pharmakologischen und psychologischen Interventionen beziehen sich denn auch auf diese Techniken. Als wirksam hat sich bei Kindern mit einer AD/HS die Kombination von positiven und negativen Konsequenzen erwiesen, insbesondere die Münzverstärkung (token reinforcement) in Verbindung mit Verstärker-Entzug (response cost). Münzverstärkung ist in Deutschland auch als „Punkte-Plan“ und Verstärker-Entzug als „Wettkampf um lachende Gesichter“ bekannt. Generell gilt, dass die Konsequenzen unmittelbar auf das Verhalten der Kinder folgen müssen und öfter als bei normalen Kindern. Auch müssen sie stärker sein, und wenn Verstärker benutzt werden, müssen sie häufiger wechseln, um einen Sättigungseffekt zu vermeiden. Gelegentliches Loben oder Tadeln reicht nicht. Besonders schädlich ist es, wenn auf unakzeptables Verhalten einmal Lob und ein anderes Mal Tadel folgt, die Konsequenzen also inkonsistent sind.

Das von Döpfner, Schürmann & Frölich (1997) herausgebrachte „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP“ baut vor allem auf dem Elterntaining von Barkley (1987) auf. Barkley (1997) sieht das Kernproblem wie Douglas in Störungen der Selbstregulation. Deren Ursache sieht er aber nicht in kogni-

tiven Defiziten, sondern in einer unzureichenden Verhaltenskontrolle durch Umweltkontingenzen. Diese zu stärken ist denn auch das Ziel seines Trainings. „ADHD is more a problem of doing what one knows rather than of knowing what to do.“ (S. 335) Es kann jedoch nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass Elterntrainings auf der Basis eines Kontingenzmanagements auch die schulische Situation verbessern. „... Mitch continued to display very significant behavior problems in preschool ...“ , obwohl sich sein Verhalten Zuhause nach einem Elterntraining verbessert hatte (McCain und Kelley, 1993, S. 35). In einer Studie von Horn et al. (1991) mit zwölf Kindern und ihren Eltern verbesserte das Elterntraining, das mit einem Selbstkontrolltraining kombiniert wurde, die schulische Situation erst, als anstelle von Placebo Stimulanzen gegeben wurden. Dabei zeigte eine niedrige Dosis denselben Effekt wie eine hohe Dosis ohne Eltern- und Kindtraining – ein Befund, der angesichts der Zunahme der Nebenwirkungen bei höheren Dosen klinisch bedeutsam ist. Im Lehrerurteil konnten Therapieeffekte nur unmittelbar nach dem Behandlungsende nachgewiesen werden; sie stabilisierten sich jedoch nicht.

Einen Überblick über das Kontingenzmanagement in der Klasse gibt George J. DuPaul (1991a). Diese Techniken können sowohl mit einem einzelnen Kind, als auch mit der gesamten Klasse durchgeführt werden. Ein Beispiel für die Durchführung mit der ganzen Klasse findet sich in dem Projektbericht „Unselbständigkeit im Arbeitsverhalten“ bei Redlich & Schley (1981²: S. 99-109), wiewohl es sich nicht um ein entsprechend diagnostiziertes Kind handelt. Die Ausführungen lassen jedoch vermuten, dass die Symptome (Dazwischenrufen, Aufstehen und laut Reden, Widersprechen) denen der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens zumindest nahe kommen. Mit ihrer „Kooperativen Verhaltensmodifikation“ betonen Redlich und Schley die Bedeutung der Sicht des Kindes, das nicht Objekt der Behandlung, sondern Partner im Veränderungsprozess ist. Abramowitz & O’Leary (1991) urteilen nach einem Literaturüberblick über das Kontingenzmanagement: „An extensive literature documents the power of such programs to motivate youngsters and to achieve excellent levels of on-task behavior and academic achievement.“ (S. 223)

Einen eklektischen Ansatz verfolgt der Marburger Schulpsychologe Dieter Krowatschek (1994) mit seinem Gruppen-Trainings- und Therapieprogramm. Im Zentrum steht die Intervention beim Kind, die durch Einzelgespräche mit den Eltern und den Lehrkräften sowie einem Gruppen-Elternabend und zwei Lehrer-Seminaren ergänzt wird. In zwei Diplomarbeiten konnte die Wirksamkeit nachgewiesen werden (Krowatschek & Krowatschek, 1997). Mütter beschrieben ihre Kinder in der Marburger Verhaltensliste MVL nach dem

Training signifikant weniger auffällig als vorher, und Lehrer stuften die Kinder als weniger hyperaktiv ein.

Zusammenfassung: Die Hoffnung, der in psychologischen Behandlungen außerhalb der Schule erzielte Erfolg würde sich automatisch auf die Schulsituation auswirken, hat sich nicht erfüllt – es sei denn, der Transfer ist Bestandteil der Behandlung, und die Lehrer integrieren die Selbstinstruktionstechniken in den Unterricht. Lehrer schrieben denn auch den psychologischen Behandlungen, die Saile (1996) in seine Metaanalyse einbezogenen hatte, nur einen “kleinen” Effekt nach Cohen (1988) zu im Unterschied zu Eltern, die den psychologischen Behandlungen einen eher „großen“ Effekt zuschrieben. Dieser Unterschied dürfte darin begründet sein, dass die meisten von Saile einbezogenen Behandlungen in Beratungsstellen und Kliniken stattfanden, die von den Eltern mit ihren Kindern aufgesucht worden waren, und dass insofern auch in erster Linie Lösungen für die Probleme in der Familie angestrebt wurden, die sich von denen in der Schule unterschieden oder die das Kind nicht ohne weiteres in den schulischen Bereich transferieren konnte. Auch Abramowitz & O’Leary (1991) schreiben einleitend zu ihrem Literaturüberblick über „behavioral interventions for the classroom“: „... school personnel ... must not expect individual therapy, family therapy, or parent training to ameliorate academic, attentional, or behavioral difficulties exhibited at school.“ (S. 220)

1.4.3 Vergleich von pharmakologischen und psychologischen Interventionen

Die größten Effektstärken haben sich bislang bei der Behandlung mit Psychostimulanzien ergeben. Die Effektstärke von Methylphenidat (Handelsname: Ritalin®) beträgt in kontrollierten Studien bei einer mehr als einjährigen Behandlungsdauer mehr als eine Standardabweichung (Swanson et al., 1993). Demgegenüber beträgt die mittlere Effektstärke von psychologischen Behandlungen nur eine halbe Standardabweichung (Saile, 1996). In seinem Überblick über die Veröffentlichungen der vergangenen zehn Jahre geht Cantwell (1996) davon aus, dass der multimodale Ansatz, bei dem medizinische und psychosoziale Interventionen kombiniert werden, anerkannt ist. „Medical treatment and psychosocial treatment have complementary effects. Thus a wider range of symptoms may be treated than with either intervention alone.“ (S. 986). Diesen Standpunkt vertritt auch Trott (1996) im Editorial von Band 24 der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: „Psychotherapie und Pharmakotherapie sind nicht etwa sich ausschließende, sondern sich ergänzende Verfahren ... Pharmakotherapie und Psychotherapie miteinander zu kom-

binieren bedeutet, dass man von zwei Seiten das gleiche Ziel verfolgt und damit eine schnellere Symptomremission und bessere Langzeitergebnisse erzielen kann...“ (S. 230). Damit stehen beide im Einklang mit den ein Jahr später heraus gekommenen „Practice Parameters“ der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), in denen die Frage: „Pills or skills for hyperactive children?“ (O’Leary, 1980) zugunsten eines Sowohl-als-auch entschieden ist. Es wird ein Behandlungspaket mit dem regelhaften Einsatz von Medikamenten zur Behandlung der Kernsymptomatik (Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität) empfohlen und von psychologischen und pädagogischen Verfahren zur Behandlung von psychischen Problemen und Lerndefiziten, denn „Medication do not teach a child anything ...“ (Barkley, 1990, S. 591) oder wie Walter (in Vorbereitung) in seiner Übersicht über die Effekte von Psychostimulanzien auf die Schulleistungen sagt: „... hohe Aufmerksamkeit, niedrige Impulsivität und geringe Hyperaktivität (sind) zwar notwendige, aber bei weitem noch keine ausreichenden Größen, um das Zustandekommen von entsprechenden Schulleistungen zu erklären.“ Die Überlegenheit der Pharmakotherapie über die Verhaltenstherapie könnte jedoch auch das Ergebnis eines falschen Vergleichs sein, wenn nämlich eine gut dosierte Pharmakotherapie mit einer zu gering dosierten Verhaltenstherapie verglichen wird. Dazu Richters et al. (1995): „Such findings may have been a result of too low an intensity of behavioral treatment ...“ (S. 994). Doch wurde die Überlegenheit der Pharmakotherapie auch in der MTA-Studie mit 579 Kindern mit AD/HS, Mischtyp, im Alter von 7 bis 9.9 Jahren bestätigt, in der ein umfangreiches verhaltenstherapeutisches Behandlungspaket zum Einsatz kam (The MTA Cooperative Group, 1999). Die Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie erbrachte nach 14-monatiger Behandlungsdauer zumindest in Bezug auf die Kernsymptome keinen zusätzlichen Gewinn zur „reinen“ Pharmakotherapie. Für die klinische und praktische Bedeutung der Kombinationsbehandlung spricht jedoch der Umstand, dass sie die Behandlung war, die bei den insgesamt 19 Ergebnisvariablen 12-mal am besten abgeschnitten hatte, die „reine“ Pharmakotherapie aber nur 4-mal. Doch darf nicht übersehen werden, dass „more than three fourth of subjects given behavioral treatment were successfully maintained without medication throughout the study.“ (S. 1083) Die Bewertung dieses Befundes hängt von der Einstellung zur Pharmakotherapie ab. Wer meint, dass Verhaltenstherapie in jedem Fall (außer in zuge-spitzten Kriseninterventionen) die Therapie der ersten Wahl ist und also vor einer medikamentösen Therapie erfolgen soll, für den haben in der MTA-Studie drei von vier Kindern aus der Pharmakotherapiegruppe überflüssigerweise Medikamente bekommen. Wer dagegen die medikamentöse Therapie für die Therapie der ersten Wahl hält, kann mit Recht ar-

gumentieren, dass eine sorgfältig überwachte medikamentöse Therapie in vielen Fällen eine intensive Verhaltenstherapie überflüssig macht. Diese Haltung sieht O'Leary (1980) sehr kritisch. Wegen der teilweise geradezu dramatischen Verbesserung durch Stimulanzien, besteht die Gefahr, dass sie von Eltern, Lehrern und den Kindern selber als Allheilmittel angesehen werden „and we know that such is very far from the truth.“ (S. 201) Jedoch muss gesehen werden, dass es sich bei der Verhaltenstherapie in der MTA-Studie um mehrwöchige und aufeinander abgestimmte intensive Interventionen mit Kindern, Eltern und Lehrern handelte, quasi um eine „Hoch-Dosis-Verhaltenstherapie“ – ein Idealfall, der in der Praxis sowohl an den Ressourcen bzw. ihrer Finanzierung als auch ihrer Vernetzung scheitert.

Den Europäischen Leitlinien „Clinical guidelines for hyperkinetic disorder“ (Taylor et al., 1998) liegt im Unterschied zu den „practice parameters“ die Auffassung zugrunde, dass psychologische und pädagogische Maßnahmen die Interventionen der ersten Wahl sind und eine medikamentöse Behandlung nur in Fällen von stark ausgeprägter situationsübergreifender hyperkinetischer Symptomatik indiziert ist, und auch nur dann, wenn diese zu erheblichen Beeinträchtigungen führt, sowie in Fällen, in denen die Interventionen in der Familie und/oder in der Schule allein nicht (ausreichend) geholfen haben.

Auch in der vier Jahre vor den „Practice Parameters“ veröffentlichten Checkliste von „promising school-based practices“, die Burcham, Carlson & Milich (1993) im Auftrag des Federal Resource Center (FRC) an der Universität von Kentucky erarbeitet haben, sowie in den Leitlinien von Pelham (1993) wird empfohlen, mit Maßnahmen, die auf eine Behebung oder Linderung der Leistungs- und Verhaltensprobleme abzielen, vor einer medikamentösen Behandlung zu beginnen.

Es sei noch auf einen Nebenbefund hingewiesen, der frühere Ergebnisse von Horn et al. (1991) und Carlson, Pelham, Milich & Dixon (1992) bestätigt. Man kam bei Kombination mit Verhaltenstherapie mit einer geringeren Dosis aus (31.2mg vs. 37.7mg), was angesichts der zumeist dosisabhängigen Nebenwirkungen nicht unerheblich ist. Carlson et al. (1992) verglichen die Effekte von zwei verschiedenen Dosen Methylphenidat (0.3 mg/kg und 0.6 mg/kg), zwei classroom settings (reguläre Bedingungen und Verhaltensmodifikation, d. h. klare Klassenstrukturen, Regeln, Punktepläne u. a.) und ihre Kombination auf Aufmerksamkeit, Störverhalten (Schlagen, Beschimpfen, Verlassen des Platzes u. a.) und Leistungsparameter. Das Verhaltensmodifikationsprogramm allein erzielte fast dieselben Effekte auf das Verhalten wie eine Dosis von 0.3 mg/kg unter regulären Klassenbedingungen. Eine Kombination von Verhaltensmodifikationsprogramm und 0.3 mg/kg erzielte fast dieselben Effekte auf das

Verhalten wie 0.6 mg/kg unter regulären Klassenbedingungen, d. h. die erforderliche Dosis kann bei Implementierung eines Verhaltensmodifikationsprogramms nahezu halbiert werden.

Zusammenfassung: Die Ansichten darüber, ob die Pharmakotherapie die Behandlung erster oder zweiter Wahl ist, gehen auseinander. Die Entscheidung lässt sich wissenschaftlich nicht begründen. Unstrittig ist die Überlegenheit der Pharmakotherapie über die Verhaltenstherapie in den meisten Fällen zumindest in Bezug auf die Verringerung der Kernsymptome sowie ihre schnell einsetzende Wirkung auf die Kernsymptome.

1.4.4 Pädagogische Interventionen¹⁴

Im Fokus der Beforschung schulischer Interventionen - nicht nur bei AD/HS - stand jahrelang die Manipulation der Konsequenzen (das Kontingenzmanagement):

A: antecedents \longleftrightarrow B: behavior \longleftrightarrow C: consequences

In den letzten Jahren ist jedoch eine Verschiebung des Interesses auf die antezedenten Bedingungen und die Gestaltung der Umwelt zu beobachten mit dem Ziel, der Entstehung von Verhaltens- und Leistungsproblemen vorzubeugen:

A: antecedents \longleftrightarrow B: behavior \longleftrightarrow C: consequences

Wenn hier bei der A-B-C-Kette (antecedents – behavior – consequences) die antezedenten Bedingungen den pädagogischen und die Konsequenzen im Rahmen des Kontingenzmanagements den psychologischen Interventionen zugerechnet werden, dann ist das eine grobe Einteilung. Die auf ein Verhalten folgenden Konsequenzen Lob und Strafe sind keine „Erfindung“ der Verhaltenstherapeuten, sondern schon immer – wie intelligente Kinder auf die entsprechende Frage im HAWIK zu antworten wissen - „Erziehungsmittel“ gewesen, und Psychologen betrachten im Zusammenhang mit der Kontextklärung bei Problemen auch die antezedenten Bedingungen, unter denen das Problemverhalten auftritt. Diese Einteilung sei aber doch vorgenommen, weil es einerseits die Verhaltenstherapeuten waren, die die Wirkung von Lob und Strafe untersucht und gezielt eingesetzt haben, und andererseits die Gestaltung des schulischen Umfelds vornehmlich Aufgabe der Lehrer bzw. der Schule ist. Dabei wäre die Beschränkung der antezedenten Bedingungen auf das schulische Umfeld bzw. auf unmittelbar vorausgehende Ereignisse sicherlich zu kurz gegriffen. Es gehört zu

¹⁴ Wenn nicht anders angegeben, beruhen die Angaben auf Abramowitz & O’Leary (1991), Zentall & Goetze (1994) und Pfiffner & Barkley (1998) in: Barkley (Hrsg.).

den Alltagserfahrungen von Lehrern, dass gerade auch Probleme in der Familie und in der Peer Group das Verhalten in der Schule erheblich beeinträchtigen können.

a) Allgemeine Leitlinien

Gestaltung der Beziehungen

Dem Lehrer kommt mit seiner Einstellung zum Kind und seiner Störung eine zentrale Bedeutung zu. Die Wahrnehmung eines problematischen Schülers durch seine Mitschüler wird beeinflusst von der Art und Weise, wie der Lehrer auf das Problemverhalten reagiert. Ignoriert er es und lobt das inkompatible Verhalten („Schön, wie gut Hans aufpasst.“), dann fördert das die Wahrnehmung positiven Verhaltens von Seiten der Mitschüler, hat aber keinen Einfluss auf die Einschätzung seiner Beliebtheit. Reagiert der Lehrer jedoch geringschätzig („Jetzt reicht’s aber!“), dann sehen die Mitschüler eher das Problemverhalten und beurteilen ihn darüber hinaus als weniger beliebt. Korrigierende Kritik („corrective feedback“) wirkt sich weniger nachteilig aus als abfällige (White, Sherman & Jones, 1996).

In der Fachliteratur gilt das überwiegende Interesse der Frage, wie Eltern, Lehrer und Therapeuten, u. U. auch Mitschüler, das Verhalten von Kindern positiv beeinflussen können. Carr, Taylor & Robinson (1991) sind der Frage nachgegangen, wie Kinder, die im Unterricht stören, umgekehrt das Verhalten von Lehrern beeinflussen. Sie stellten fest, dass das Störverhalten überwiegend in Situationen auftrat, in denen Lehrer Aufgaben erteilten und erklärten. Die Folge war, dass die Lehrer den Kindern, die in diesen Situationen störten, weniger Aufgaben erklärten und erteilten als den Kindern, die die Aufgaben tolerierten. Das Stören fungiert also als negative Verstärkung für die Lehrer, was zur Konsequenz hat, dass die Lehrer dieses Verhalten seltener zeigen. Auf der Schülerseite wurde das Stör(=Vermeidungs-)verhalten positiv verstärkt. Das wiederum hat zur Konsequenz, dass sie ihr Störverhalten häufiger zeigen. Lehrer tun sicherlich gut daran, Störverhalten als Vermeidungsversuch zu sehen und sich (und die Schüler) nach dem Grund zu fragen.

Eine stigmatisierende (Vor-)Information wie die, ein Mitschüler sei hyperaktiv, aufmerksamkeitsgestört oder schüchtern (was in den USA deutlich negativer konnotiert wird als in Europa), führt in Übereinstimmung mit dem „Pygmalion-Effekt“ (Rosenthal & Jacobsen, 1968) dazu, dass Mitschüler zu dem (fälschlich) derart etikettierten Schüler weniger freundlich sind, ihn seltener ansprechen und dass sie angeben, ihn weniger zu mögen als ohne diese Vor-Information. Wenn das tatsächliche Verhalten dann aber nicht mit der stigmatisierenden (Vor-)Information übereinstimmt, ändert sich zwar das Verhalten, nicht aber

die ablehnende Haltung. Dies erklärt auch, weshalb positive Verhaltensänderungen eines Kindes nicht notwendig auch den Sozialstatus verbessern. Unabhängig davon werden Kinder mit einer AD/HS schon nach weniger als 30 Minuten Kontakt mit einer unbefangenen Gruppe wegen ihres tatsächlichen Verhaltens abgelehnt (nach einem Übersichtartikel von Milich, McAninch & Harris, 1992).

Der Einfluss der Mitschüler auf das Verhalten, auch auf störendes Verhalten wie aufstehen und herumlaufen, nicht Aufgaben bezogene Äußerungen usw., kann größer sein als der der Lehrerin (Northup et al., 1995). Diesen Einfluss kann man sich zunutze machen, indem Mitschüler als Interventionsagenten eingesetzt werden mit dem Ziel, angemessenes Verhalten von Mitschülern in der Schule zu fördern und aufrecht zu erhalten. Insbesondere Jugendliche ziehen Mitschüler als Interventionsagenten Lehrern vor. Schon Grundschüler sind nach einer pädagogischen Einführung in der Lage, klare Anweisungen zu erteilen, angemessenes Verhalten zu loben, korrigierende Rückmeldung zu geben und Punkte im günstigen Fall zu vergeben bzw. im ungünstigen vom Punkte-Konto abzuziehen. Es wurde nicht beobachtet, dass diese „Macht“ missbraucht wurde, aber ein Punkteabzug erfolgte erst bei eklatantem Fehlverhalten (Carden Smith & Fowler, 1984). Möglicherweise haben Kinder und Erwachsene in der Hinsicht unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe. An Schüler als Interventionsagenten ist insbesondere dann zu denken, wenn das Fehlverhalten zu Zeiten oder an Orten passiert, wo Lehrer nicht anwesend sind.

Gestaltung des Unterrichts

Strukturierung beinhaltet die Betonung einiger Reize als „Figur“ vor den anderen, die den „Grund“ bilden, und hilft Kindern so, sich besser zu orientieren und zurecht zu finden.

- Strukturierung des Raumes: Lernzonen (Lesecke, Computerplatz, Spieletisch, vor allem Rückzugsraum usw.) können gerade hyperaktive Kinder entlasten durch Konditionierung von zonengebundenen Tätigkeiten. Die Sitzordnung ist nicht spezifisch hinsichtlich der Kinder mit AD/HS untersucht worden. Generell kann jedoch gesagt werden, dass Gruppentische die soziale Interaktion der Kinder untereinander fördern, aber die Aufmerksamkeit bei Stillarbeit beeinträchtigen. Die Hufeisenform fördert die Aufmerksamkeit bei Klassengesprächen. Sitzreihen fördern die Aufmerksamkeit und Arbeitsmenge bei Stillarbeit. Ein Einzelplatz kann nützlich sein, wenn sich zwei Sitznachbarn gegenseitig stören oder nur einer den anderen ablenkt oder stört. „Altering seating arrangements in this manner may sometimes be as effective as a reinforcement program

in increasing appropriate classroom behavior.“ (Pffnner & Barkley, in: Barkley, 1998, S. 480).

- Strukturierung der Zeit: Zeitstrukturen sind in der Schule weitgehend vorgegeben. Da ist als erstes das Schuljahr mit seinen Unterbrechungen nach etwa jeweils acht Wochen. Dann gibt es die Wochen und Tage mit dem festgelegten Stundenplan, den Lehrer zunehmend gern durch Wochenpläne ergänzen. Der Tagesplan kann morgens besprochen werden. Piktogramme für die verschiedenen Fächer und Pausen(-Aktivitäten) werden untereinander angebracht, wodurch die zeitliche Abfolge sichtbar gemacht wird. Der Ablauf einer Stunde kann noch hinsichtlich der Zeit, der Aufgaben und der Sozialform strukturiert und visualisiert werden. Und schließlich kann eine Aufgabe noch in einzelne, zeitlich aufeinander folgende Handlungsschritte aufgeteilt werden. Wenn ein Kind nicht sofort mit der Bearbeitung seiner Aufgabe beginnt, kann die Frage nach dem ersten Schritt hilfreich sein. Die Zeitstrukturen können durch Rituale betont werden, der Wochenbeginn etwa mit einem Stuhlkreis, der Unterrichtsbeginn mit dem Beenden der Pausenmusik aus dem Kassettenrecorder.
- Strukturierung der Aufgaben: Eine farbige Markierung wichtiger Informationen, z. B. der „Wortbausteine“ (Morpheme) in der Rechtschreibung wirkt leistungssteigernd. Hintergrundgespräche erschweren die Erfassung des gesprochenen Lehrerworts als Figur. Auch lenken zu viele Detailinformationen vom Wesentlichen/von der Figur ab und vermindern das Verständnis. Die Schwierigkeit sollte dem Können bzw. die Dauer der Aufmerksamkeitsspanne des einzelnen Kindes angepasst werden. Das Kind sollte immer nur eine Aufgabe zur Zeit zugeteilt bekommen, und es sollte die Kriterien kennen, wann eine Aufgabe beendet ist und wissen, wie viel Zeit ihm zur Verfügung steht.
- Strukturierung des Verhaltens: Routinen regeln wiederkehrende Handlungen wie das Betreten des Klassenraumes, den Übergang von einer Unterrichtsphase in die andere usw. Regeln und Anweisungen müssen klar und kurz sein und oft wiederholt werden, wenn möglich visualisiert. Unbedingt erforderlich ist, dass das Kind die Anweisungen laut wiederholt und sie während der Aufgabenbearbeitung sich selber leise vorsagt. Gelegentliche verbale Erinnerungen reichen ebenso wenig, wie sich darauf zu verlassen, dass das Kind die Klassenregeln internalisiert hat. Weniger als 10% der Erst-, Zweit- und Drittklässler konnten die in ihrer Klasse geltenden Regeln identifizieren oder benennen, aber alle Lehrer waren überzeugt, dass die Klassenregeln klar und un-

missverständlich unterrichtet worden waren (Stoner & Green, 1992, zit. nach DuPaul & Stoner, 1994).

Visualisierung: Die Klassenregeln (z. B. ein Plakat mit Stopp-Zeichen, großen Augen und großen Ohren für „stop, look, and listen“ oder eins für die Melde-Regel mit einem Kind, das einen Zeigefinger auf den Mund hält und sich mit der anderen Hand meldet) sollten an gut sichtbarer Stelle in der Klasse angebracht sein. Neben die jeweiligen Plakate mit den Klassenregeln können Feedback Charts aufgehängt werden, an denen die Kinder ablesen können, inwieweit sie die Regeln eingehalten haben und welche Belohnungen sie zu erwarten haben. Der Tages-/Wochenplan kann als Plakat aufgehängt werden mit Piktogrammen für jedes Fach. Die für eine Aufgabe zur Verfügung gestellte Zeit kann mithilfe einer Sanduhr sichtbar gemacht werden. Bildvorlagen können dazu beitragen, verdeckte innere Prozesse zu fördern. Visuell *und* auditiv präsentierte Gedächtnisaufgaben werden besser reproduziert als nur auditiv dargebotene.

Motivierung/Stimulierung: Häufige aktive Beteiligung sowie Wechsel zwischen den Sinnesmodalitäten halten die Motivation aufrecht. Eher langweilige Aufgaben sollten zwischen interessante eingestreut werden. Kurze Bewegungsübungen zwischendurch wirken Monotonie und Müdigkeit bei längeren theoretischen Phasen entgegen. Wenn möglich, sollten Übungsaufgaben zum Automatisieren von Fertigkeiten am Computer erledigt werden dürfen. Hintergrundmusik fördert die Produktivität beim Rechnen. Beim Abschreiben eines Tafeltextes normalisierte sich die Fehlerzahl, wenn der Text auf farbiges Papier (bevorzugt Leuchtfarben) geschrieben werden durfte (Imhof, 1995). Der fördernde Effekt der Stimulation durch farbiges Papier ist aber nur bei leichten und Wiederholungsaufgaben gegeben. Lautes Lesen führt verglichen mit leisem Lesen zu weniger Fehlern. Eine leichte Berührung an der Schulter während der Anweisung fördert das Zuhörverhalten (Bonney, 2001). Wartezeiten/Leerlauf sollte(n) mit zuvor festgelegten Aktivitäten ausgefüllt werden. Viele grobmotorische Aktivitäten steigern die Aufmerksamkeit und vermindern Hyperaktivität und Aggressivität.

Vorausschauendes Denken ist insbesondere in Übergangssituationen und in Situationen außerhalb der Routine erforderlich. Das Kind muss angehalten werden, sich die Situation vorzustellen, die von ihm einzuhaltenden Regeln zu benennen und die Belohnungen oder Strafen zu benennen, die die Befolgung oder Nicht-Befolgung der Regeln nach sich ziehen.

Bei den Curricula zum Ausgleich von Defiziten ist nicht nur an Defizite in den Fertigkeiten Lesen, Rechtschreibung und Mathematik zu denken, sondern auch an soziale Defizite und vor allem auch an Schwierigkeiten mit der Organisation (Zeit- und Materialmanagement) und den Lerntechniken (Mitschreiben, Lernen aus Text, Vokabellernen).

Partnerarbeit bezeichnet eigentlich nur eine Sozialform. Hier soll das Wort jedoch als Übersetzung des „classwide peer tutoring“, abgekürzt CWPT, benutzt werden, in dem die Rollen - Tutor und Tutand – festgelegt sind. Das CWPT ist eng mit dem Namen Charles R. Greenwood von der Universität Kansas verknüpft. Die Methode ist keineswegs neu; sie wird seit Jahrhunderten in den Jeschiwot, den Schulen der orthodoxen Juden, praktiziert und hebräisch *Chavruta* (vgl. *Chaver* = Freund, Kollege) genannt. Im Anschluss an einen Einführungsvortrag eignen sich zwei Schüler, die etwa auf dem selben Leistungsstand sind, in Dialog und Diskurs die in der Tora und in den Kommentaren niedergelegten religiösen Gesetze an. Bei der Chavruta lernt einer vom andern. „Während du lehrst, lernst du.“ Dies konnten Dineen, Clark & Risley (1977) in einer Studie bestätigen: Schüler-Tutoren konnten ihre Leistung genau so verbessern wie die Tutanden – eine Erfahrung, die im übrigen von vielen Schülern, die Nachhilfestunden geben, geteilt wird. Beim „classwide peer tutoring“ bereitet der Lehrer das Material vor, das z. B. im Fach Rechtschreibung aus 10 Wörtern in der 1. Klasse und 20 Wörtern in der 2. Klasse besteht. Am Montag schreiben die Schüler den Vortest (Pretest; optimal sind weniger als 40% richtige Wörter). Dann werden die Paare für die jeweilige Woche gebildet (jede Woche neu). Die Paare werden einem der zwei Klassenteams zugeordnet, die gegen einander um die höchste Punktzahl kämpfen. Die Methode erfordert täglich etwa 30 Minuten Zeit. Zehn Minuten ist der eine Partner Tutor und der andere Tutand; dann werden die Rollen für die nächsten zehn Minuten getauscht. Der Tutor diktiert dem Tutanden so viele Wörter, wie der Tutand innerhalb der zehn Minuten schafft. Ein Fehler wird sofort vom Tutor korrigiert. Schreibt der Tutand das Wort gleich richtig, erhält er zwei Punkte. Einen Punkt erhält er, wenn er das Wort das erste Mal falsch, aber dann dreimal hintereinander richtig geschrieben hat. Je schneller der Tutand also arbeitet, desto größer ist seine Chance, doch noch Punkte nach einer erstmaligen Falschschreibung zu erhalten. Der Lehrer wandert durch die Klasse und hilft erforderlichenfalls oder verteilt Bonuspunkte an Tutoren für richtiges Tutorverhalten und an Tutanden für gute Kooperation. Am Ende schreibt der Lehrer die Punkte für jedes Kind auf das Poster und addiert die Punkte für die beiden Teams. Das Siegerteam wird beklatscht für seine gute Arbeit und das Verliererteam für seine Anstrengung. Am Freitag folgt der Nachtest (Posttest; optimal sind mehr als 80% richtige Wörter).

George J. DuPaul von der Lehigh University in Bethlehem, Pennsylvania, erkannte die Chancen dieser Methode für Schüler mit einer AD/HS, erfüllt sie doch einige Kriterien für erfolgreiches Lernen gerade dieser Schüler, so z. B. aktives Lernen, häufige, prompte und individuelle Rückmeldung, angemessene Aufgabenschwierigkeit und individuell angepasstes Tempo. Probleme wegen der Impulsivität entfallen: Bei nur einem Interaktionspartner ist Reaktionsaufschub (das Ende der Anweisungen abwarten) nicht erforderlich. In einer Evaluationsstudie konnten DuPaul, Ervin, Hook & McGoey (1998) an 18 Grundschulern mit einer AD/HS nachweisen, dass sich nicht nur das Verhalten signifikant verbesserte (häufiger aktiv und passiv „on-task“, seltener „off-task“ und zappelig), sondern auch die Leistungen, sofern sie angemessen schwierig waren. Die meisten Lehrer hielten die Methode im Rahmen einer Regelklasse für praktikabel und nicht sonderlich zeitaufwendig. Alle partizipierenden Lehrer äußerten, mit dem CWPT fortfahren zu wollen, was bei mehr als der Hälfte ein halbes Jahr später auch der Fall war. Die meisten Lehrer zogen das CWPT einer medikamentösen Behandlung und dem Kontingenzmanagement vor (ein möglicher Stigmatisierungseffekt entfällt).

b) Anpassung der allgemeinen Leitlinien an den individuellen Förderbedarf des Schülers mithilfe des funktionsanalytischen Ansatzes

Es gibt gerade wegen der Heterogenität der Symptomatik und der Häufigkeit von Komorbiditäten viele Fälle, in denen die Umsetzung allgemeiner Leitlinien für Schüler mit einer AD/HS an ihre Grenzen stößt und in denen eine individuelle Anpassung erforderlich ist. Diesem Ziel dient der funktionsanalytische Ansatz („functional assessment approach“). Er identifiziert die funktionale Beziehung zwischen antezedenten oder curricularen Variablen (**A**) und dem erwünschten oder unerwünschten Verhalten (**B**) des Schülers. Sind die curricularen Variablen identifiziert, können sie u. U. verändert werden, um das Auftreten des Problemverhaltens zu reduzieren oder gar zu eliminieren. Zwei häufig vorkommende Funktionen des Problemverhaltens sind die „attention function“ und die „escape function“ (Erzwingen von Zuwendung/Aufmerksamkeit von Seiten des Lehrers und/oder der Mitschüler bzw. Flucht vor schwierigen oder unangenehmen Anforderungen. Der funktionsanalytische Ansatz wurde erstmals 1982 von Iwata und Mitarbeitern bei selbstverletzendem Verhalten beschrieben (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman & Richman, 1982/1994). Es geht um die Identifizierung der Variablen, die ein Problemverhalten bzw. das mit dem Problemverhalten inkompatible angemessene Verhalten hervorrufen, begünstigen oder aufrecht erhalten (Phase I: Generieren von Hypothesen) und um deren Manipulation (Phase II: Testen

der Hypothesen). Diese Variablen können positive oder negative Konsequenzen (**C**) sein, die auf ein Problemverhalten (**B**) folgen. Es können aber gerade auch curriculare Variablen (**A**) wie Länge oder Schwierigkeit einer Aufgabe sein oder die Art der Aufgabenbeantwortung, z. B. schriftlich oder mündlich (Kern, Childs, Dunlap, Clarke & Falk, 1994). Die einschneidendste Manipulation der curricularen Variablen ist die Umschulung in eine Sonderschule, mit der beabsichtigt wird, das gesamte Curriculum an die Bedürfnisse des Schülers anzupassen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Evaluation dieser Methode mit Fallstudien erfolgt, wobei Anwendungen in der vom Schüler besuchten Klasse wegen des Wegfalls von Transfermaßnahmen von besonderem Interesse sind. Zur Demonstration diene einer der von Ervin et al. (2000) geschilderten Fälle (Rick, 14 Jahre alt):

Phase I:

Beschreibung des Problemverhaltens: spielt mit Schulmaterial, bleibt nicht am Platz (aktives off-task-Verhalten); summt, macht alberne Geräusche, ruft in die Klasse, macht Bemerkungen zu Mitschülern (vokales Verhalten); guckt nicht auf seine Aufgabe (passives off-task-Verhalten)

Informationen durch Lehrer-, Eltern- und Schülerbefragung sowie direkte Beobachtung: Das off-task-Verhalten tritt überwiegend auf, wenn der Lehrer in ein Thema einführt, die Schüler abwechselnd lesen und in Wartezeiten. Es tritt nicht auf in Phasen, in denen Rick etwas tut (schreiben, einen Versuch aufbauen u. a.). Rick ist immer irgendwie beschäftigt, nimmt Bücher vom nahe gelegenen Regal weg, malt in seinem Notizbuch usw. Rick selber sagt, dass es besser mit ihm wäre, wenn die Lehrer ihm immer etwas zu tun geben würden.

Funktion des Problemverhaltens: Ausweichen vor Untätigkeit

Hypothesen: Ricks angemessenes Verhalten wird gefördert, wenn er 1. einen Selbstbeobachtungsbogen ausfüllt, 2. die wesentlichen Inhalte protokolliert, während der Lehrer in ein Thema einführt oder die Mitschüler etwas laut vorlesen und er 3. so umgesetzt wird, dass der Zugang zu ablenkendem Material erschwert ist.

Phase II:

Zu jedem Problemverhalten wird zunächst die Auftretenshäufigkeit unter den normalen Bedingungen in der Klasse erhoben (Grundlinie) und danach eine Hypothese (Bedingung, unter der das Problemverhalten vermutlich mit geringer Häufigkeit auftritt) nach der anderen sequentiell gegen die Grundlinie getestet. Auf dieser Grundlage werden Empfehlungen für Interventionen ausgesprochen.

1.4.5 Vergleich von psychologischen und pädagogischen Interventionen

Hierzu liegt eine Meta-Analyse von DuPaul & Eckert (1997) vor. Die Recherche in den Online-Datenbanken ERIC, PSYCLIT und *Dissertation Abstracts International* sowie in den jüngsten Veröffentlichungen der einschlägigen Fachzeitschriften ergab eine Fundmenge von 63 Studien für den Zeitraum 1971-1995. Voraussetzung für den Einschluss einer Studie in die Meta-Analyse war deren Durchführung in einer Schule. Etwa zwei von drei Teilnehmern besuchten – zumindest teilzeit - öffentliche Regelschulen. Die anderen verteilten sich auf Laborschulen, Sommerschulen, Krankenhausschulen usw. Die meisten Kinder waren 5-13 Jahre alt. Bei den schulischen Interventionen unterschieden DuPaul & Eckert (1997) zwischen Kontingenzmanagement, kognitiv-behavioralen und akademischen Interventionen. Zu den akademischen Interventionen zählten sie solche, die primär die antecedenten Bedingungen (Unterrichtsform, Unterrichtsmaterial u. a.) manipulieren, zum Kontingenzmanagement positive oder negative Verstärkung eines bestimmten Verhaltens durch den Lehrer, um es auf- oder abzubauen, und zu den kognitiv-behavioralen Interventionen solche Interventionen, deren Ziel die Regulierung individuellen Verhaltens durch Selbstkontrolle und Problemlöse-Strategien ist. Die akademischen Interventionen werden hier zu den pädagogischen Interventionen gezählt, und Kontingenzmanagement und kognitiv-behaviorale Interventionen zu den psychologischen.

Ergebnisse:

- Alle pädagogischen wie psychologischen Interventionen haben auf das Verhalten eine positive Wirkung, und die Effektstärken sind mittel bis hoch.
- Die Effektstärken auf die Leistungen sind weniger robust.
- Die Effektstärken auf das Verhalten sind 1.5 bis 2mal größer als auf die Leistungen.
- Kontingenzmanagement und akademische Interventionen beeinflussen das Verhalten effektiver als kognitiv-behaviorale Interventionen.
- Die Überlegenheit der kognitiv-behavioralen Interventionen über akademische Interventionen und Kontingenzmanagement hinsichtlich der Leistungen „may have been a function of methodology rather than reflective of „true“ treatment differences:“ (S. 19)

Nur in 14 der 63 Studien wird ein Follow-up Assessment vorgenommen, wobei die Zeitspanne mit 1-4 Wochen äußerst kurz ist. Ohne Maßnahmen, die explizit auf Nachhaltigkeit abzielen, scheint die erzielte positive Wirkung sehr schnell wieder verloren zu gehen.

1.4.6 Andere Interventionen

Stellvertretend für den ergotherapeutischen Ansatz sei Anneliese Augustin (1999) genannt, die beschreibt, was sie bei hyperaktiven Kindern sieht. Sie versucht, ihre Beobachtungen zu erklären und ihre Eindrücke in die Konzepte von Affolter, Ayres u. a. einzuordnen. Ihre Beobachtungen sind sicherlich Wert, mehr darüber nachzudenken. Die Unfähigkeit der Kinder, längere Zeit still sitzen oder stehen zu können, ist für sie in einer Haltungsinstabilität gegenüber der Schwerkraft begründet. Wegen der Flüchtigkeit der Aktivitäten seien die Rückmeldungen unzureichend, so dass das hyperaktive Kind die Konsequenzen seiner Handlungen auch nur unzureichend erfahre und immer wieder dieselben Fehler mache. Deshalb würden in der Therapie Bewegungsabläufe nach Möglichkeit immer an einem Widerstand entlang geführt werden. Hier drängt sich als Parallele die Forderung nach klaren Regeln und Strukturen auf, die dem Kind ebenfalls Reibung bieten, sowie die Frage, ob sich das Kind nicht über oppositionelles Verhalten Rückmeldung erzwingt, um sich selber besser wahr zu nehmen. Für die Ergotherapie gilt aber dasselbe, was Richters et al. (1995) über die sensorische Integrationsbehandlung (Ayres, 1979) sagen: Die Wirksamkeit ist zu ungenügend dokumentiert worden.

Entspannung und Biofeedback erzielten in der Metaanalyse von Saile (1996) mit 0.83 die höchste Effektstärke von allen psychologischen Verfahren. Das Kriterium Hauttemperatur unmittelbar im Anschluss an die Sitzung ist aber wohl kaum mit dem Lehrer-Urteil o. ä. zu vergleichen. Ulrike Petermann (1996) warnt denn auch vor zu hohen Erwartungen: Lern- und Verhaltensstörungen, die Diagnose-Kriterien erfüllen, könnten mit Entspannungsverfahren nicht behoben werden, wohl aber könnten motorische Unruhe, Anspannung und Erregung, Impulsivität sowie Konzentrationsstörungen vermindert werden. Allerdings müsse ein Verfahren gewählt werden, bei dem die Anforderung an die Konzentration gering sei.

Diät ist als generelle Behandlung bei Hyperaktivität wirkungslos (Metaanalyse von Kavale & Forness, 1983, zit. nach Saile, 1996). Sie kann aber bei Kindern mit einer gleichzeitigen Allergie hilfreich sein und sowohl die allergische Reaktion als auch die hyperkinetische Störung reduzieren (Blank, 1995).

1.5 Schulische Platzierung bei AD/HS in Hamburg

Wird sonderpädagogischer Förderbedarf als die Notwendigkeit für die Schule verstanden, ihre Lernmethoden an das Lernverhalten der Schüler anzupassen, um ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen zu können, dann hat ein Teil der Schüler mit einer AD/HS einen sonderpädagogischen Förderbedarf. „Dies erfordert die besondere Zuwendung des Lehrers ..., seine Fähigkeit, die Bedürfnisse ... zu erkennen und ein spezielles Wissen.“ (Vorwort des Landesschulrates zu den Richtlinien und Lehrplänen, Band VI: Sonderschulen, der Freien und Hansestadt Hamburg, 1975) Da jedoch eine AD/HS keine Behinderung im Sinne der §§ 3 bis 10 der „Ordnung der Aufnahme in Sonderschulen“ (Schulrecht Hamburg, 2000) ist, kann eine Aufnahme nur über eine Komorbidität erfolgen, und das auch nur, wenn diese Komorbidität schwerwiegend, umfänglich und langandauernd ist und eine ambulante Behandlung begleitend zum Besuch einer allgemeinen Schule nicht ausreicht. In der Regel handelt es sich dabei um Schüler, die infolge der gestörten Aufmerksamkeit stark herabgesetzte Leistungen aufweisen und der Förderschule zur Überprüfung gemeldet werden, und/oder um Schüler mit einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F 90.1 der ICD-10), die der Schule für Verhaltensgestörte zur Überprüfung gemeldet werden. Wenn aber die Komorbidität selber keine Sonderbeschulung begründet, verbleiben diese Schüler in der Regelschule und sind angewiesen auf Lehrer, die willens und in der Lage sind, ihre Lernmethoden an das Lernverhalten dieser Schüler anzupassen. In welcher Schule oder Schulart sich der Schüler auch immer befindet – er braucht störungsspezifisch aus- oder fortgebildete Lehrer, und ein Teil dieser Lehrer benötigt Beratung und Unterstützung durch schulische Hilfesysteme, die ihrerseits über die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen und darüber hinaus auch über die benötigten personellen Ressourcen verfügen müssen. Die schulischen Hilfesysteme sind in Hamburg in den letzten Jahren neu strukturiert worden. Die Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS) sind mit dem 1.10.2000 nach einer Pilotphase flächendeckend eingerichtet worden. „In den REBUS werden die Aufgaben und Dienstleistungen gebündelt und wahrgenommen, die bisher von der Schülerhilfe, den Schulen für Verhaltensgestörte, den Schulstellen der schulischen Erziehungshilfe, den Psychologinnen und Psychologen der Gesamtschulen und einem Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Haus- und Krankenhausunterrichts bearbeitet wurden.“ (Schreiben der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Schule, S 12, an alle Schulleitungen vom 25.9.2000) Die REBUS-Mitarbeiter stehen vor der Aufgabe, die Schulen so weit zu beraten und zu unterstützen, dass sie ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag auch bei Schülern mit einer AD/HS erfüllen

können. Die Schullaufbahn von Schülern mit einer AD/HS wird insofern in hohem Maße von der besonderen Qualifikation der REBUS-Mitarbeiter und der Qualität der Kooperation zwischen den REBUS und den Schulen bestimmt werden, in die abhängig vom jeweiligen Fall weitere Kooperationspartner (Amt für soziale Dienste, Ärzte u. a.) einzubeziehen sind.

Unter Platzierungsgesichtspunkten bilden normal intelligente Schüler mit einer AD/HS und einer Legasthenie oder Dyskalkulie eine besondere Problemgruppe, da weder jede dieser Beeinträchtigungen für sich noch ihr Zusammentreffen eine Sonderbeschulung begründet. Für diese Schüler sind die Integrativen Regelschulen die ideale Schulform, in die alle Kinder aus dem Einzugsgebiet einer Bezirksgrundschule aufgenommen werden mit Ausnahme der Schüler, die eine Schule für Geistigbehinderte, für Körperbehinderte oder Sinnesgeschädigte besuchen. Die Klassen in den Integrativen Regelschulen haben die üblichen Klassenfrequenzen, sind aber personell besser ausgestattet als die Klassen an den Regelschulen, so dass alle Schüler mit einem erhöhten Förderbedarf integrativ durch Sonderpädagogen und/oder Erzieher unterstützt werden können. Integrative Regelschulen sind jedoch auf die Grundschule beschränkt. Für Schüler mit erheblichen Beeinträchtigungen beim Erwerb der Schriftsprache sind „Außerunterrichtliche Lernhilfen“ (AUL) eingerichtet worden - eine ursprünglich auf den §§ 39, 40 BSHG basierende Regelung. Die „Außerunterrichtlichen Lernhilfen“ werden auf Antrag der Eltern bei Erfüllung festgelegter Kriterien bewilligt. Sie sind inzwischen auch auf Fälle von Dyskalkulie ausgedehnt worden. Eine AD/HS ist keine eigene Bewilligungskategorie. Die Kosten eines Aufmerksamkeitstrainings werden aber erstattet, wenn das Aufmerksamkeitstraining in eine fachspezifische Lerntherapie eingebettet ist (persönliche Mitteilung des Referenten im Amt für Schule – S 12/6 - vom 31.1.2002).

Eine noch wenig beachtete Gruppe von Schülern mit einer AD/HS sind die Schüler, die ohne diese Störung in der Lage wären, die Realschule oder das Gymnasium erfolgreich zu durchlaufen, in diesen Schulen aber aufgrund ihrer Störung scheitern. Sofern sie aber – wenn auch als „underachiever“ - einen Schulabschluss erreichen, allerdings einen weniger qualifizierten, werden sie vom Schulsystem noch nicht als Problem wahrgenommen. Als Problem werden in diesen Fällen erst die möglichen Folgen erkannt, die sich auf der Basis einer nicht diagnostizierten oder unzureichend behandelten AD/HS einstellen, wenn sie Staat und Versicherungsträger Kosten verursachen wie Suizidalität, Alkoholmissbrauch, illegaler Drogenkonsum sowie Delinquenz.

1.6 Lehrertrainings für Assessment und Intervention bei AD/HS - Überblick zum Stand der Forschung

Die Erfassung der Forschungsliteratur erfolgte durch Recherchen in den Online-Datenbanken ERIC, PsycFirst, PsycLit, Psyn dex und Medline nach den kombinierten Suchkriterien „attention deficit disorder“ bzw. „hyperactivity“ und „inservice teacher education“ bzw. „inservice teacher training“ und „program evaluation“ bzw. „program effectiveness“ in englisch, französisch und deutsch im Suchzeitraum bis 1999. Es ergab sich eine Fundmenge von 9 Lehrertrainings. Außer einem interaktiven Computerprogramm der School of Education der Universität von Tel Aviv in Ramat Aviv, Israel (Mioduser, Margalit & Efrati, 1998), fanden sich ausschließlich U.S.-amerikanische Veröffentlichungen. Drei Trainings sind aus einer Kooperation zwischen Kliniken und Schulen heraus entstanden: das kognitiv-behaviorale Multikomponententraining (Bloomquist, August & Ostrander, 1991) der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätskrankenhauses von Minnesota in Minneapolis, das „Irvine Paraprofessional Program“ (Kotkin, 1998) des Zentrums für Kindesentwicklung an der University of California at Irvine (UCI) sowie das „CHADD¹⁵ Educators’ Inservice“ Trainingsprogramm (Barbaresi & Olsen, 1995) der Abteilung für kommunale Pädiatrie und Jugendmedizin der Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. Es mag bezeichnend sein, dass nur diese drei Trainings neben der Programmdurchführung auch die Programmeffekte auf die direkte (Lehrer) oder indirekte (Schüler) Zielgruppe evaluiert haben. Sonderpädagogische und schulpsychologische Forschungseinrichtungen wurden zunächst erst nach dem Memorandum des U.S Department of Education (1991) tätig, das durch öffentlichen Druck entstand und seinerseits öffentlichen Druck erzeugte und zur Bewilligung von Forschungsmitteln führte. Bei den geförderten Projekten - zwei Fernstudienlehrgänge (Distance Education) (Zentall & Javorsky, 1997; McLaughlin, Bender & Wood, 1997) und zwei Schulberatungsmodelle zur Unterstützung von Schulpersonal, das mit Grundschulern (Worthington, Wortham, Smith & Patterson, 1997) bzw. Jugendlichen mit einer AD/HS arbeitet (Shapiro, DuPaul, Bradley & Bailey, 1996; Bradley-Klug, Shapiro & DuPaul, 1997) – stand denn auch die Informierung einer möglichst großen Anzahl vor allem an Lehrern über das Störungsbild, die Pharmakotherapie und effiziente Interventionen in Schule und Familie im Vordergrund. Bei diesen Trainings wurde lediglich die Programmdurchführung evaluiert: der Zuwachs an Kenntnissen über AD/HS und die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Training. In letzter Zeit entwickelte Trainings sind ge-

¹⁵ CHADD steht für „Children and Adults with Attention-Deficit Disorder“ und ist eine nationale Selbsthilfe-Organisation in den USA.

kennzeichnet durch das Bemühen, moderne Technologien in den Dienst der Lehreraus- und -fortbildung zu stellen (Mioduser et al., 1998; Smith, Jordan, Corbett & Dillon, 1999). Es liegen jedoch noch keine Evaluationsstudien vor.

Bloomquist et al. (1991) wollten das negative Urteil von Abikoff (1985) in Bezug auf die kognitiv-behavioralen Trainings darauf zurückführen, dass in den bisherigen Studien a) nur das Kind Zielperson für das Training war und Eltern und Lehrer nur am Rande eine Rolle spielten, und b) nur ein oder zwei Fertigkeiten trainiert und in nur einem Problembereich angewandt wurden. Ihr kognitiv-behaviorales Training bestand denn auch aus einer Kind-, einer Lehrer- und einer Eltern-Komponente (Multikomponententraining), und die Kinder lernten, ihre neu erworbenen Problemlösekompetenzen in mehreren Problembereichen anzuwenden. Die Intervention erstreckte sich über 10 Wochen. An dem Multikomponententraining nahmen 11 Kinder und ihre Eltern und Lehrer teil. Daneben gab es eine weitere Gruppe von 12 Kindern, wo nur mit den Lehrern gearbeitet wurde (auf dieselbe Weise und im selben Umfang wie bei der Multikomponentengruppe), und eine Wartekontrollgruppe mit 13 Kindern. Die Ergebnisse waren insbesondere angesichts der breiten Anlage der Untersuchung und der aufwendigen Vorbereitung und Durchführung ernüchternd: Es ergaben sich zwischen den Gruppen weder von Pre nach Post, noch von Pre nach Follow-up (6 Wochen nach Beendigung der Intervention) signifikante Unterschiede mit einer Ausnahme: Die Beobachtungen in der Klasse durch trainierte Studierende (Undergraduates) ergaben in der Kategorie „off-task/disruptive“ eine signifikante Abnahme bei der Multikomponentengruppe von Pre nach Post ($p < .04$), die aber nicht nachhaltig war. Mögliche Begründung für die fehlende Nachhaltigkeit: Die Lehrer hatten die Veränderung nicht wahrgenommen (keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Lehrer-Ratings - z. B. Conners conduct problems, Conners impulsivity - von Pre nach Post) und damit auch nicht verstärkt. Die Autoren gestehen ein, dass sich die Ergebnisse ihrer Studie in die der anderen Studien einreihen, die die Ansicht, bei den kognitiv-behavioralen Verfahren würde es sich um „viable interventions“ für Kinder mit einer AD/HS handeln, nur wenig stützen. „There are less time-consuming and labor-intensiv behavioral interventions which could achieve similar results.“ (S. 603) Der Selbstkritik der Autoren ist hinzuzufügen, dass vom zeitlichen Umfang her auch bei ihnen das Kind mit 2 einstündigen Sitzungen/Woche über einen Zeitraum von 10 Wochen im Zentrum stand. Für die Lehrer gab es eine 2-stündige Informationsveranstaltung und 6 Beratungen à 45-60 Minuten (in der Gruppe? individuell?) ebenfalls über einen Zeitraum von 10 Wochen.

Barbaresi & Olsen (1998) führten das „CHADD Educators’ Inservice“ Trainingsprogramm zu zweit an einem Vormittag mit dem gesamten Kollegium (N = 44; Durchschnittsalter: 42 Jahre; durchschnittliche Unterrichtserfahrung: 15 Jahre) einer Schule (750 Schüler von der Vorschule bis zur 6. Klasse) durch. Sie benötigten dafür 2.5 Stunden und für die anschließende Frage- und Antwort-Runde noch einmal 30 Minuten. Das CHADD Training vermittelt grundlegende Informationen über die Störung und bietet Raum für eine Diskussion des Verhaltensmanagements in der Schule, das an einem Fallbeispiel mit Teilnehmer-Beteiligung veranschaulicht wird. Danach wird die Stimulanzientherapie mit Wirkungen, Nebenwirkungen und Überwachung dargestellt. Eine Evaluation der Trainingsdurchführung und der Trainingseffekte auf die Lehrer erfolgte über eine Datenerhebung per Fragebogen unmittelbar vor dem Training (Pre) und 1 Monat danach (Post). Die Teilnehmer konnten ihr Wissen von durchschnittlich 77.7% auf 85.2% richtige Antworten signifikant verbessern ($p < .001$); insbesondere konnte das u. U. folgenschwere Missverständnis, dass die AD/HS durch eine falsche Erziehung verursacht wird, beseitigt werden. Von besonderer Bedeutung ist, dass die Belastung der Lehrer hinsichtlich ihres schwierigsten Schülers signifikant abnahm ($p < .001$). Allerdings korrelierte der Index of Teaching Stress nicht mit dem AD/HS-Wissen bzw. mit den entsprechenden Änderungsmaßen, wohl aber mit dem Schweregrad der AD/HS-Symptome bei Schülern (nicht aber bei Schülerinnen), gemessen mit der Child Attention Problems Rating Scale (CAP), einem Derivat der Child Behavior Rating Scale. Eine Evaluation der Trainingseffekte auf die Schüler erfolgte nicht.

Bei dem Irvine Paraprofessional Program (Kotkin, 1998) handelt es sich um ein Organisationsmodell, das der individuellen Förderung von Kindern mit einer *leichten bis schweren* AD/HS in den allgemeinen Grundschulen dient¹⁶. Um jedes Ziel-Kind wird ein Team gebildet, das aus dem Klassenlehrer, einer pädagogischen Hilfskraft und dem Schulpsychologen besteht. In einem ersten Schritt berät der Schulpsychologe den Klassenlehrer abhängig von dessen Erfahrungen und Wünschen hinsichtlich wirksamer Strategien im Unterricht (Erarbeitung und konsequente Durchsetzung von Klassenregeln, Erteilen wirkungsvoller Aufforderungen, Menge und Art der Arbeitsaufträge, organisatorische Hilfen und Strategien, Verhaltensmanagementtechniken wie kontingente soziale Verstärkung durch Lob und

¹⁶ Es handelt sich um eine Modifizierung des Multikomponenten-Behandlungsmodells für Kinder mit einer *extremen* AD/HS (Swanson et al., 1990), das in der Child Development Center Day Treatment and School durchgeführt wird und über intensivere Interventionen hinaus 2 zusätzliche Komponenten enthält: Assessment der pharmakologischen Intervention und Evaluation auf das Lernen und das Verhalten im Doppelblindverfahren sowie die Ausdehnung des Verhaltensmodifikationsprogramms auf die Familie durch Einbeziehung der Eltern.

Löschung durch Ignorierung usw.). Führen diese Maßnahmen nicht zu dem erwünschten Erfolg bzw. will oder kann der Klassenlehrer die Intervention – in der geforderten Intensität - nicht selber durchführen, wird dem Kind eine pädagogische Hilfskraft für täglich 3 Stunden über einen Zeitraum von 12 Wochen zugeordnet. Deren Aufgabe ist die Durchführung eines Verhaltensmanagements im Unterricht und eines Sozialtrainings in kleinen Gruppen¹⁷ zweimal wöchentlich. Das Verhaltensmanagement durch die pädagogische Hilfskraft wird mit der Zeit ausgedünnt bis zu einem Grad, wo der Klassenlehrer es selber übernehmen will oder kann. Zu Beginn der Implementationsphase erhalten die Schulpsychologen und pädagogischen Hilfskräfte ein Training, nicht aber die Lehrer. Angesichts des Umstandes, dass es sich bei den pädagogischen Hilfskräften zumeist um Studierende handelt, ist das Irvine Paraprofessional Program quasi ein Projekt-Modul im Rahmen der Lehrerausbildung. Das Training der Schulpsychologen umfasst 16 Stunden, das der pädagogischen Hilfskräfte 30 Stunden, 200 supervidierte Stunden in der Schule und wöchentlich 2-stündige Supervisionstreffen. Während der 12-wöchigen Interventionsphase trifft sich der Schulpsychologe in den geraden Kalenderwochen zur Beratung mit den Klassenlehrern und in den ungeraden mit den pädagogischen Hilfskräften, um den Verlauf zu besprechen und die Lehrerberatung vorzubereiten. In einer Pilotstudie wurde mit den im Schuljahr 1990/91 behandelten Kindern mit einer schweren AD/HS eine Evaluation der Programmeffekte auf die Schüler vorgenommen. 3 Gruppen wurden gebildet: (a) Kinder, mit denen dem Konzept entsprechend ein Verhaltensmanagement im Unterricht durchgeführt wurde und die 2-mal wöchentlich an einem sozialen Gruppentraining in einer Kleingruppe teilnahmen, (b) Kinder, die nur an dem 2-mal wöchentlichen sozialen Gruppentraining teilnahmen und (c) Kinder, die weder der einen noch der anderen Gruppe zugeteilt wurden. Alle Kinder der Gruppe (a) verbesserten sich im Laufe des Schuljahres hinsichtlich der AD/HS-Symptome, aber weniger als die Hälfte der Gruppen (b) oder (c). Das Störverhalten verringerte sich bei Gruppe (a) um mehr als 50%, bei Gruppe (b) um weniger als 20%, und bei Gruppe (c) nahm es um mehr als 15% zu. Alle Kinder, die im Schuljahr 1991/92 im Programm waren, waren auch im darauf folgenden Schuljahr, also ohne Intervention von außen, noch in ihrer Klasse.

¹⁷ Module sind (a) sportliches Verhalten (im Spiel bleiben, Material teilen, sich abwechseln, Konsequenzen akzeptieren, Mitspieler anfeuern, kooperieren), (b) Provokationen ignorieren (mit der Aufgabe weiter machen trotz Störung durch andere), (c) Unterschiede sehen zwischen unterwürfigen, aggressiven und selbstbehauptenden Reaktionen und die jeweilige Reaktion mit möglichen Konsequenzen in Verbindung bringen können und (d) Frustrationen akzeptieren/ertragen.

Das „Project Facilitate“ (Worthington, Wortham, Smith & Patterson, 1997) wurde über einen Zeitraum von 5 Jahren vom U.S. Department of Education gefördert und hat zum Ziel, die Förderbedarfe von Kindern mit einer AD/HS über Fortbildung vor allem von Lehrern und Eltern zu decken. Es wurde von zwei Professorinnen an der University of Alabama at Birmingham, Lou Anne Worthington und Joycelyn Foy Wortham, zusammen mit zwei Doktoranden konzipiert und durchgeführt. Im ersten Jahr wurden Lehrer und Eltern nach ihren Fortbildungsbedarfen befragt. Auf der Grundlage dieser Daten wurden vorläufige Trainingsziele formuliert, und zu diesen Zielen wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Im zweiten Jahr wurden 5 Manuale erstellt, die einem Expertengremium zur Beurteilung vorgelegt wurden. Im dritten und vierten Jahr wurde das Programm in Alabama und im fünften Jahr in anderen Staaten der USA implementiert. Die Manuale wurden laufend aufgrund der Rückmeldungen der Teilnehmer, der Beurteilungen des Expertengremiums und neuer Forschungsergebnisse revidiert. Leitlinien des „Project Facilitate“ waren

- Focussierung auf die Schule
- Kollegiale Fortbildung
- Flexible Anwendung¹⁸
- Intensive und dauerhafte Orientierung¹⁹
- Training von Trainern (= Mediatoren)
- Operationalisierung der Trainingsziele

Die Manuale beinhalten:

1. Bedürfnisse von Kindern mit einer AD/HS
2. Gesetze hinsichtlich der Kinder mit einer AD/HS
3. Assessment in der Schule
4. Behandlungswissen
 - a) Pharmakotherapie
 - b) Interventionen in der Schule
 - c) Interventionen in der Familie

Ein zusätzliches Manual für das ADHD-Schulteam beinhaltet Informationen, die die Rollen und Verantwortlichkeiten des Teams betreffen und mögliche Vorgehensweisen zur Anpassung an die Bedarfe der jeweiligen Schule.

¹⁸ Sowohl die Adressaten der Manuale als auch die Sozialformen können variieren. So kann z. B. das „ADHD General Knowledge Base Manual“ von dem gesamten Kollegium und das „School-Based Assessment of Children with ADHD Manual“ nur von involvierten oder interessierten Lehrern bearbeitet werden, wobei die Inhalte sowohl im Selbststudium als auch in einer Kombination von Selbststudium und Diskussion in Klein- oder Großgruppen bearbeitet werden können.

¹⁹ Das Projektteam hat den Schulen empfohlen, den Teilnehmern für die Bearbeitung eines jeden Manuals 1 Monat Zeit zu geben.

Evaluert wurde der Wissenszuwachs der Teilnehmer, die die Pre- und Posttests für jedes der vier Manuale ausfüllten. Alle F-Werte für die 4 Mittelwerte waren sehr signifikant, d. h. die Teilnehmer an der Project Facilitate Fortbildung verbesserten ihr Wissen im Bereich AD/HS.

Das von der Arbeitsgruppe um Shapiro und DuPaul an der Lehigh University in Bethlehem, Pennsylvania, entwickelte Schulberatungsmodell (Shapiro, DuPaul, Bradley & Bailey, 1996; Bradley-Klug, Shapiro & DuPaul, 1997) besteht aus 3 Stufen, von denen hier die beiden ersten insofern von besonderem Interesse sind, weil als Einstieg (Stufe 1) ein (Lehrer-)Training gewählt wird, das je nach Bedarf und den besonderen Umständen durch eine Vor-Ort-Beratung konkretisiert und ergänzt wird (Stufe 2). Das Lehrertraining erstreckt sich über 2 aufeinander folgende ganze Tage und beinhaltet folgende Themen:

- (1) Assessment/Identifizierung von AD/HS in der Schule
- (2) Selbstmanagementstrategien für die Schüler
- (3) Verhaltensmanagement in der Schule für Lehrer
- (4) Verhaltensmanagement in der Familie für Eltern
- (5) Überwachung der medikamentösen Behandlung
- (6) Training der sozialen und Problemlösekompetenzen

Zum Lehrertraining werden je Schulbezirk bis zu 3 Vertreter entsandt. Zwischen 9/92 und 6/95 waren es zu 58% Regelschullehrer und zu 17% Eltern, des weiteren Sonderpädagogen (8%), Sozialarbeiter (5%) u. a. Eine Evaluation der Trainingsdurchführung erfolgte über einen Fragebogen zum Störungs- und Behandlungswissen. Die Teilnehmer verbesserten ihre Kenntnisse über die AD/HS von Pre nach Post statistisch signifikant ($p < .01$) von 75% auf 93% richtig beantwortete Fragen.

Für Stufe 2 stand jedem teilnehmenden Schulbezirk ein festgelegtes Zeitkontingent der Arbeitsgruppe von der Lehigh University zu. Der Bezirk konnte Leistungen aus einem „Menu“ auswählen. Die weitaus meisten Schulbezirke entschieden sich für eine Wiederholung des Lehrertrainings für Klassenlehrer in ihrem Bezirk (91% der Schulbezirke) und für eine Beratung bezüglich eines individuellen Schülers (75%). Die Evaluation der Programmdurchführung mit einem Consumer Satisfaction Survey ergab auf alle Fragen Werte nahe dem Höchstwert mit Ausnahme der Frage: „Measurable gains in social skills behavior of students?“, was darauf hindeutet, dass ein Training, mit dem die Lehrer sehr zufrieden sind, nicht zwangsläufig auch zu einem wirksamen Umgang mit Schülern mit einer AD/HS befähigt. Dem entspricht die hohe Nachfrage nach Beratung bezüglich eines individuellen Schülers aus dem „Menu“ sowie die große Nachfrage nach zusätzlichen Trainings (in 68%

der Schulbezirke zu Follow-up nach 3 Monaten). Eine Evaluation der Programmeffekte fand nicht statt, was die Autoren selber als Einschränkung anführen und für zukünftige Untersuchungen fordern: „Future evaluations of the model should involve obtaining more objective data regarding the efficacy of direct and indirect consultative services for young adolescents with AD/HD.“ (S. 186)

Sidney S. Zentall, Professor für Sonderpädagogik und Psychologische Wissenschaften an der Purdue University in West Lafayette, Indiana, führte zusammen mit 3 Doktoranden einen Fernstudienlehrgang mit dem Titel: „Understanding and Accomodating AD/HD“ durch (Zentall & Javorsky, 1997). Der Lehrgang bestand aus 6 Modulen:

- (1) Veränderungen des Erscheinungsbildes über die verschiedenen Lebensabschnitte
- (2) Theoretische Grundlagen, Verlauf und Prognose
- (3) Anpassungen der Unterrichtspraxis
- (4) Gestaltung eines Klassenraums; Aufstellung eines individuellen Förderplans und Verhaltensmanagements
- (5) und (6) Verhaltensanalysen, Festlegung von Verhaltenszielen, Aufstellung eines Interventionsplans

Die 6 Module wurden im wöchentlichen Abstand von 16:30 Uhr bis 18:30 Uhr an 9 Sites via Indiana Higher Education Telecommunication System übertragen. An den Sites gab es jeweils einen Koordinator, der die Aktivitäten und Diskussionen der durchschnittlich 6 Teilnehmer anleitete und für den Informationsfluss zwischen der Universität und dem Site sorgte. Vortrag des Leiters, Video oder Demonstration der Lehrgangsinhalte dauerten 45 bis 60 Minuten; die verbleibende Zeit wurde mit Frage-und-Antwort-Runden, Diskussionen, Aktivitäten oder logistischen Fragen verbracht. Zu dem Lehrgang gehörte ein „Paket“ im Umfang von 200 Seiten mit Manual, Lektüre, Hausaufgaben, Evaluationsbögen u. a. Für die Evaluation wurde die Zufriedenheit der Teilnehmer erfragt, und alle Teilnehmer mussten für ein Kind eine Verhaltensanalyse durchführen. Alle 54 Teilnehmer führten die Verhaltensanalyse erfolgreich durch, und die Zufriedenheit mit dem Training insgesamt („Overall, I was satisfied“) betrug auf der von 1 (strongly disagree) bis 5 (strongly agree) reichenden Likert-Skala $M = 4.0$ (agree). Die niedrigste Bewertung mit $M = 3.6$ erhielt das Item „the course materials had direct application to my work“, was sich in etwa mit dem Ergebnis der Arbeitsgruppe an der Lehigh University deckt, die ebenfalls den niedrigsten Wert bei dem Item „measurable gains in social skills behavior of students“ erhielten.

Eine Arbeitsgruppe der Abteilung für Sonderpädagogik an der Universität von Georgia (McLaughlin et al., 1997) ging noch einen erheblichen Schritt weiter und entsprach dem In-

formationsbedürfnis mit dem landesweit zugänglichen Attention Deficit Disorders Telecourse Network (ADDNET). Aufzeichnungen aus einem Fernsehstudio wurden via Satellit an 101 Downlink Sites in den USA und Kanada übertragen (1992/93). Fachleute auf ihrem Gebiet wurden als Sprecher gewonnen. Zu ihren Beiträgen wurden – wenn möglich – videogeneratede Grafiken erstellt oder in Klassen aufgezeichnete Videofilme gezeigt. Eine gebührenfreie 800er Telefonnummer ermöglichte eine direkte Frage-und-Antwort-Interaktion zwischen den Teilnehmern und den Sprechern. Auch wurden Diskussionen der Teilnehmer untereinander an den Downlink Sites im Anschluss an die Übertragung oder besondere Aktivitäten²⁰ angeregt. Das Begleitmaterial enthielt das Programm, eine Literaturliste, Aktivitäten zur Anwendung in der Klasse und einen Lernzieltest zum Abschluss. Eine indirekte Evaluation der Programmdurchführung ist die Anzahl der Downlink Sites (1992/93: 101, 1993/94: 275, 1994/95: > 600) sowie die Zahl der Einrichtungen, die die Rechte zum Downlinken von ADDNET jedes Jahr kaufen. Über 50% der Einrichtungen, die die Rechte 1992/93 erwarben, erwarben sie auch 1993/94, und diese Zahl hat in späteren Jahren zugenommen. Die Qualität der Information wurde von den Teilnehmern 1992/93 mit durchschnittlich 3.26 auf einer 5-Punkt-Likert-Skala von 1 (poor) bis 5 (excellent) beurteilt, 1993/94 mit 4.35 und 1994/95 mit 4.18. Die Programmeffekte wurden nicht evaluiert.

Das interaktive Computerprogramm von Mioduser et al. (1998) befindet sich noch im Entwicklungsstadium. In der Veröffentlichung geht es zunächst erst um die Identifizierung der unterschiedlichen Wahrnehmungen von Verhaltensstörungen durch die Zielgruppen (Studierende der Pädagogik und erfahrende Lehrer), um diese im Trainingskonzept berücksichtigen zu können.

Die Teilnehmer des Online-Kurses (Smith et al., 1999) eignen sich über den Internet-Zugang ihres Computers Informationen und Fertigkeiten an, die ihnen helfen, am Beispiel AD/HS „learn how to learn“. Die Inhalte werden mit der Software des WebCT <http://www.webct.com/> bearbeitet, so dass die Teilnehmer die Möglichkeit haben, sich einen Überblick über das Curriculum zu verschaffen, Videoaufzeichnungen von Unterrichtseinheiten zu sehen, mit den Anleitern über e-mail zu kommunizieren, untereinander zu chatten, Computer-Links zu empfohlenen Artikeln aus Fachzeitschriften herzustellen, ihr Wissen über Quiz-Fragen und Tests zu überprüfen, Hypothesen zu einem Fall aufzustellen

²⁰ Z. B. „Conduct an informal survey on the use of Ritalin in schools. Do your teachers feel that this medication is over-prescribed? Can your teachers identify students who should be using some medication and are not? Supplement your discussion with several articles from the national or local press which address this issue.“

und zu diskutieren, eine Mutter zu ihren Erfahrungen mit der Pharmakotherapie zu befragen u. a. m. Der Kurs wurde bislang nicht evaluiert.

Zusammenfassung: Die Literaturrecherche ergab eine Fundmenge von insgesamt 9 Lehrertrainings. Eins davon, ein interaktives Computerprogramm, befindet sich noch im Entwicklungsstadium (Mioduser et al., 1998), ein anderes ist abgeschlossen, aber noch nicht evaluiert (Smith et al., 1999). Bei 3 Beiträgen steht das Lehrertraining im Kontext der Entwicklung von Organisationsmodellen (Shapiro et al., 1996; Worthington et al., 1997; Kotkin, 1998), wobei es sich in dem Programm von Kotkin (1998) um eine Lehrerausbildung und nicht um eine Lehrerfortbildung handelt. Bei 3 Trainings handelt es sich um Fernstudienlehrgänge (McLaughlin et al., 1997; Zentall & Javorsky, 1997, Smith et al., 1999). Teilnehmer an dem Multikomponententraining (Bloomquist et al., 1991) waren neben den sehr sorgfältig diagnostizierten Kindern deren Eltern und Lehrer. An einem Training nahm das gesamte Kollegium einer Schule teil (Barbaresi & Olsen, 1995), an einem anderen maximal 3 Repräsentanten aus 57 Schulbezirken (Shapiro et al., 1997). Herausragend ist in der Hinsicht das ADDNET (McLaughlin et al., 1997), bei dem nur geschätzt werden kann, wie viele tausend Personen an den zuletzt über 600 Downlink Sites teilgenommen haben. Der zeitliche Umfang der Trainings (ohne das sehr zeitaufwendige Modul Lehrerausbildung bei Kotkin, 1998) reichte von 3 Stunden (Barbaresi & Olsen, 1995) bis zu 2 ganztägigen Veranstaltungen (Shapiro et al., 1996). Bei dem „Project Facilitate“ (Worthington et al., 1997), dem interaktiven Computerprogramm (Mioduser et al., 1998) und dem Online-Lehrgang (Smith et al., 1999) bestimmen die Teilnehmer das Lerntempo und den zeitlichen Umfang selber. Evaluiert wurden bei der Programmdurchführung der Zuwachs an Störungs- und Behandlungswissen (Barbaresi & Olsen, 1991; Shapiro et al., 1996; Worthington et al., 1997) und die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Training (Shapiro et al., 1996; Zentall & Javorsky, 1997) bzw. die Bewertung der Qualität des Materials (McLaughlin et al., 1997). In nur 3 Fällen wurden die Programmeffekte evaluiert - in einem Fall auf die Lehrer (-Belastung) (Barbaresi & Olsen, 1991), in zwei Fällen auf die Schüler (sehr ausführlich bei Bloomquist et al., 1991; AD/HS-Symptome und Störverhalten bei Kotkin, 1998). Es sind dies bezeichnenderweise die Studien, die aus Kliniken heraus in Kooperation mit Schulen entstanden sind

1.7 Der entwicklungstherapeutische TEACCH-Ansatz

TEACCH steht für eine Einrichtung wie für ein Programm. TEACCH entstand im Rahmen eines Forschungsprojekts an der University of North Carolina. Seit 1970 werden Personen mit Autismus in Familien, Kindergärten, Schulen, Arbeits- und Tagesstätten in North Carolina durch die Einrichtung betreut. Gründer der Einrichtung, die mittlerweile 7 Zentren in North Carolina hat, ist Eric Schopler, wie sein Lehrer Bruno Bettelheim Emigrant aus Deutschland. Im Unterschied zu dem Psychoanalytiker Bettelheim ging Schopler von einer biologischen Ursache der autistischen Störung aus, sah also nicht die Eltern als Verursacher an, was im Empfinden der Eltern einer Schuldzuschreibung gleich kommt. Dadurch, dass sich die Schuldfrage nicht stellte, war es ihm möglich, die Rolle der Eltern und das Fachkräfte-Eltern-Verhältnis neu zu definieren. Leitideen von TEACCH sind:

- (a) Die Einordnung des Autismus als eine biologisch bedingte Störung.
- (b) Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachleuten
 - Eltern und Fachleute sind füreinander Lehrer
 - Eltern sind füreinander Lehrer (z. B. in Elterngruppen)
 - Eltern und Fachleute sind gemeinsam Anwälte der Personen mit Autismus (z. B. im Bereich der Politik und des Rechts)
- (c) Respektierung der Grundbedürfnisse von Personen mit Autismus:
 - Bedürfnis nach Strukturen.
Vorhandene Strukturen in Raum, Zeit und Handlungen werden hervorgehoben.
 1. Räumliche Begrenzungen helfen zu erkennen, wo etwas anfängt und endet. Sie unterstützen inhaltliche Zuordnungen und verringern visuelle und auditive Ablenkungen.
 2. Ein Stunden-/Tages-/Wochenplan visualisiert zeitliche Abläufe und die Reihenfolge von Handlungen.
 3. Ein Handlungsplan beantwortet die Fragen: Was ist zu tun? Wie viel ist zu tun? Wann ist es fertig?
 - Bedürfnis nach Routinen.
Routinen bieten Sicherheit. Es werden funktionale Routinen aufgebaut, z. B. Handlungsabläufe und solche Routinen wie erst... - dann ..., von links nach rechts, von oben nach unten und die Konkretisierung von „fertig“.

- Bedürfnis nach bildlich anschaulicher Gestaltung der Umwelt sowie nach einfacher und klarer Kommunikation, z. B. durch Farbkodierung oder Etikettierung. So kann „schmutzig“ visuell hervorgehoben werden durch zusätzliches Ausstreuen von Konfetti auf die zu säubernde Fläche.
- Bedürfnis nach sinnvoller Tätigkeit
- Bedürfnis nach Rückzug aus „sozialen Situationen“, in denen Personen mit Autismus schnell überfordert sein können.

Das Programm wird kontinuierlich wissenschaftlich begleitet und weiter entwickelt und das Wissen durch die Zeitschrift *Journal of Autism and Developmental Disorders* verbreitet (Herausgeber bis 1997: Schopler, seit 1998: Mesibov). Die Grundbedürfnisse entsprechen weitgehend den in Kapitel 1.4.4, S. 44-51, beschriebenen pädagogischen Interventionen bei Kindern mit einer AD/HS. Das ist angesichts der Tatsache, dass die für AD/HS charakteristischen Symptome häufig auch bei autistischen Störungen beobachtet werden, nicht erstaunlich. Der TEACCH-Ansatz könnte sich insofern als konzeptionelle Ressource erweisen, als er bereits mit Personen mit ausgeprägteren Behinderungen gut elaboriert ist und sich als effizient erwiesen hat (Probst, 2001).

1.8 Zielsetzungen und Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung

Grundlage jeglicher Behandlung soll laut Taylor et al. (1998) das Gespräch über das Störungsbild sein. Lehrer haben nach Lauth & Knoop (1998) ein unangemessenes Störungsbild. „Fast alle Befragten (96.1 bzw. 93.5%) sehen Reizüberflutung und psychosoziale Faktoren (Erziehung, Familie, Milieu) als Hauptursache.“ (S. 26). Sie suchen in erster Linie eine enge Zusammenarbeit mit den Eltern (96.1%) mit dem Ziel, außerschulische Interventionen (Verhaltenstherapie, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Hilfen, Diät) zu empfehlen, deren Effektivität sie selber aber als vergleichsweise gering einschätzen. In der Tat wirken sich psychologische und andere Behandlungen des Kindes in außerschulischen Einrichtungen in der Schule nur begrenzt aus (Saile, 1996), da es für Kinder mit einer AD/HS schwierig ist, neu erworbene Fertigkeiten von der Übungssituation auf die Ernstsituation zu transferieren (Rhode, Morgan & Young, 1983; Abikoff, 1985). "ADHD is more a problem of doing what one knows rather than of knowing what to do." (Barkley, 1997, S. 335). Bei 87% der befragten Lehrer stand die Hilfe, die die von Lauth & Knoop (1998) befragten Lehrer in der Zusammenarbeit mit Kollegen suchten, erst an zweiter Stelle. Die vorliegende Untersuchung setzt aber genau hier an.

Im Mittelpunkt steht die Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings zur AD/HS für in Grundschulen tätige Beratungslehrer. Beratungslehrer sind Mediatoren, die ihre zusätzlich erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen im Rahmen ihrer wöchentlichen Pflichtstundenzahl auf Anfrage in den Dienst von Lehrern, Schülern und Eltern stellen. Es besteht insofern eine „Beratungstetrade“.

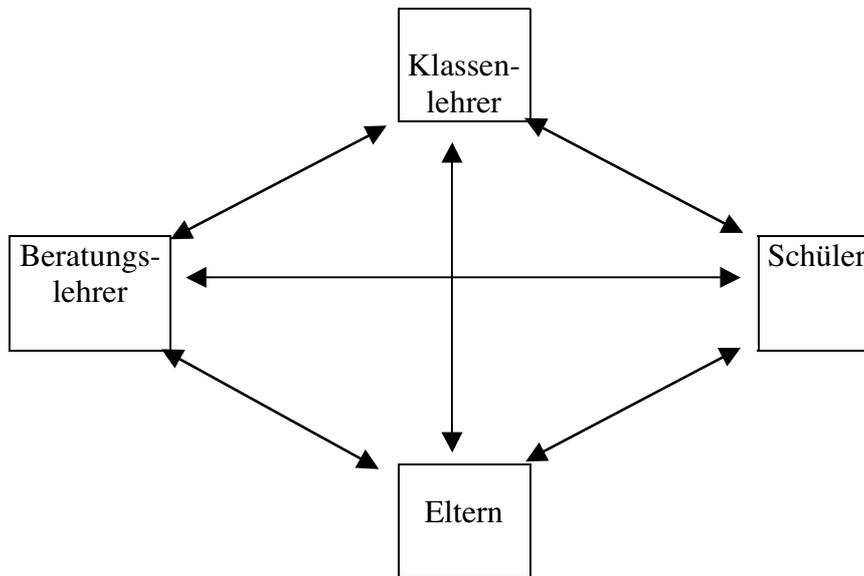


Abbildung 1:
Beratungstetrade

Es ist also sinnvoll, auf diesen, in der Schule bereits vorhandenen Beratungs- und Behandlungskompetenzen aufzubauen. Sassenscheidt (1992) konnte in einer umfangreichen Evaluationsstudie die Wirksamkeit der durch Beratungslehrer an Hamburger Schulen durchgeführten Einzelfallberatungen belegen. Allerdings arbeiteten die Beratungslehrer „mehr mit Schülern und deren Familien, weniger mit dem ratsuchenden Lehrer.“ (S. 153) Der hier vorgestellte Ansatz verlangt von ihnen aber gerade, auf Veränderungen im schulischen Bereich hin zu wirken und damit ein Eindringen in eine „Tabuzone“.

Das Curriculum des Gruppentrainings umfasst den Lernbereich *Kompetenzerwerb für den alltäglichen Umgang mit AD/HS-Kindern in der Schule*, wenngleich im Training grundsätzliche Kompetenzen vermittelt werden, die gleichermaßen auch auf den familiären Bereich übertragbar sind.

Die globalen Lehrziele sind

- Aneignung von Störungs- und Behandlungswissen
- Erwerb von Handlungskompetenzen und deren Anwendung
- Aneignung einer Beratungsstrategie

Im Training werden solche Interventionen vermittelt, deren Wirkung in der Schule belegt sind. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um das Kontingenzmanagement und den funktionsanalytischen Ansatz (Kap. 1.4.2, S. 35) sowie um den entwicklungstherapeutisch orientierten TEACCH-Ansatz (Kap. 1.7, S. 65), in den sich die pädagogischen Interventionen (Kap. 1.4.4, S. 44) integrieren lassen.

Hypothesen auf der Ebene der *Trainingsdurchführung*:

Die Trainingsteilnehmer ...

1. ... erreichen ihre für das Training selbst gesetzten Ziele
2. ... sind mit dem Training überwiegend zufrieden
3. ... verbessern ihr Störungs- und Behandlungswissen
4. ... entwickeln ein größeres Verständnis für Kinder mit einer AD/HS und ihre Bedürfnisse im Unterricht bzw. in der Schule
5. ... verbessern ihre auf den Unterricht bezogene Handlungskompetenz
6. ... verbessern ihre fallbezogene Beratungskompetenz

Hypothesen auf der Ebene der *Trainingseffekte*:

Bei den Schülern ...

7. ... nehmen die AD/HS- und OPP-Symptome ab ...
8. ... nehmen die schulischen Probleme ab ...
9. ... verbessern sich die Schulleistungen...
10. ... verbessert sich das Arbeits- und Sozialverhalten ...
11. ... verbessert sich das Befinden ...

...in der Einschätzung der Klassenlehrer.

12. ... ist die schulische Intervention ohne Einfluss auf die AD/HS- und OPP-Symptome
13. ... ist die schulische Intervention ohne Einfluss auf die familiären Probleme ...
14. ... nehmen die Probleme bei den Hausaufgaben ab ...

... in der Einschätzung der Eltern.

2. Methode

2.1 Stichprobe

2.1.1 Beschreibung der Teilnehmer am Lehrer-Gruppentraining

Die Ankündigung der Trainings erfolgte durch die Referentin für die Beratungslehraus- und -fortbildung in der Dienststelle Schülerhilfe der Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung der Freien und Hansestadt Hamburg 10 Monate vor der Veranstaltung zusammen mit weiteren Fortbildungsangeboten. Es gingen 28 Anmeldungen ein, die in der Reihenfolge ihrer Anmeldungen berücksichtigt wurden. Aus räumlichen Gründen musste die Teilnehmerzahl auf 18 begrenzt werden. Mit Schreiben vom 21.2.00 (Anhang 01) wurden die Teilnehmer um Beantwortung von Fragen zur Person (Anhang 02), zu Vorkenntnissen zum Störungsbild (Anhang 03), zur Quelle ihrer Vorkenntnisse (Anhang 04), zu Vorerfahrungen mit außerschulischen Interventionen (Anhang 05) und um eine Selbsteinschätzung ihrer aktuellen AD/HS-Beratungskompetenz und ihre Erwartungen an das Training (Anhang 06) gebeten.

Tabelle 1:

Persönliche Daten der Trainingsteilnehmer

	M	s
Berufsjahre als Lehrer ¹⁾	20.1	8.25
Berufsjahre als Beratungslehrer ¹⁾	3.4 ⁴⁾	5.36 ⁴⁾
Anzahl Schüler in der eigenen Klasse (VSK,1-4) ²⁾	21.8	3.71
davon Schüler mit V. a. AD/HS	2.5 11.5%	2.21
Anzahl Beratungsfälle aktuell ³⁾	12.5	4.8
davon mit V. a. AD/HS ³⁾	4.8 38.4%	3.61

¹⁾ N = 17; ²⁾ N = 12; die anderen Teilnehmerinnen sind nicht in einer regulären Grundschulklasse tätig.

³⁾ N = 11; ⁴⁾ linksschiefe Verteilung; allein 14 Teilnehmer sind aus dem laufenden (n=4), dem letzten (n=9) oder vorletzten Kurs (n=1).

Wie Tabelle 1 zeigt, waren die Teilnehmer mit durchschnittlich ca. 20 Jahren Berufstätigkeit sehr erfahrene Lehrer. Die meisten waren aber erst Absolventen des letzten oder vorletzten Beratungslehrekurses; das Fortbildungsangebot wurde also überwiegend als Auf-

baukurs mehr oder weniger im Anschluss an die Beratungslehrer-Grundausbildung wahrgenommen. Der von ihnen - noch ohne Kenntnis der Diagnosekriterien - geschätzte Anteil an Schülern mit einer AD/HS in der eigenen Klasse entspricht mit 11.5% ziemlich genau den von Lauth & Knoop (1998) ermittelten Zahlen (11.2%). Der geschätzte Anteil an Schülern mit einer AD/HS in der Beratungsklientel ist deutlich höher als in kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen (siehe Kap. 1.2.2: Prävalenz, S. 18).

Von 15 Teilnehmern lagen die Fragebögen zu Vorkenntnissen und Vorerfahrungen vor. Bei den Antworten auf die Frage, woher ihre bisherigen Kenntnisse über AD/HS stammen, nimmt es angesichts von durchschnittlich 20 Berufsjahren nicht Wunder, dass Universität und Studienseminar nur zweimal genannt wurden. Schulpsychologen und Fachliteratur wurden acht Mal als Informationsquelle genannt. Als häufigste Informationsquelle (10 Nennungen) wurden jedoch die Eltern eines Kindes mit einer AD/HS genannt. Fast jeder zweite hatte bereits an einer entsprechenden Veranstaltung des Instituts für Lehrerfortbildung teilgenommen, die jedoch durchschnittlich nur als „etwas“ bis „mittel“ hilfreich beurteilt wurde.

Tabelle 2:

Erfahrungen der Trainingsteilnehmer mit außerschulischen Interventionen

Intervention	Anzahl Nennungen	Wie hilfreich?*
Medikamentöse Behandlung	11	2.2
Elternberatung	9	1.6
Ergotherapie	7	1.3
Psychomotorische Übungsbehandlung	6	1.5
analytische und non-direktive Spieltherapie, Verhaltenstherapie, Edukinesiologie, Entspannung, Diät, Elterntaining, Familientherapie, andere	0-4	1.0

* 0: gar nicht, 1: etwas, 2:mittel, 3: sehr

Die meisten und zugleich positivsten Erfahrungen hatten die Teilnehmer mit der medikamentösen Behandlung gemacht. Die meisten Nennungen entfielen auf die Kategorie „sehr hilfreich“. Die Einschätzungen aller anderen, mehr als fünf Mal genannten außerschulischen Interventionen sind zwischen „etwas“ und „mittel“ hilfreich angesiedelt.

2.1.2 Beschreibung der Schüler der Standard- und Intensivberatungsgruppe

Sechs der 18 teilnehmenden Beratungslehrer hatten sich entschieden, das Angebot der an die Fortbildung anschließenden Praxisbegleitung durch die Projektleiterin anzunehmen. Ihnen gelang es, Klassenlehrer und Eltern von zusammen 21 Kindern für das Projekt zu gewinnen. Von diesen erfüllten 11 Kinder (alles Jungen) die Auswahlkriterien:

- vollständiger Daten-Rücklauf und Einverständnis von Eltern und Lehrern zur Verwendung der anonymisierten bzw. pseudonymisierten Daten zu Forschungszwecken
- Zahl der AD/HS-Symptome sensu DSM-IV ≥ 6 auf einer der beiden Skalen Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität/Impulsivität seit mehr als 6 Monaten lt. Lehrer-Rating
- IQ ≥ 80 sensu CFT 1, Skalen 3-5, bzw. CFT 20
- Schulpsychologe, Sonderpädagoge u. a. schulische Helfer sind bisher nicht tätig geworden
- aktuell keine Behandlung der AD/HS-Symptome mit Medikamenten

Zu den Auswahlkriterien gehörte nicht die diagnostische Abklärung durch einen Arzt. Es handelte sich insofern nur um Kinder mit einer AD/HS-Symptomatik, bei denen offen ist, ob sie auch die Kriterien für die medizinische Diagnose AD/HS erfüllen.

Da jede der 6 Beratungslehrerinnen²¹ die Trainingsinhalte nur an einem Kind exemplarisch anwenden sollte, ergab sich ein „Überhang“ von 5 geeigneten Schülern, der unvorhergesehen die Bildung einer „Kontrollgruppe“ ermöglichte. Die Lehrer- und Elternberatungen dieser „Kontrollgruppe“ erfolgte im Rahmen des Stundenkontingents, das den 6 Beratungslehrerinnen vom Amt für Schule für ihre Beratungstätigkeit zugewiesen worden war. Obwohl die Beratungslehrerinnen natürlich auch bei diesen Beratungen ihre im Training erworbenen Kompetenzen einbrachten, sollen diese Beratungen „Standardberatungen“ und die Gruppe der Schüler als „Standardberatungs-Gruppe“ (abgekürzt: S-Gruppe) genannt werden. Für die „experimentelle“ bzw. „Intensivberatungs-Gruppe“ (abgekürzt: I-Gruppe) waren die Beratungslehrerinnen bereit, über dieses Kontingent hinaus (Frei-)Zeit zur Verfügung zu stellen. Wegen der Zuordnung der Schüler zu einer experimentellen und einer Kontrollgruppe müssen die Hypothesen auf der Ebene der Trainingseffekte derart differenziert werden, dass die Intensivberatungsgruppe der Standardberatungsgruppe überlegen ist.

²¹ An der Intervention nahmen nur noch Schüler und Lehrerinnen teil; deshalb wird im Folgenden bei Schülern die männliche und bei Lehrerinnen die weibliche Form gewählt.

Bei drei Beratungslehrerinnen gab es nur ein Kind, das die Kriterien erfüllte und das so automatisch der Intensivberatungsgruppe zugeordnet wurde. In einem der anderen drei Fälle hatte bereits eine schulinterne kollegiale Einigung stattgefunden. In den verbleibenden zwei Fällen wurde nach dem möglichen Beitrag entschieden, den die Einbeziehung des Kindes für das Lernen der Beratungslehrerinnen voraussichtlich leisten würde. Drei Beratungslehrerinnen (BL A, BL C, BL F) hatten demnach nur die Lehrerinnen und Eltern eines Kindes zu beraten (Kind I₁, I₄ und I₆ aus der I-Gruppe). Zwei Beratungslehrerinnen (BL D, BL E) hatten die Lehrerinnen und Eltern eines I- und eines S-Kindes zu beraten (Kind I₃ aus der I-Gruppe und Kind S₃ aus der S-Gruppe bzw. Kind I₅ aus der I-Gruppe und Kind S₂ aus der S-Gruppe). Eine Beratungslehrerin (BL B) hatte die Lehrerinnen und Eltern des I-Kindes (I₂) und von drei S-Kindern zu beraten (Kinder S₁, S₄, S₅) (siehe Abb. 2).

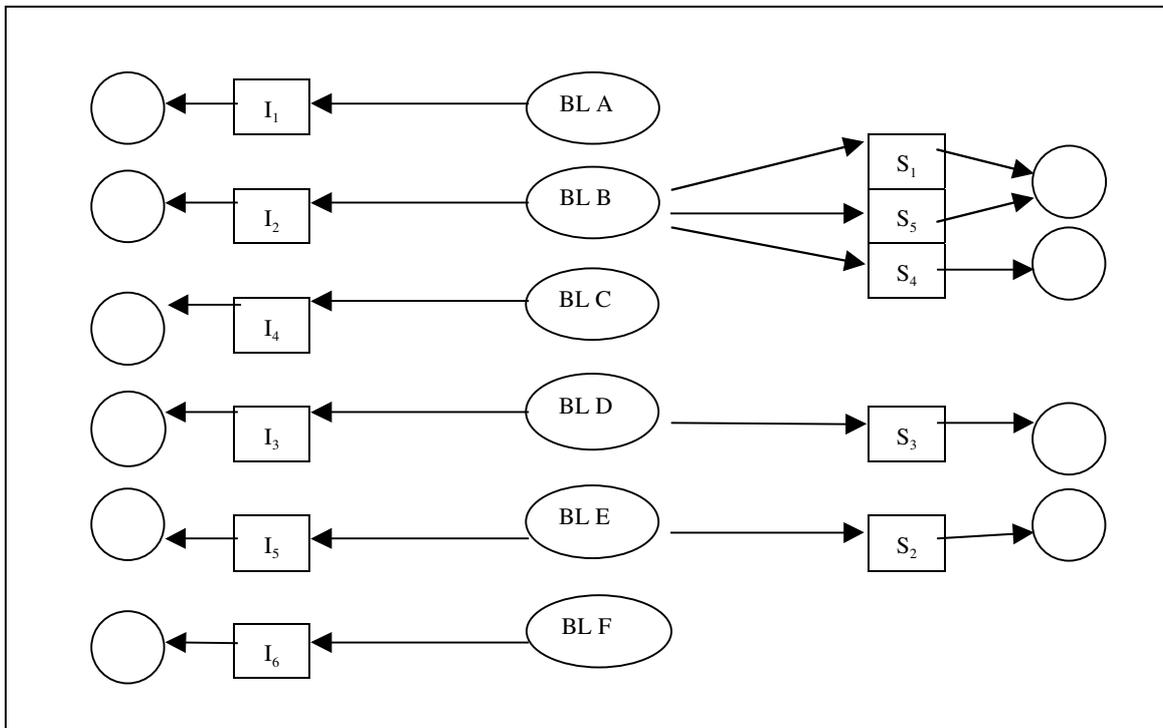


Abbildung 2:

Verteilung der 5 Kinder der Standardberatungsgruppe (S₁ bis S₅) und der 6 Kinder der Intensivberatungsgruppe (I₁ bis I₆) auf die 6 Beratungslehrerinnen (BL). Links und rechts außen im Kreis die Klassenlehrerinnen der Kinder.

Tabelle 3a:

Parameter der Standard- und Intensivberatungsgruppe (S- und I-Gruppe):
 Persönliche Daten und Kernsymptome

	S-Gruppe (N = 5)		I-Gruppe (N = 6)	
	M	s	M	s
Lebensalter in Monaten	106.0	15.1	101.3	15.2
Einschulungsalter in Monaten	80.0	4.4	78.2	6.0
Schulbesuchsjahre	1.9	0.9	1.8	1.2
Intelligenz sensu CFT 1,3-5, bzw. CFT 20 (T-Wert)	53.6	6.9	47.5	7.7
AD/HS lt. Lehrer (Likert-Skala: \sum RW)	36.0	3.5	37.8	8.8
AD/HS lt. Eltern (Likert-Skala: \sum RW)	26.2	15.1	26.4	11.4
TRF, Syndromskala VI: Aufmerksamkeitsprobleme (T-Wert)	63.2	4.9	66.2	9.1
CBCL 4-18, Syndromskala VI: Aufmerksamkeitsprobleme (T-Wert)	65.4	10.2	70.2	10.2

Tabelle 3b:

Parameter der Standard- und Intensivberatungsgruppe (S- und I-Gruppe):
 Komorbiditäten

	S-Gruppe (N = 5)		I-Gruppe (N = 6)	
	M	s	M	s
OPP lt. Lehrer (Likert-Skala: \sum RW)	8.0	4.3	8.7	5.4
OPP lt. Eltern (Likert-Skala: \sum RW)	8.6	6.0	10.4	9.0
TRF, Internalisierende Störung (T_{INT})	52.2	5.6	56.5	9.0
TRF, Externalisierende Störung (T_{EXT})	63.2	5.8	63.3	6.9
TRF, Gesamtwert (T_{gesamt})	62.4	3.6	62.8	4.5
CBCL 4-18, Internalisierende Störung (T_{INT})	53.6	11.7	60.5	16.3
CBCL 4-18, Externalisierende Störung (T_{EXT})	58.8	13.2	60.7	13.4
CBCL 4-18, Gesamtwert (T_{gesamt})	56.2	12.8	62.0	13.0

Die Überprüfung mit zweiseitigen t-Tests für unabhängige Stichproben ergab keine signifikanten Mittelwerts-Unterschiede, d. h. S- und I-Gruppe waren vergleichbar in Bezug auf Lebens- und Einschulungsalter, Schulbesuchsjahre, Intelligenz, AD/HS-Symptome sensu DSM-IV und Aufmerksamkeitsprobleme sensu TRF bzw. CBCL sowie Komorbiditäten. Die AD/HS-Rohwertsummen von 37.8 bzw. 36.0 auf der Likertskala lt. Lehrer-Rating entsprechen einem Prozentrang zwischen 80 und 90, wenn die von DuPaul, Anastopoulos, McGoey, Power, Reid & Ikeda (1997) ermittelten amerikanischen Normen heran gezogen werden (PR = 80 bei RW = 34.0 und PR = 90 bei RW = 44.2 bezogen auf Jungen im Alter von 8-10 Jahren. $M = 18.76 \pm 15.51$).

Wenn sich auch beim paarweisen Vergleich keine signifikanten Unterschiede ergaben, so ist doch festzustellen, dass die Kinder der I-Gruppe durchgehend den jeweils ungünstigeren Mittelwert aufwiesen. Diese Benachteiligung findet seine Entsprechung im School Situations Questionnaire SSQ-H, im Home Situations Questionnaire HSQ-H und in der Homework Problem Checklist HPC-D sowie in der Teacher's Report Form TRF, Frage VIII,1-4, wo die I-Gruppe ebenfalls den jeweils ungünstigeren Ausgangswert hatte. Hinzuzufügen ist noch, dass drei der fünf Kinder der S-Gruppe bereits die 3. Klasse besuchten, während das erst bei einem Kind der I-Gruppe der Fall war. Drei Kinder der I-Gruppe hatten ein zusätzliches Schuljahr absolviert durch

- Zurückstellung und Besuch der Vorschulklasse
- Rückversetzung bei vorzeitiger Einschulung
- Wiederholung einer Klasse,

wobei dies die drei Kinder aus Familien nicht-deutscher Herkunft waren. Demgegenüber fand sich in der S-Gruppe ein Kind, das bei der Einschulung bereits 7;1 Jahre alt war, also einen leichten „Startvorteil“ hatte. Darüber hinaus fanden sich die drei Einzelkinder in der I-Gruppe wie auch die vier Kinder, die einen anderen Namen trugen als Mutter oder Vater.

2.2 Beschreibung des Lehrer-Gruppentrainings

Das von der Autorin entwickelte AD/HS-Lehrer-Gruppentraining führt mit Methoden der Erwachsenenbildung in das Störungsbild und die Interventions- und Beratungsstrategien ein. Dafür wurde aus der Fülle der Literatur das herausgefiltert, was für Lehrer und Schulberater von Bedeutung ist – zunächst insbesondere im Hinblick auf die Grundschule, aber doch mit Blick auf Erweiterungsmöglichkeiten für Sekundarschulen. Das Training besteht aus einzelnen Bausteinen, die entsprechend den Fortbildungsbedarfen der jeweiligen Grup-

Inhalt	Didaktisch-methodischer Kommentar
<p>Erscheinungsbild</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Grundschulern • in Printmedien 	<p>Kontakte der Teilnehmer untereinander schaffen durch Kartenabfrage in Kleingruppen und an die Erfahrung der Teilnehmer ankoppeln: Begriffe, die einen den Teilnehmern bekannten Schüler mit einer AD/HS beschreiben, ggf. Rückgriff auf Kopien von anonymisierten Berichtszeugnissen, die bei Bedarf ausgehändigt werden</p> <p>Vorführung des Films „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“ (Hinweis auf die spätere Wiederholung des Films zur Beantwortung der Fragen nach Lösungen der problematischen Unterrichtssituationen)</p> <p>Positive Identifikationspersonen schaffen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Daniel Düsentrieb“ (Folie) • „Michel in der Suppenschüssel“ von Astrid Lindgren (Folie und zugehörige Geschichte erzählen, z. B. „Als Michel die kleine Ida an der Fahnenstange hochzog“) • für Eltern: Prof. Max Leuberg in „The Rain Maker“ von John Grisham (zusammenfassend erzählen)
<p>Klassifikation, Subtypen und Komorbiditäten mit den sich daraus ergebenden Fragen und Problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wozu Diagnose-Schlüssel • Abgrenzung zu dem früheren MCD-Begriff • Auswirkungen der Diagnose <p>Evolutionäre Sichtweise von Thom Hartmann (1993/1997): „Hunter in a farmer’s world“</p>	<p>Anhand der von der Trainerin an der Stellwand nach Kernsymptomen, Sekundärstörungen, Komorbiditäten und Vorzügen (während der Filmvorführung) geordneten Karten wird zunächst die Klassifikation nach DSM-IV vorgestellt, und danach werden häufige Komorbiditäten genannt (Folie mit den diagnostischen Kriterien, Koordinatenkreuz als Tafelbild mit den Achsen Hyperaktivität/Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung zur Erläuterung der Subtypen, Folien mit „Zappel-Philipp“ und „Hans Guck-in-die-Luft“ zur Illustration der Subtypen). Einführung der Klassifikation nach ICD-10 (Folie) und Gegenüberstellung von ICD-10 und DSM-IV (Folie).</p>

Inhalt	Didaktisch-methodischer Kommentar
<p>Prävalenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Subtypen • Jungen : Mädchen • Abhängigkeit von den Informanten (Eltern, Lehrer) <p>Differenzialdiagnosen</p>	<p>Vorbereitete Karten mit %-Angaben nach Baumgaertel et al. (1995) den Subtypen auf dem Tafelbild zuordnen und um Prävalenzen von Komorbiditäten (oppositionelles Verhalten, schlechte Schulleistungen) ergänzen.</p> <p>Zur Frage der Pervasivität auf Zahlen von Gomez et al. (1999) verweisen.</p> <p>Hand-out mit Differenzialdiagnosen im wesentlichen aus den „Practice Parameters“ der AACAP Official Action (1997).</p>
<p>Ätiologie mit der sich aus dem aktuellen Forschungsstand ergebenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung für den Umgang mit Eltern (Bezug zu TEACCH: Einordnung als biologisch bedingte Störung und Betonung der Fachkräfte-Eltern-Kooperation) • und den sich möglicherweise stellenden Herausforderungen, wenn Eltern selber betroffen sind <p>Verlauf und Prognose</p>	<p>Ätiologie-Fragebogen mit Selbstkorrektur (Anhang 14) ausfüllen lassen; auf weitere Information im Manual (in Vorbereitung) hinweisen</p> <p>Bezug: Artikel von Weiss, Hechtman & Weiss (2000). ADHD in parents.</p> <p>Mitteilungen von Erfahrungen mit der Entwicklung von ehemaligen Schülern (Plenum)</p> <p>Vortrag: Probleme der Forschung bei Langzeitstudien insbesondere im Kindes- und Jugendalter (z. B. Diagnose-Kriterien ohne Berücksichtigung des Alters); Ergebnisse von Langzeitstudien mit protektiven und Risikofaktoren; auf Tabellen zur Schullaufbahn und zum Substanzmissbrauch aus Barkley et al. (1990) im Manual (in Vorbereitung) verweisen, wie auch auf die von Barkley (1997) genannten Zahlen zum Zeitpunkt von Schwangerschaften (S. 305); die Rolle von externalen Verhaltensstörungen betonen mit der sich daraus ergebenden Konsequenz für die Interventionen</p>

Inhalt	Didaktisch-methodischer Kommentar
Barkley-Modell	<p>Vortrag mit Folien und Selbsterfahrungen (z.B. Untertest „Handbewegungen“ aus der K-ABC als Beispiel für das nonverbale Arbeitsgedächtnis)</p> <p>Arbeit in Kleingruppen zu den Fragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Beitrag zum Verständnis b) Konsequenzen für den Umgang in der Schule <p>Die Stichwörter werden auf Karten geschrieben und gruppenweise gebündelt an die Trainerin gegeben.</p>
<p>Außerschulische Interventionen</p> <p>Vergleich psychopharmakologischer und psychologischer Interventionen</p>	<p>Ergebnisse aus der brieflichen Befragung (Folie) durch Erfahrungen der Teilnehmer ergänzen lassen (Plenum); kurze Bewertung durch die Trainerin aufgrund von Evaluationsstudien (z. B. Fona-gy & Target, 1994, für die Psychoanalyse) und der Meta-Analyse von Saile (1996, Tab. 5) (ausführlichere Informationen im Manual).</p> <p>Ergebnis der Meta-Analysen (Swanson et al., 1993, Saile, 1996) vortragen und Fig. 1 und 2 aus Carlsen et al. (1992) (Folie) erläutern</p>
<p>1. Psychopharmakotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschichte • klinisches Vorgehen • Wirkungen • Nebenwirkungen mit besonder Berücksichtigung der Frage der Suchtgefährdung • Verschreibungsrate 	<p>Vortrag mit Folien zur Geschichte des Ritalin® und zu möglichen Wirkorten (nach Rothenberger, 1990), Tafelbild zum Wirkungsverlauf, Folien von Kopien zweier anonymisierter Zeugnisse eines Schülers vor und unter der Psychopharmakotherapie, zur Response als Funktion der Situation und der Dosis (Pelham & Hoza, 1987), zu den Nebenwirkungen als Funktion des Informanten und der Dosis (DuPaul et al., 1996), zu den Nebenwirkungen (Barkley et al., 1990), zum Entscheidungsbaum: multimodale Therapie von hyperkinetischen Störungen (Döpfner, 1998, S. 203. In: Petermann)</p>

Inhalt	Didaktisch-methodischer Kommentar
<p>2. Psychologische Interventionen Teil 1: kognitive Trainings</p>	<p>Begründung des „Booms“ der kognitiven Trainings mit der „Meilensteinstudie“ von Meichenbaum & Goodman (1971). Vorführung des Films „Aufmerksamkeit ist erlernbar“ des FWU. Fazit von Abikoff (1985). Begründung für die Einbeziehung des Trainings von Lauth & Schlottko (1995²) in das Lehrer-Gruppentraining (Lauth et al., 1996, Tab. 2).</p> <p>Einführung in das „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“ von Lauth & Schlottko (1995); Vorbereitung der Trainingseinheit „Reaktionsverzögerung“ mit Einführung der STOPP-Signalkarte. Durchführung der Trainingseinheit „Reaktionsverzögerung“ aus dem Therapiebaustein „Basistraining“. Durchführung der Trainingseinheit „Reaktionskontrolle bei Diktattexten“ aus dem Therapiebaustein „Wissensvermittlung“ in Partnerarbeit bzw. „Classwide Peer Tutoring“</p>
<p>Teil 2: Kontingenzmanagement</p>	<p>Einführung in die Lerngesetze mit anschließender Gruppenarbeit: Nennen Sie Beispiele für Belohnungen Typ I und II und Bestrafungen Typ I und II, und ziehen Sie die Hand-outs „Was ist Belohnung?“ und „Was ist Bestrafung?“ heran (Innerhofer, 1977, Anhang III und IV)</p> <p>Anleitung für die schrittweise Durchführung des Kontingenzmanagements mit Hand-outs (z. B. Ziele für Björn, Problemverhaltensliste) unter Einbeziehung von Teilen des THOP (Döpfner et al., 1997).</p>
<p>3. Pädagogische Interventionen</p>	<p>Gruppenarbeit zum „pädagogischen Bezug“: Wenn ich das Kind wäre, wünschte ich mir von meiner Lehrerin ... (TEACCH: Respektierung der Grundbedürfnisse)</p> <p>Einführung in den TEACCH-Ansatz mit Folien</p> <p>Metaplanarbeit: Jede Gruppe erhält ihr Kartenbündel von der Gruppenarbeit zum Barkley-Mo-</p>

Inhalt	Didaktisch-methodischer Kommentar
	<p>dell zurück und ordnet sie an den Stellwänden den (andersfarbigen) Grundbedürfnis-Karten nach TEACCH zu, die von der Trainerin da bereits angebracht worden sind. „Wie man wirkungsvolle Aufforderungen gibt“ (THOP, Elternleitfaden F07) befindet sich bereits unter der Grundbedürfnis-Karte „einfache und klare Kommunikation“, die von der Autorin vereinfachten Symbole von Kossow, 1973, unter der Grundbedürfnis-Karte „ Visualisierung“. Ergänzungen im Plenum zu leeren oder „mageren“ Stellen</p> <p>Pladoyer für die Partnerarbeit/Peer Tutoring bei Kindern mit AD/HS-Symptomatik mit Folie (DuPaul & Henningson, 1993, Fig. 1)</p>
<p>Evaluation der Unterrichtskompetenz der Teilnehmer</p>	<p>In Kleingruppe Bearbeitung des Arbeitsblattes „Problemsituationen im Unterricht und mögliche Lösungen“ zum Film „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“</p>
<p>Evaluation der Beratungskompetenz der Teilnehmer</p> <p>Leitfaden für eine schulische Diagnostik, Intervention und Evaluation bei Verdacht auf eine AD/HS (Anhang 15)</p>	<p>Hand-out: Protokoll einer Unterrichtshospitation. Bearbeitung von drei Aufträgen in einer Kleingruppe: Definieren Sie das Problemverhalten! Bilden Sie Hypothesen zur Verursachung! Machen Sie Vorschläge für Interventionen!</p> <p>Demonstration des Vorgehens im Rollenspiel, Aushändigung der Diagnose- und Evaluationsinstrumente (AD/HS- und OPP-Ratingskala, SSQ-H, Problemverhaltensliste) während des Rollenspiels</p>
<p>Beratung der Eltern zur Verbesserung der Hausaufgaben-Situation</p>	<p>Aushändigung der Homework Problem Checklist HPC-D und von zwei Hand-outs: Regeln für die Hausaufgaben für die Mutter (Innerhofer, 1977) und das Kind (Anhang 16)</p>

2.3 Evaluationsinstrumente

2.3.1 Auf die Trainingsteilnehmer bezogene Evaluationsinstrumente

Trainingsziel in Ziffern und Worten: 10-stufige Ziffern-Skala zur Selbsteinschätzung der Beratungskompetenz hinsichtlich der Schüler mit einer AD/HS-Symptomatik vor und nach Absolvierung des Trainings sowie der angestrebten Beratungskompetenz. Beantwortung der Frage: Woran würden Sie erkennen, dass Sie von ... auf ... gekommen sind/ Ihr Trainingsziel erreicht haben? (Anhang 06)

Beurteilungsbogen zur Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit dem Training (siehe Kap. 3.1: Evaluation der Durchführung des Lehrer-Gruppentrainings, Tabelle 6, S. 92)

Fragebogen "Fakten und Mythen". Es handelt sich um einen 26 Items umfassenden Fragebogen zum Störungs- und Behandlungswissen aus dem Mayo Survey Research Center. Er ist Barbaresi & Olsen (1998) entnommen, von der Verfasserin der vorliegenden Arbeit ins Deutsche übersetzt und um zwei Items erweitert worden, die erfahrungsgemäß bei Lehrern in Hamburg auf Interesse stoßen (Umweltbelastungen als mögliche Ursache, differenzielle Prävalenz bei Kindern mit atopischen Störungen) (Anhang 03).

Kartenabfrage zur Erfassung von Störungsverständnis und allgemeiner Handlungskompetenz in der Schule zu den Fragen

- a) Welchen Beitrag leistet das Barkley-Modell für Ihr Verständnis der Kinder mit einer AD/HS?
- b) Welche Konsequenzen können daraus für den Umgang mit den Kindern im Unterricht/in der Schule gezogen werden?

Gruppen-Arbeitsauftrag: Erarbeitung möglicher Lösungen für die im Film „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“ (Stadtbildstelle Nürnberg, 1997) gezeigten und auf einem Arbeitsblatt noch einmal benannten Problemsituationen zur Erfassung der Unterrichtskompetenz (siehe Kap. 3.1: Evaluation der Durchführung des Lehrer-Gruppentrainings, Tabelle 10, S. 95)

Drei zusammenhängende Arbeitsaufträge zu einem Protokoll einer Unterrichtshospitation zur Erfassung der Beratungskompetenz (Anhang 07)

2.3.2 Schülerbezogene Diagnose- und Evaluationsinstrumente

Da das Vorgehen der Projektleiterin Modellcharakter für die Beratungslehrer haben sollte, wurden im Trainingsprogramm mit Ausnahme der CBCL 4-18 bzw. der TRF nur solche Verfahren eingesetzt, die von Beratungslehrern angewendet werden können und im Kontext ihrer Beratungslehrertätigkeit (Diagnose, Intervention, Evaluation) eine Bedeutung haben.

Für die AD/HS-Ratingskala wurden die Formulierungen des DSM-IV übernommen, wobei Teile weggelassen wurden, die sich nicht auf Grundschüler beziehen. Bei den Antwortkategorien wurde die Ja/Nein-Dichotomie ersetzt durch eine Likert-Skala mit den vier Stufen „nie“, „gelegentlich“, „häufig“, „sehr häufig“. Auf diese Weise konnte die wiederkehrende Angabe „häufig“ aus der Itemformulierung herausgenommen und damit die Verständlichkeit erhöht werden. Die beiden Dimensionen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität wurden deutlich getrennt, was die Auswertung im Hinblick auf die Subtypen erleichterte (Anhang 08a: AD/HD-IA; Anhang 08b: AD/HD-HI). DuPaul (1991b) hatte für eine entsprechende, auf dem DSM-III-R beruhende Skala eine angemessene interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität sowie hohe Korrelationen mit Beobachtungen des Klassenverhaltens ermittelt. Die ADHD-Ratingscale reagierte sensibel auf Veränderungen durch Stimulanzientherapie bei Kindern mit ADHD (Barkley, DuPaul & McMurray, 1991).

OPP-Ratingskala (Anhang 09). Bei der Konstruktion der Ratingskala zum oppositionellen Verhalten wurde verfahren wie bei der AD/HS-Ratingskala.

Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993, 1998). Die von Achenbach entwickelte Child Behavior Checklist ist der in der internationalen Forschung am meisten angewandte Eltern-, Lehrer- und Selbstbeurteilungsfragebogen. Es gibt drei Elternfragebögen (CBCL/2-3 für Kleinkinder, CBCL 4-18 für Kinder und Jugendliche, Young Adult Behavior Checklist YABCL für junge Erwachsene), eine für Lehrer (Teacher's Report Form TRF), eine für Jugendliche von 11 bis 18 Jahren (Youth Self-Report YSR) und eine für junge Erwachsene (Young Adult Self-Report YASR). Der in der vorliegenden Untersuchung eingesetzte Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) erfasst im ersten Teil Kompetenzen der Kinder (außerschulische Aktivitäten, Auskommen mit Freunden und der Familie, Schulleistungen). Der zweite Teil des Elternfragebogens besteht aus 120 Fragen zu Verhaltens-, emotionalen und körperlichen Problemen. Der Lehrerfragebogen TRF erfasst im ersten Teil

Einschätzungen zu den Schulleistungen und zum Arbeits- und Sozialverhalten. Der zweite Teil wurde auf der Basis des Elternfragebogens entwickelt und enthält 93 identische Fragen. Fragen aus dem Elternfragebogen, die sich auf ein Verhalten beziehen, das nur in der Familie beobachtet werden kann, wurden ersetzt durch Fragen zur Schulsituation. Die 120 Problemfragen werden acht faktorenanalytisch gewonnenen Syndrom-Skalen zugeordnet, für die es Alters- und Geschlechtsnormen gibt. Alters- und Geschlechtsnormen liegen auch für zwei der drei Faktoren zweiter Ordnung (internalisierende Störungen, externalisierende Störungen) und den Gesamtwert vor. Die Datenerhebung für die deutsche Normierung erfolgte an einer hinreichend repräsentativen Stichprobe (N = 2.888). Die internen Konsistenzen der Kompetenzskalen sind mangelhaft. Die Syndromskalen sind mit Ausnahme der Skala schizoid/zwanghaft hinreichend reliabel. Die faktorielle Validität konnte an einer deutschsprachigen klinischen Stichprobe eindrucksvoll bestätigt werden (Handanweisung, 1998, S. 31). Die Child Behavior Checklist gilt als schnelles und nützliches Screeningverfahren für psychiatrische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Problemsituationen in der Schule SSQ-H (Anhang 10). In dieser Rating-Skala werden Situationen in der Schule genannt, in denen die Informanten (Lehrer) die Kinder beobachten können. Die Lehrer sollen aussagen, ob die jeweilige Situation problematisch ist und ggf. auf einer von 1 (wenig) bis 9 (äußerst) reichenden Skala die Intensität des Problems angeben. Es handelt sich um eine Übersetzung des School Situations Questionnaire (SSQ) (Barkley, 1990), den die Verfasserin der vorliegenden Arbeit nach einer Diskussion in einer Runde von 5 Experten (Sonderpädagogen für Verhaltensgestörte und Beratungslehrer) entsprechend den anderen Verhältnissen in deutschen Schulen bearbeitet hat. Im Unterschied zur Originalversion, die aus 12 Situationen besteht, umfasst die vorliegende deutsche Bearbeitung 16 Situationen. Es können zwei Scores berechnet werden: die Zahl der Problemsituationen und die durchschnittliche Problemintensität (Summe der Problemintensitäten dividiert durch die Zahl der Situationen). Der SSQ hat sowohl eine angemessene Retest- und Interrater-Reliabilität als auch eine angemessene konkurrierende Validität (Altepeter & Breen, 1989). Der SSQ reagiert sensibel auf Veränderungen durch Stimulanzientherapie und Verhaltensmodifikation bei Kindern mit ADHD (Barkley, Fischer, Newby & Breen, 1988). Altepeter & Breen (1989) ermittelten im SSQ für 6-8jährige Jungen (N=169) eine durchschnittliche Problemintensität von 1.51 ± 1.96 und für 9-11jährige Jungen (N=124) eine durchschnittliche Problemintensität von 1.86 ± 2.09 .

Problemsituationen in der Familie HSQ-H (Anhang 11). Diese Rating-Skala ist parallel zum SSQ konstruiert worden und besteht aus 16 Situationen in der Familie, in denen die Informanten (zumeist Mütter) die Kinder beobachten können. Es handelt sich um eine Übersetzung des Home Situations Questionnaire (HSQ) (Barkley, 1981, 1990), wobei die Anweisung nach einigen Probeläufen in der Beratungspraxis der Verfasserin der vorliegenden Arbeit verändert wurde. Anstelle der „Probleme mit der Befolgung von Anweisungen, Anforderungen und Regeln“, die auf oppositionelles Verhalten abzielen, wurde die allgemeiner gehaltene Formulierung „Probleme im Verhalten“ bevorzugt. Wie bei Breuer & Döpfner (1997) wurde die Situation „when with a babysitter“ ersetzt durch die Situation „wenn die Mutter zuhause beschäftigt ist“. Die Original-Version des HSQ hat sowohl eine angemessene Retest- und Interrater-Reliabilität als auch eine angemessene interne Validität (Altepeter & Breen, 1989). Der HSQ reagiert sensibel auf Veränderungen durch Stimulanzientherapie und Verhaltensmodifikation bei Kindern mit ADHD (Barkley et al., 1988). In einer deutschen Repräsentativstichprobe (N = 268) betrug die durchschnittliche Problemintensität $AM = 1.17 \pm 1.03$ und in einer Untersuchungsstichprobe (N = 76) mit den Diagnosen F90.0 (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung), F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) nach ICD-10 oder 314.0 (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) nach DSM-III-R $AM = 3.22 \pm 1.59$ (Breuer & Döpfner, 1997).

Hausaufgaben Checkliste HPC-D, deutsche Version der Homework Problem Checklist (Anesko, Schoiock, Ramirez & Levine, 1987) von Döpfner et al. (1997). Für 20 Probleme, die bei den Hausaufgaben auftreten können, sollen die Informanten (zumeist die Mütter) zunächst auf einer 4-stufigen Skala angeben, wie häufig sie auftreten (0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = oft), um danach die Frage zu beantworten, ob das Verhalten ein Problem für den Informanten ist. Wie beim HSQ und SSQ gibt es einen Wert für die Anzahl der Probleme und die durchschnittliche Problemintensität.

Bei den Problemverhaltenslisten (Anhang 12) geben die Lehrer während der Erhebung der Grundrate täglich und während der Intervention am Ende einer Woche an, wie häufig das Problemverhalten durchschnittlich pro Tag aufgetreten ist (0 = kein Mal, 1 = einmal, 2 = 2-3mal, 3 = mehrmals, 4 = ständig) und wie sehr sie sich durch das Problemverhalten beansprucht gefühlt haben (von 0 = gar nicht bis 9 = äußerst).

2.4 Programmdurchführung

2.4.1 Durchführung des Lehrer-Gruppentrainings

Das Lehrer-Gruppentraining fand im Anschluss an die Hamburger Frühjahrsferien in der 12., 13. und 14. Kalenderwoche (KW) 2000 jeweils dienstags von 14:30 Uhr bis 19:00 Uhr statt.

1. Tag: Störungsbild
2. Tag: Barkley-Modell und außerschulische Interventionen (ohne Kontingenzmanagement)
3. Tag: Kontingenzmanagement, pädagogische Interventionen, und 5-Stufen-Modell der Lehrer-Beratung.

Alle angemeldeten Teilnehmer erhielten einen Monat vor dem ersten Treffen Fragebögen zugeschickt (siehe Kap. 2.1.1, S. 69), damit die Trainerin sich auf die Gruppe einstellen und an Vorkenntnisse und Erfahrungen anknüpfen konnte. Der Fragebogen „Fakten und Mythen“ (Anhang 03) und die Selbsteinschätzungsskala (Anhang 06) wurden ihnen am Ende des Trainings zusammen mit dem Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Training (Tabelle 6, S.92) ein zweites Mal zur Beantwortung vorgelegt.

Das Verständnis für Kinder mit einer AD/HS-Symptomatik sowie die gewonnenen Handlungskompetenzen wurden über Kartenabfragen und Gruppenarbeiten evaluiert, die sich an die jeweiligen Trainingseinheiten anschlossen:

- Verständnis für Kinder mit einer AD/HS-Symptomatik und allgemeine Handlungskompetenz im Anschluss an die Trainingseinheiten „Störungsbild“ und „Barkley-Modell“
- Unterrichtskompetenz im Anschluss an den Film „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“ anhand einer Liste mit den im Film zu beobachtenden Problemsituationen

Die Evaluation der Beratungskompetenz anhand eines Protokolls einer Unterrichtshospitation musste aus Zeitgründen entfallen wie auch das Peer Tutoring (Partnerarbeit) zur „Reaktionskontrolle bei Diktattexten“ aus dem „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“ von Lauth & Schlotke (1995²).

Der Baustein „Herausforderungen in der Kooperation mit selbst betroffenen Eltern“ stand zu dem Zeitpunkt noch nicht zur Verfügung, weil der ausgesprochen anregende Artikel von Margaret Weiss, Lily Hechtman & Gabrielle Weiss (2000) erst ein halbes Jahr nach dem Training veröffentlicht wurde.

Die Ergebnisse der Gruppenarbeit zum Barkley-Modell wurden noch nicht den Grundbedürfnissen nach TEACCH zugeordnet.

Die Teilnehmer erhielten vorerst als Hand-out, was später Teil des Manuals werden soll.

2.4.2 Durchführung der Standard- und Intensivberatung

Mit der Teilnahmezusage in der 3. KW (10 Wochen vor dem Beginn des Lehrer-Gruppentrainings) erhielten die Beratungslehrer das Angebot einer Begleitung durch die Projektleiterin bei der Umsetzung dessen, was sie im Training gelernt haben würden, in ihre schulische Praxis. Dem Schreiben waren zwei Informationsblätter beigelegt, denen die Beratungslehrer und Klassenlehrer entnehmen konnten, was auf sie zukommen würde, worauf sie sich einlassen und wozu sie sich verpflichten würden. Das Projekt beschränkte sich auf Kinder der Klassen 1-3, um die geplante Follow-up-Erhebung wegen des Schulwechsels nach der Grundschule organisatorisch nicht zu erschweren. Die Klassenlehrer konnten die Eltern der infrage kommenden Kinder an den Elternsprechtagen zum Schulhalbjahr auf das Projekt hin ansprechen und ihnen die Einverständnis-Erklärungen aushändigen. Sechs Beratungslehrerinnen waren an der Praxisbegleitung interessiert und gewannen 14 Klassenlehrer, die ihnen die von den Eltern von 21 Kindern unterschriebenen Einverständnis-Erklärungen aushändigten. Die Beratungslehrerinnen schickten die Einverständnis-Erklärungen an die Projektleiterin zurück und testeten die Kinder in der 8./9. KW mit dem CFT.

Die Datenerhebung zum Zeitpunkt Pre erfolgte in der 12./13. KW im Anschluss an den ersten Gruppentrainingstag, an dem Kenntnisse über Diagnose- und Evaluationsinstrumente (bis auf die CBCL 4-18 und die TRF) vermittelt worden waren. Den sechs Beratungslehrerinnen wurden die Diagnose- und Evaluationsinstrumente ausgehändigt (AD/HS- und OPP-Ratingskala, TRF, CBCL 4-16, SSQ-H, HSQ-H und HPC-D), die sie dann an die Klassenlehrer und Eltern der Kinder weitergaben mit der Bitte, sie innerhalb einer Woche ausgefüllt an sie zurück zu geben.

Während des 1. Treffens mit der Sechser-Gruppe am Ende der 14. KW wurden die Kinder, die die Auswahlkriterien erfüllten, der Standard- oder Intensivberatungsgruppe (S- oder I-Gruppe) zugeordnet und gemeinsam überlegt, wie mit den Kindern verfahren werden sollte, die die Kriterien nicht erfüllten. Für sie wurden individuell angepasste Lösungen erarbeitet. Die Projektleiterin händigte den Beratungslehrerinnen für jedes Kind ein „AD/HS-Projekt-Tagebuch“ (Anhang 13) aus, in dem sie Art und Dauer der Tätigkeiten dokumentieren sollten.

In der 15. KW boten die Beratungslehrerinnen allen Kollegen, die ein Kind für das Projekt gemeldet hatten, eine kollegiumsinterne Fortbildung zur AD/HS an, die von allen angenommen wurde. Neben Informationen zum Störungsbild und den außerschulischen Interventionen wurden schwerpunktmäßig die pädagogischen Interventionen im Unterricht selber thematisiert sowie das Kontingenzmanagement (die „Punkte-Pläne“) erläutert. Die Beratungslehrerinnen führten in der 16.-21. KW gemeinsam mit den Klassenlehrern ein Gespräch mit den Eltern aller Kinder durch. In diesem Gespräch wurden die Eltern über die Ergebnisse der Untersuchungsverfahren informiert und mit ihnen und den Klassenlehrerinnen – soweit möglich – ein gemeinsames Störungskonzept erarbeitet. Die Eltern konnten über ihre Probleme mit dem Kind sprechen. Wenn die Probleme die Hausaufgaben betrafen, wurden ggf. Absprachen getroffen und (in der Regel) die Mütter beraten, wie sie die Situation besser gestalten könnten. Bei anderen Problemen wurde überlegt, an wen bzw. welche Institution sich die Eltern wenden könnten, wenn der Beratungsbedarf die Möglichkeiten der Beratungslehrerinnen überstieg²². Die Auswertung der AD/HS-Tagebücher ergab für diesen, beiden Gruppen gemeinsamen Baustein (Standardberatung) im Durchschnitt 7,6 Lehrer-Wochen-Stunden (LWStd.). In einem Fall kam ein Schülergespräch und eine Hospitation dazu und in einem weiteren Fall mehrere Schülergespräche.

Die Beratungslehrerinnen vereinbarten mit den Lehrerinnen der Kinder der I-Gruppe eine Hospitation. Im daran anschließenden Gespräch wurden mögliche Anpassungen der pädagogischen Interventionen an die Bedürfnisse des Kindes mit einer AD/HS-Symptomatik erörtert sowie Ziele für das Kontingenzmanagement vereinbart. Zur Grundratenerhebung beantworteten die Lehrerinnen die Problemverhaltensliste in der 15. KW täglich (eine Lehrerin verlängerte die Zeit um die 16. KW). Anschließend führten die Klassen- (und teilweise auch die Fach-)lehrerinnen das Kontingenzmanagement bis kurz vor Schuljahrsende durch

²² Die Eltern der I-Gruppe wurden darüber hinaus über die in der Schule geplanten Maßnahmen informiert mit der Bitte, diese zu unterstützen.

und füllten die Problemverhaltensliste wöchentlich aus. Die Dauer der Intervention betrug bei zwei Kindern 9, bei drei Kindern 10 und bei einem Kind 11 Wochen. Die Unterschiede ergaben sich durch Klassenreisen, Projektwochen und Krankheiten der Kinder bzw. auch dadurch, dass die Ziele erreicht worden waren. Die Projektleiterin erhielt die Problemverhaltenslisten jeweils freitags nach Unterrichtschluss, um das Kontingenzmanagement beobachten und ggf. eingreifen zu können. In zwei Fällen wurde das Kontingenzmanagement im neuen Schuljahr fortgesetzt, aber ohne Begleitung durch die Projektleiterin. Der Umfang dieses Bausteins (Intensivberatung) betrug im Durchschnitt 10,6 Lehrer-Wochen-Stunden (ohne die Zeit für die Praxisbegleitung durch die Projektleiterin), so dass sich das gesamte Zeitbudget für die Intensivberatung auf 18,2 Lehrer-Wochen-Stunden belief. Die Intensivberatung unterschied sich also von der Standardberatung durch das größere Zeitbudget (plus 140%), das für eine individuelle Anpassung der allgemeinen pädagogischen und psychologischen Leitlinien genutzt wurde.

Treffen der Sechser-Gruppe mit der Projektleiterin fanden zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Projekts (28.4.00, 19.5.00 und 22.6.00) und ein letztes zu Beginn des neuen Schuljahres (22.9.00) statt.

Neben organisatorischen wurden folgende Fragen im Sinne einer Supervision bearbeitet:

- Einbindung kooperationswilliger Fachlehrerinnen, ohne das Kind zu überfordern
- Umgang mit einem anderen Störungsbild (Widerstand?): Die Klassenlehrerin sah in den familiären Problemen (Sohn als Partnerersatz) die Ursache für Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe und hatte die Haltung, dass eine Änderung außerhalb ihrer Möglichkeiten liegt.
- Umgang mit der Sonderrolle des Kindes und dem befürchteten Neid der Mitschüler
- Umgang mit Konkurrenz zwischen Klassen- und Fachlehrerin
- Wie spreche ich eine Kollegin an, wenn ich eine Verstärkung des Problemverhaltens des Kindes durch ihren Unterricht sehe?
- Überprüfung der Verhaltensziele und der Verstärker und ihre korrekte Anwendung, Anpassung bei Verhaltensverbesserungen (die Punkte werden mehr Wert), Kriterien für die Beendigung der Intervention
- Die erfolgreich bearbeiteten Verhaltensziele verloren an Bedeutung angesichts "dramatischer Vorfälle"

- Grenzen des Kontingenzmanagements in der Klasse bei Aufbau von konstruktivem Zusammenspiel; Angebot einer Klassen übergreifenden „Spielgruppe“ durch die Beratungslehrerin
- Methoden-Transfer auf andere Kinder

In der 25.-29. KW erfolgte die Erhebung der Daten zum Zeitpunkt Post: Klassen- und ggf. Fachlehrerinnen beantworteten erneut den SSQ-H und die Fragen VII und VIII aus der TRF und die Eltern den HSQ-H und die HPC-D. Die Projektleiterin führte unstrukturierte Telefon-Interviews mit den Klassenlehrerinnen nach Erhalt der Daten durch.

Follow-up: Die Lehrerinnen schickten ihre Ratings (AD/HS, OPP, SSQ-H) sowie die Antworten auf die Fragen VII und VIII aus der TRF der Projektleitung in der 2.-9. KW 2001 zu. Die Eltern wurden in der 4. KW 2001 telefonisch um ihre Ratings (AD/HS, OPP, HSQ-H und HPC-D) gebeten.

An sich wäre es lohnend gewesen, die Lehrer- und Eltern-AD/HS- und -OPP-Ratings auch zum Zeitpunkt Post und die gesamte CBCL bzw. TRF zu den Zeitpunkten Post und Follow-up zu erheben. Da das Projekt jedoch – wie unter 2.4.2 bereits gesagt - Modellcharakter für die Beratungslehrer haben sollte, wurden nur solche Daten erhoben, die den teilnehmenden Personen sinnvoll erschienen. Auf diese Weise wurde eine gute Compliance mit einem vollständigen Datenrücklauf erreicht.

3 Ergebnisse

3.1 Evaluation der Durchführung des Lehrer-Gruppentrainings

Hypothese 1: Die Trainingsteilnehmer erreichen ihre selbst gesetzten Ziele. Die Prüfung der Hypothese erfolgt mit einer Skala zur Selbsteinschätzung.

Tabelle 4:

Einschätzung der Beratungskompetenz vor und nach Absolvierung des Trainings (Pre und Post_{beob.}) sowie die angestrebte Kompetenz (Post_{erw.}) (N = 15)

	Pre	Post _{erw.}	Post _{beob.}
M	2.8	7.1	6.9
s	1.8	1.4	0.8

Die Teilnehmer möchten auf der von 0 bis 9 reichenden Skala von aktuell durchschnittlich ca. 3 auf ca. 7 nach Absolvierung des Trainings kommen, d. h. sich im Durchschnitt um gut 4 Skaleneinheiten verbessern.

Die Teilnehmer erreichten ihr selbst gesetztes Ziel ziemlich genau.

Die Differenz zwischen der Einschätzung der Kompetenz zu Beginn und am Ende des Trainings ist signifikant (t-Test für korrelierte Stichproben: $t = 9,11$; $df = 14$; $p < .001$). Die Einschätzung der Kompetenz nach Absolvierung des Trainings liegt zwischen 6 und 8. Damit sind die Erwartungen von drei Teilnehmern etwas enttäuscht worden, von den meisten aber erfüllt und von drei Teilnehmern übertroffen worden. Entsprechend zufrieden waren sie auch mit dem Kurs insgesamt (siehe Beurteilungsbogen zur Zufriedenheit, Tabelle 6, S. 92). Tabelle 5 (S. 91) enthält die Antworten der einzelnen auf die Frage, woran die Trainingsteilnehmer merken würden, dass sie ihr Ziel erreicht haben.

Hypothese 2: Die Trainingsteilnehmer sind mit dem Training überwiegend zufrieden.

Die Prüfung der Hypothese erfolgt mit dem Beurteilungsbogen zur Zufriedenheit (Tabelle 6, S. 92).

Alle Teilnehmer waren insgesamt entweder „zufrieden“ oder – sehr viel seltener – „eher zufrieden“. Einschränkungen gab es bei den Beurteilungen der "Verständlichkeit der Darstellung", der "zeitlichen Gewichtung der einzelnen Themen" und der Beurteilung der "Anregungen für Ihre Praxis".

Damit kann die 2. Hypothese mit geringfügigen Einschränkungen angenommen werden.

Tabelle 5:

Antworten auf die Frage „Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Trainingsziel erreicht haben?“ (N = 18)

- Verbesserung der diagnostischen Kompetenz
 - AD/HS erkennen und von anderen Störungen unterscheiden können
 - Sicherheit im Erkennen und Einordnen der Auffälligkeiten gewinnen
 - einige typische Merkmale erkennen können
- Verbesserung der eigenen Unterrichts- und Förderkompetenz
 - Förderbedarf der AD/HS-Kinder kennen
 - auf das AD/HS-Kind im Unterricht angemessen reagieren können
 - den AD/HS-Kindern im Regelunterricht besser gerecht werden können
 - fördernde und hemmende Interventionen kennen und fördernde anwenden können
 - über Methodenvielfalt verfügen können
 - dem AD/HS-Kind helfen, mit seiner Umwelt besser zurecht zu kommen
 - den Mitschülern den Umgang mit dem AD/HS-Kind erleichtern können
 - eine Gruppe mit AD/HS-Kindern anleiten können
 - AD/HS-Kinder in den Beratungsstunden fördern können
- Verbesserung der Beratungs- und Unterstützungskompetenz
 - a) Kollegen
 - Kenntnisse über AD/HS an das Kollegium weiter geben können
 - Kollegen Tipps für den Umgang mit AD/HS-Kindern geben können
 - Regeln für Lehrer und Mitschüler
 - Kollegen bei ihren Problemen mit AD/HS-Kindern unterstützen können
 - Kollegen konkrete Alternativen für den Umgang mit AD/HS-Kindern bieten können
 - Kollegen sich nicht mehr so hilflos fühlen lassen
 - b) Eltern
 - hilfreiche Angebote machen können
 - was Eltern tun können
 - Regeln für Eltern und Geschwister
 - Hinweise geben, was ihr Kind braucht und was ihm nicht gut tut
- Verbesserung der Informationskompetenz
 - Anlaufstellen (Ärzte, Psychologen, Institute ...) kennen
 - sinnvolle/Erfolg versprechende Therapien kennen und empfehlen können

Tabelle 6:

Beurteilungsbogen zur Zufriedenheit (Angaben in Prozent der abgegebenen Beurteilungen) (N = 16-18)

Geben Sie bitte an, wie zufrieden Sie waren mit ...	zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	unzufrieden
... der Verständlichkeit der Darstellung	47	47	5	0
... der Lebendigkeit der Darstellung	74	26	0	0
... der Auswahl der einzelnen Themen hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz	78	22	0	0
... der zeitlichen Gewichtung der einzelnen Themen	56	31	13	0
... den Anregungen für Ihre Praxis	53	47	0	0
... der Nützlichkeit der Handouts	74	21	5	0
... der Kompetenz der Kursleiterin	94	6	0	0
... dem Klima in der Gruppe	89	11	0	0
... dem Kurs insgesamt	83	17	0	0

Hypothese 3: Die Trainingsteilnehmer verbessern ihr Störungs- und Behandlungswissen. Die Prüfung der Hypothese erfolgt über den Fragebogen „Fakten und Mythen“.

Tabelle 7:

Fragebogen "Fakten und Mythen":
Verbesserung des Störungswissens

	Pre	Post
M	21.2	25.2
s	3.94	2.68

Von N = 13 Teilnehmern lagen die Fragebogenergebnisse zu beiden Zeitpunkten vor.

Die Teilnehmer verbesserten sich von durchschnittlich 76% richtig beantworteten Items um 14% auf durchschnittlich 90%. Ein t-Test für korrelierte Stichproben zeigt, dass dieser Unterschied statistisch sehr signifikant ist ($t = 3.87$; $df = 12$; $p < 0.01$), d. h. die Teilnehmer haben ihr Störungs- und Behandlungswissen signifikant verbessern können.

Unsicherheiten und Fehleinschätzungen betrafen vor dem Training die Prävalenz, die Verursachung und den Verlauf, die ärztliche Diagnostik sowie die Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychostimulanzien. Die Teilnehmer machten weder die Kinder, noch das Erziehungsverhalten der Eltern für das Verhalten der Kinder verantwortlich und schätzten die Möglichkeiten psychoedukativer Maßnahmen positiv ein.

Bei dem Fragebogen handelt es sich um einen Lernzieltest. In der Regel wird davon ausgegangen, dass das Lernziel erreicht worden ist, wenn 80% der Aufgaben richtig gelöst worden sind. Demnach hatten sieben von 13 Teilnehmern bereits vor dem Training ein angemessenes Störungswissen (≥ 23 richtig beantwortete Items). Drei von 13 Teilnehmern hatten das Ziel am Ende des Trainings mit 20-22 richtigen Antworten (knapp) verfehlt (≤ 22 richtig beantwortete Items). Die 3. Hypothese kann angenommen werden.

Hypothese 4: Die Trainingsteilnehmer entwickeln ein größeres Verständnis für die Kinder mit einer AD/HS und ihre Bedürfnisse im Unterricht bzw. in der Schule. Die Prüfung der Hypothese erfolgt im Anschluss an den Trainingsbaustein „Barkley-Modell“ über eine Kartenabfrage in Kleingruppen. Ergebnisse siehe Tabelle 8 (unten) und Tabelle 9 (S. 94).

Tabelle 8:

Ergebnisse der Kartenabfrage: Welchen Beitrag leistet das Barkley-Modell für Ihr Verständnis der Kinder mit einer AD/HS?

<p>Beziehungsaspekt</p> <ul style="list-style-type: none">• Ich bin toleranter.• Ich sehe die besonderen Schwierigkeiten des Kindes.• Die Rückführung der gezeigten Verhaltensweisen auf beschreibbare Entwicklungsstörungen entlastet den gefühlsmäßigen Zugang zum Kind → weniger Schuldzuweisung an Kind und Eltern.• Ich kann das Kind besser akzeptieren, weil das Verhalten kein „böser Wille“ ist, sondern eine Störung bzw. Krankheit.• Die These der Entwicklungsverzögerung lässt auf Entwicklungsmöglichkeiten hoffen
--

<p>Sachaspekt</p> <ul style="list-style-type: none">• Ich kann die einzelnen Symptome in einen Zusammenhang bringen (mein Symptom-Chaos strukturieren)• Wenn das Kind stört, habe ich es vielleicht überfordert, habe ihm mehr Flexibilität abverlangt, als es leisten kann.• Ich muss beachten, dass das Kind vielleicht zwischen zwei zeitlich weiter auseinander liegenden Ereignissen keinen Zusammenhang herstellt.• Beobachtete Verhaltensweisen sind durch dieses Modell erklärbar, speziell das schlechte Arbeitsgedächtnis und die mangelhafte Selbststeuerung.

Tabelle 9:

Welche Konsequenzen können daraus für den Umgang mit den Kindern im Unterricht bzw. in der Schule insgesamt gezogen werden?

Konsequenzen, bezogen auf

Raum

- überflüssige Reize ausblenden
- eine Wand leer lassen
- den Schüler mit dem Rücken zur Wand und mit Blickrichtung auf Lehrer und Tafel setzen
- Kind in die Nähe der Lehrerin setzen (an die „kurze Leine“ nehmen)
- Wenn mehrere Kinder den engen Kontakt zur Lehrerin brauchen, die ganze Klasse für einige Wochen frontal setzen.

Zeit

- Rituale
- Rituale zu festen Handlungsschemata werden lassen

Arbeitsanweisungen

- kurz und präzise formulieren
- keine langen Erklärungen
- kleinschrittig
- in kleinen Sequenzen und immer nur eine zur Zeit
- konsequent wiederholen

Unterricht

- klare Planung; Plan offen legen/sichtbar machen
- klare Strukturen
- neue Abläufe ankündigen
- häppchenweise arbeiten lassen
- kleinschrittigere Arbeit
- häufige Wiederholungen durch Schüler und Lehrer
- Zeit für das Aufschreiben der Hausaufgaben einräumen
- auf Phasen der Anspannung Entspannungsphase folgen lassen (Absprache zwischen den Lehrern!)
- Bewegung nach ruhigen Phasen einplanen (bei hyperkinetischen Kindern in kürzeren Abständen)

Verhaltenssteuerung

- wenige Regeln einführen, sichtbar im Raum aufhängen, auf Regelverletzungen achten und immer Konsequenzen folgen lassen
- positives Verhalten spiegeln
- positives Verhalten durch Bonus-System sichtbar machen
- positive Verstärkung bei kleinsten Leistungen
- konsequentes Lehrer-Verhalten
- häufiger Körper- und Augenkontakt zwischen Lehrer und Schüler
- Wahrnehmungsmöglichkeiten des Kindes verstärken durch Körperkontakt und Signalkarten
- Kontrolle

Visualisierung

- Zeit sichtbar machen
- positives Verhalten durch Bonus-System sichtbar machen
- mit Piktogrammen/Signalkarten arbeiten für Fächer, Ämter, benötigtes Material, Sozialform, erwartetes Verhalten (z. B. ein Ohr für zuhören)

Beziehungen

- bei Mitschülern für „anderes“ Verhalten des Mitschülers Verständnis wecken und für die andere Bewertung durch die Lehrer
- die Klassenkonferenz sollte sich über das Störungsbild verständigt haben
- insgesamt konsequentes Lehrerverhalten

Die Teilnehmer haben selber beschrieben, was sich bei ihnen hinsichtlich des Verständnisses durch das Training verändert hat. Bezüglich der Bedürfnisse im Unterricht bzw. in der Schule haben die Teilnehmer ihr Erfahrungswissen zusammentragen und sich gegenseitig ergänzen können. Zusammen mit der Strukturierung der Gruppenarbeitsergebnisse durch die Trainerin kann angenommen werden, dass die Teilnehmer ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse der Kinder mit einer AD/HS entwickelt haben. Die 4. Hypothese kann angenommen werden.

Hypothese 5: Die Teilnehmer verbessern ihre auf den Unterricht bezogene Handlungskompetenz. Die Prüfung der Hypothese erfolgt anhand einer Checkliste im Anschluss an die Vorführung des Films „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“ in Form eines Gruppenarbeitsauftrags. Ergebnisse siehe Tabelle 10 (S. 95/96).

Tabelle 10:

Ergebnisse des Gruppenarbeitsauftrags: Erarbeiten Sie mögliche Lösungen für die Problemsituationen in dem Film „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“!

Problemsituation im Film	mögliche Lösung
<p>Das Kind stört die Umgebung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • taktil: piekst mit Bleistift, schiebt Nachbarn mit Fuß weg • akustisch: redet, macht Geräusche, wimmert, lautes Gähnen 	<p>Veränderung der Sitzordnung: S sitzt allein am Zweiertisch, bei Sechsertisch wird der Tisch des S's vom Gruppentisch etwas abgerückt</p> <p>Fühlball in die Hand geben</p> <p>An Flasche mit Eiswasser nuckeln lassen</p> <p>Bei häufigem Gähnen Eltern ansprechen</p> <p>Wenn das Kind sein Verhalten nicht bemerkt → ansprechen</p> <p>Bei provozierender Absicht → Response Cost-Verfahren</p>
<p>Das Kind stimuliert sich selbst.</p>	<p>Eingreifen nicht erforderlich</p> <p>Fühlball?</p>
<p>Das Kind ist nicht bei der Sache, driftet mit den Gedanken ab, dreht sich weg (engl.: off-task).</p>	<p>Das Kind häufig mit seinem Namen ansprechen</p> <p>Den Namen mit tiefer Stimme oder „laut geflüstert“ sprechen</p> <p>Die dem Kind angemessene Leistung verstärken (und nicht die Anstrengung)</p>
<p>Das Kind nimmt den vorgegebenen Rhythmus beim Klatschen nicht auf.</p>	<p>Dem Kind einen Partner zuordnen, der die Hände des AD/HS-Kindes ergreift und mit ihnen klatscht</p>

Problemsituation im Film	mögliche Lösung
Das Kind fängt zeitverzögert/nicht gemeinsam mit der Klasse zu arbeiten an.	Vor L-Anweisung Aufmerksamkeit aller Kinder herstellen Bei Anweisung das Kind leicht an der Schulter berühren Prompte Befolgung von L-Anweisungen verstärken
Das Kind führt im Turnunterricht nicht die vorgeschriebenen Bewegungen aus.	Körperliche Hilfestellung (L macht gemeinsam mit S Bewegungsablauf vor) oder Schatten-Hilfe (pantomimisch ohne Berührung)
Das Kind provoziert die Lehrerin („Leck mich!“).	Ignorieren, evtl. den Raum verlassen, später ansprechen, wenn sich das Erregungsniveau normalisiert hat Sofort starke Grenze setzen: „So redest du nicht mit mir.“ Bei Verdacht auf „stimulus-seeking behavior“: Tonband mit „fetziger“ Musik laufen lassen Etwas Unerwartetes tun
Das Kind bedrängt zunehmend die geduldige Sitznachbarin.	Mitschüler darin bestärken, ihre Grenzen früh und deutlich aufzuzeigen Mitschülern erlauben, ihre Sachen zu nehmen und woanders Platz zu nehmen
<p>Allgemein: Problemsituationen – wenn möglich – durch vorausschauendes Planen vermeiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorher mit dem Kind besprechen, was man von ihm in einer bestimmten Situation erwartet bzw. auch das Kind fragen, was es in einer bestimmten Situation leisten will (z. B. zehn Minuten „im Stück“ arbeiten ohne vom Platz aufzustehen oder drei Sätze in fünf Minuten schreiben) 2. Mit ihm Hinweise/Zeichen als Hilfestellung vereinbaren und ihm sagen, welche Konsequenzen sein Verhalten haben wird 3. Rechtzeitig deutliche Grenzen setzen 4. Viele Bewegungsmöglichkeiten schaffen 	

Die Teilnehmer haben ihr Erfahrungswissen in der Gruppenarbeit zusammengetragen und sich gegenseitig ergänzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer ihre auf den Unterricht bezogene Handlungskompetenz bei Kindern mit einer AD/HS durch die voran gegangenen Trainingseinheiten und den hier erfolgten kollegialen Erfahrungsaustausch verbessern konnten. Hypothese 5 wird angenommen.

Hypothese 6: Die Teilnehmer verbessern ihre fallbezogene Beratungskompetenz.

Die Hypothese konnte leider nicht überprüft werden, weil dieser Baustein aus Zeitgründen entfallen musste.

3.2 Evaluation der Trainingseffekte

3.2.1 Lehrer-Ratings

3.2.1.1 Lehrer-Ratings auf Gruppen-Ebene

Zu folgenden Hypothesen wurden Ratings von den Lehrern erhoben:

Hypothese 7: Die AD/HS- und OPP-Symptome (AD/HS- und OPP-Rating-Skala) nehmen von Pre nach Follow-up ab.

Hypothese 8: Die Intensität schulischer Problemsituationen (SSQ-H) nimmt von Pre über Post nach Follow-up ab.

Hypothese 9: Die Schulleistungen (TRF, VII.) verbessern sich von Pre über Post nach Follow-up.

Hypothese 10: Das Arbeits- und Sozialverhalten (TRF, VIII. 1., 2., 3.) verbessert sich von Pre über Post nach Follow-up.

Hypothese 11: Die Kinder werden von Pre über Post nach Follow-up glücklicher und zufriedener (TRF, VIII. 4.).

Da unvorhergesehen neben der Intensivberatungsgruppe noch eine Standardberatungsgruppe gebildet werden konnte, wurden die Hypothesen derart differenziert, dass die Intensivberatungsgruppe der Standardberatungsgruppe jeweils überlegen ist (siehe S. 71).

Die Prüfung der Hypothesen erfolgt über die Berechnung zweifaktorieller Varianzanalysen (Gruppen x Zeitpunkte) mit Messwiederholungen bei ungleichen Stichprobenumfängen (I-Gruppe: n = 6; S-Gruppe: n = 5) (Winer, 1962). Tabelle 11 (S. 98) zeigt die Ergebnisse der AD/HS- und OPP-Werte, Tabelle 12 (S. 99) die Ergebnisse des School Situations Questionnaire SSQ-H, Tabelle 13 (S. 101) die Ergebnisse zu Frage VII aus der TRF (Schulleistungen im Fach Deutsch) und Tabelle 14 (S. 102) die Ergebnisse zu Frage VIII, 1.-4. aus der TRF. Das Signifikanzniveau wird wegen der kleinen Stichprobenumfänge durchgehend auf 10% festgelegt.

Prüfung der Hypothese 7 mit den AD/HS- und OPP-Rating-Skalen:

Tabelle 11:

Ausprägung der AD/HS und des oppositionellen Verhaltens und Zahl der AD/HS- und OPP-Symptome bei Standard- und Intensivberatungsgruppe zu den Zeitpunkten Pre und Follow-up (Einschätzungen der Klassenlehrerinnen)

		Pre				Follow-up			
		S-Gruppe (n = 5)		I-Gruppe (n = 6)		S-Gruppe (n = 5)		I-Gruppe (n = 6)	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
AD/HS-Likert-Skala	Unaufmerksamkeit	18.6	4.7	18.2	5.5	15.6	3.0	12.3	2.8
	Hyperaktivität/Impulsivität	17.4	3.6	19.7	5.6	11.6	6.3	11.7	5.2
	Gesamtwert	36.0	3.5	37.8	8.8	27.2	7.3	24.0	7.6
AD/HS-Symptome	Unaufmerksamkeit	6.4	2.1	6.3	2.9	6.0	1.6	3.3	2.0
	Hyperaktivität/Impulsivität	5.8	2.3	6.7	2.1	3.6	2.9	2.7	2.9
	Gesamtzahl	12.2	2.2	13.0	4.3	9.6	3.6	6.0	4.4
OPP-Likert-Skala		8.0	4.3	8.7	5.4	6.2	5.5	6.2	4.7
OPP-Symptome		1.8	2.5	2.0	1.8	1.4	1.9	1.7	2.4

Signifikante Effekte ergaben sich ausschließlich für die Zeitpunkte, und zwar

- für den AD/HS-Gesamtwert (Likert-Skala: $F[1,9] = 11.84, p < .01$; Symptome: $(F[1,9] = 7.36, p < .05)$,
- für den Faktor Unaufmerksamkeit (Likert-Skala: $F[1,9] = 4.42, p < .10$),
- für den Faktor Hyperaktivität/Impulsivität (Likert-Skala: $F[1,9] = 13.03, p < .01$; Symptome: $(F[1,9] = 9.18, p < .05)$
- und den Faktor oppositionelles Trotzverhalten (Likert-Skala: $F[1,9] = 6,64, p < .05$)

Die 7. Hypothese kann nur insofern angenommen werden, als beide Interventionen zu einer signifikanten Abnahme der AD/HS und des oppositionellen Verhaltens von Pre nach Follow-up führen. Das zeigt sich beim AD/HS-Gesamtwert und der Hyperaktivität sowohl auf der dimensional als auch auf der Symptomebene, bei der Unaufmerksamkeit und dem oppositionellen Verhalten jedoch nur auf der dimensional Ebene. Die Mittelwerte nehmen zwar bei allen Werten mehr bei der I-Gruppe als bei der S-Gruppe von Pre nach Follow-up ab. Die Wechselwirkung ist aber nicht signifikant, so dass der zweite Teil der

Hypothese - die störungstypischen Probleme nehmen bei der I-Gruppe stärker ab als bei der S-Gruppe - verworfen werden muss.

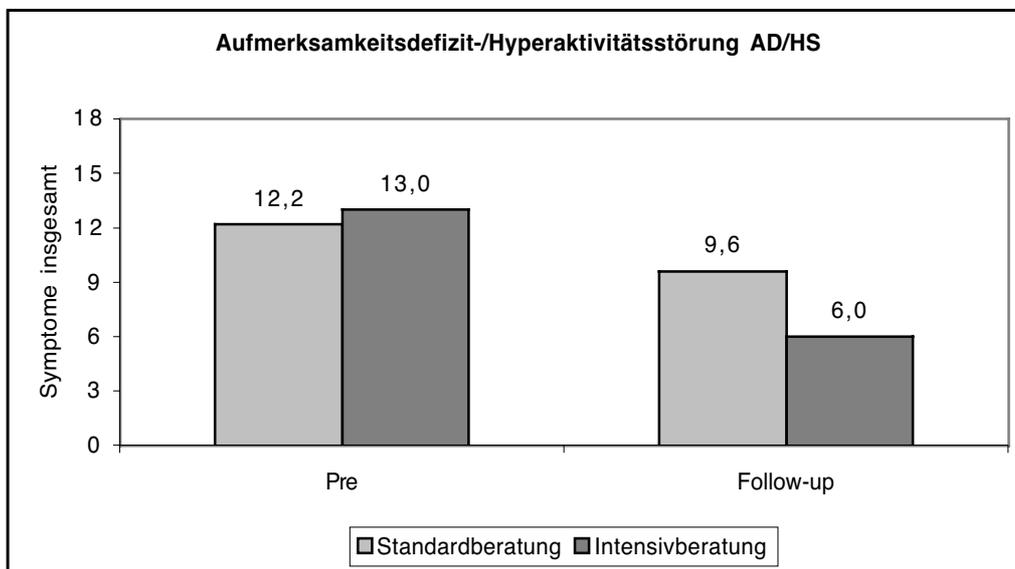


Abbildung 3:

Zahl der AD/HS-Symptome zu den Zeitpunkten Pre und Follow-up bei Standard- und Intensivberatungsgruppe in der Einschätzung der Klassenlehrerinnen

Prüfung der Hypothese 8 mit dem SSQ-H:

Tabelle 12:

School Situations Questionnaire SSQ-H, durchschnittliche Problemintensität (Ratings der Klassenlehrerinnen)

	Pre		Post		Follow-up	
	M	SD	M	SD	M	SD
S-Gruppe (n = 5)	2.4	0.8	2.0	0.6	2.3	0.9
I-Gruppe (n = 6)	3.1	0.7	2.0	1.0	1.8	1.5

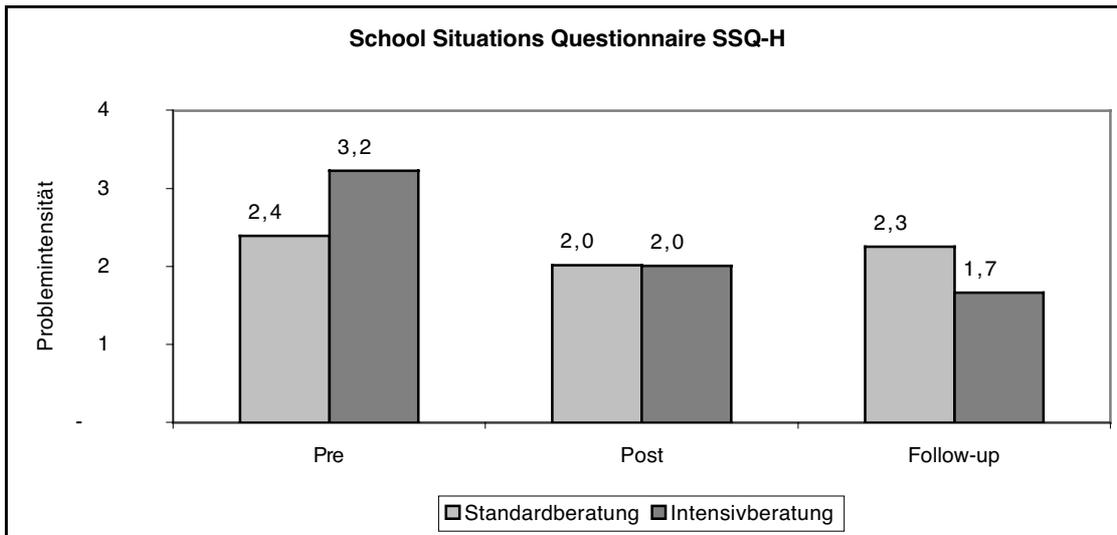


Abbildung 4:

School Situations Questionnaire SSQ-H: Durchschnittliche Problemintensitäten der Standard- und Intensivberatungsgruppe zu den drei Zeitpunkten Pre, Post und Follow-up

Signifikante Effekte ergaben sich für die Zeitpunkte ($F[2,18] = 6.26; p < .01$) und für die Wechselwirkung Gruppen \times Zeitpunkte ($F[2,18] = 3.06; p < .10$), aber nicht für die Gruppen.

Die 8. Hypothese muss also differenziert beantwortet werden: Aus der Sicht der Klassenlehrerinnen verbessern sich die Verhaltensprobleme in der Schule bei der S-Gruppe zu Post nur vorübergehend, während die ursprünglich problematischere I-Gruppe zu Post mit der S-Gruppe gleichzieht und sich zu Follow-up noch weiter verbessert.

Für die Fragen VII (gegenwärtige Schulleistungen) und VIII der TRF sind Antwortkategorien vorgegeben, die von „stark überdurchschnittlich“ über „durchschnittlich“ bis „stark unterdurchschnittlich“ gehen bzw. von „sehr viel mehr“ über „etwa gleich viel“ bis „sehr viel weniger“. Bei der Frage VII der TRF lagen nur zum Fach Deutsch bzw. zu Lesen und Rechtschreibung vollständige Daten vor. Die Bewertungen bewegen sich insgesamt um die Kategorie 4 = „etwas unterdurchschnittlich“.

Prüfung der Hypothese 9 mit der Frage VII der TRF:

Tabelle 13:

Teacher's Report Form TRF, VII (Deutsch): Mittelwerte und Standardabweichungen der Leistungen im Fach Deutsch bei Standard-(n = 5) und Intensivberatungsgruppe (n = 6) zu den drei Messzeitpunkten Pre, Post und Follow-up (Einschätzungen bis auf 1 Fall durch die Klassenlehrerinnen)

TRF, VII: Deutsch	Pre		Post		Follow-up	
	M	SD	M	SD	M	SD
S-Gruppe (n = 5)	4.0	0.71	3.6	0.55	4.0	1.00
I-Gruppe (n = 6)	4.0	0.89	3.7	0.57	4.0	0.63

3 = durchschnittlich, 4 = etwas unterdurchschnittlich, 5 = stark unterdurchschnittlich

Die Varianzanalyse²³ erbrachte weder zwischen den Gruppen, noch zwischen den drei Zeitpunkten signifikante Unterschiede, noch waren die Wechselwirkungen signifikant. Die 9. Hypothese muss also in Gänze verworfen werden: Die schulischen Interventionen haben die Schulleistungen nicht beeinflusst.

Prüfung der Hypothesen 10 und 11 mit der Frage VIII, 1.-4. der TRF:

Tabelle 14:

Teacher's Report Form TRF, VIII., 1.-4. (1. Wieviel arbeitet er? 2. Wie angemessen verhält er sich? 3. Wieviel lernt er? 4. Wie glücklich oder zufrieden ist er?) Mittelwerte und Standardabweichungen bei Standard-(n = 5) und Intensivberatungsgruppe (n = 6) zu den drei Messzeitpunkten Pre, Post und Follow-up (Einschätzungen der Klassenlehrerinnen)

TRF VIII	Pre				Post				Follow-up			
	S-Gruppe		I-Gruppe		S-Gruppe		I-Gruppe		S-Gruppe		I-Gruppe	
	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
1	4.4	1.5	6.0	0.0	4.6	2.0	5.0	0.9	4.8	2.2	5.3	1.4
2	5.8	0.8	6.0	0.6	5.0	0.7	5.3	0.5	5.2	0.8	5.3	1.0
3	4.8	1.1	5.5	0.6	5.0	1.0	4.8	0.8	5.6	0.6	4.7	1.2
4	4.5	1.0	5.2	0.6	4.4	1.0	4.8	0.6	5.0	1.1	4.5	0.7

4 = etwa gleich, 5 = etwas weniger, 6 = deutlich weniger, 7 = sehr viel weniger im Vergleich mit Schülern gleichen Alters

²³ Um die Fragen VII und VIII der TRF verrechnen zu können, wurden die Kategorien in Ziffern und damit eine kategoriale in eine Verhältnisskala umgewandelt.

Die Varianzanalyse erbrachte signifikante Effekte

- zwischen den Zeitpunkten bei Frage VIII,2.: Wie angemessen verhält er sich im Vergleich mit Schülern gleichen Alters? ($[F_{2,18}] = 3.88$; $p < .05$), d. h. die Lehrerinnen beurteilen das Verhalten beider Gruppen zu Post, also nach der Intervention, besser als zu Pre. Diese Verbesserung bleibt zu Follow-up insbesondere bei der I-Gruppe erhalten.
- bei den Wechselwirkungen Gruppen x Zeitpunkte bei den Fragen VIII,3.: Wie viel lernt er im Vergleich mit Schülern gleichen Alters? ($[F_{2,18}] = 2.59$; $p < .10$) und VIII,4.: Wie glücklich oder zufrieden ist er im Vergleich mit Schülern gleichen Alters? ($[F_{2,18}] = 2.65$; $p < .10$). Während die Schüler der I-Gruppe zu Pre von ihren Klassenlehrerinnen auf die Frage, wie viel sie lernen, schlechte und zu Post und Follow-up (fast) durchschnittliche Beurteilungen erhalten, erhalten die Schüler der S-Gruppe zu Pre und Post (fast durchschnittliche) und zu Follow-up schlechte Beurteilungen. Ähnlich verhält es sich mit den Antworten auf die Frage, wie glücklich oder zufrieden die Schüler sind mit dem Unterschied, dass sich die Effekte bei der I-Gruppe erst zu Follow-up zeigen.

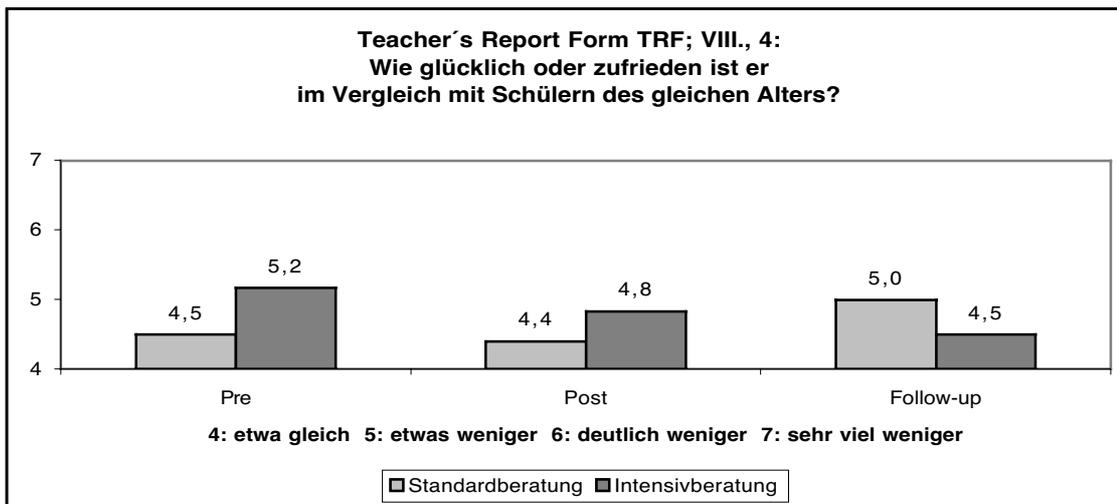


Abbildung 5:

Ratings der Klassenlehrerinnen auf die Frage VIII,4. (Wie glücklich oder zufrieden ist er im Vergleich mit Schülern gleichen Alters?) für S- und I-Gruppe zu den drei Zeitpunkten Pre, Post und Follow-up

Auch die 10. und die 11. Hypothese müssen differenziert beantwortet werden. Während sich beim Arbeiten (TRF, VIII., 1.) keine Unterschiede zeigen, verbessert sich das Verhal-

ten (TRF, VIII. 2.) von Pre über Post nach Follow-up bei beiden Gruppen. Hinsichtlich des Lernens und der Befindlichkeit (glücklich oder zufrieden) kehren sich die Verhältnisse um: Die zu Pre ungünstig eingeschätzten Kinder der I-Gruppe erhalten zu Follow-up von ihren Klassenlehrerinnen normale Einschätzungen, und die zu Pre normal eingeschätzten Kinder der S-Gruppe erhalten zu Follow-up ungünstige Einschätzungen.

Zusammenfassung: Durch beide Interventionen wurde die AD/HS- (insbesondere die HI-) und die OPP-Symptomatik reduziert. Bei der globalen Einschätzung des Verhaltens (TRF, VIII,2.) konnten die schlechten Ausgangswerte beider Gruppen durch beide Interventionen zu Post verbessert werden und sich zu Follow-up halten. Mit Blick auf die Verhaltensprobleme (SSQ-H) brachte die Intervention bei der geringer belasteten S-Gruppe nur eine vorübergehende Besserung im Unterschied zur ursprünglich stärker belasteten I-Gruppe, deren deutliche Verbesserung nachhaltig war. Bei der Beurteilung des Lernens und der Einschätzung der Zufriedenheit der Schüler durch die Klassenlehrerinnen (TRF, VIII,3. und 4.) konnte die S-Gruppe ihre normalen Werte nach der (durch die?) Intervention zu Post (noch) halten; die Verschlechterung kam zu Follow-up. Dagegen war die Normalisierung der zunächst schlechter beurteilten I-Gruppe nachhaltig bzw. zeigte sie sich erst zum Follow-up. Die Deutschleistungen wurden durch die Intervention nicht beeinflusst.

3.2.1.2 Lehrer-Ratings auf individueller Schüler-Ebene

Die oben angeführten Analysen haben Unterschiede zwischen den Interventionen auf Gruppen-Ebene geprüft. Die Ergebnisse mögen unter wissenschaftlichen und schuladministrativen Gesichtspunkten von Interesse sein. Lehrer und Eltern sind jedoch in erster Linie daran interessiert, ob die Intervention z. B. das Verhalten des individuellen Kindes verbessert oder gar normalisiert haben. Es geht ihnen also nicht um die statistische, sondern die sog. klinische Signifikanz, die hier besser „schulische Signifikanz“ genannt werden sollte. „*Clinical significance* refers to the practical value or importance of the effect of an intervention, that is, whether it makes any *real* difference to the clients or to others in their functioning and every day life.“ (Kazdin, 1998)

Eine Möglichkeit, die klinische Signifikanz zu evaluieren, ist zu prüfen, ob die Diagnosekriterien nach der Intervention noch erfüllt sind. In Tabelle 15 sind die „Diagnosen“ der S- und I-Gruppe zu den Zeitpunkten Pre und Follow-up aufgeführt.

Tabelle 15:

AD/HS- und OPP-Lehrer-Ratings zu den Zeitpunkten Pre und Follow-up bei den Schülern der S- und der I-Gruppe

	Schüler	Pre	Follow-up
S-Gruppe (n = 5)	S ₁ [*]	AD/HD-IA	∅
	S ₂	AD/HD-C	AD/HD-IA
	S ₃	AD/HD-HI	AD/HD-IA
	S ₄	AD/HD-IA + ODD	AD/HD-IA+ ODD
	S ₅	AD/HD-HI	AD/HD-HI
I-Gruppe (n = 6)	I ₁	AD/HD-C	∅
	I ₂ ^{**}	AD/HD-C+ ODD	∅
	I ₃	AD/HD-C	∅
	I ₄	AD/HD-C	∅
	I ₅	AD/HD-IA	∅
	I ₆ ^{***}	AD/HD-HI	AD/HD-C+ ODD

* zu Follow-up unter Ritalin®-Behandlung

** Beginn der Ritalin®-Behandlung 4 Wochen nach Follow-up

*** Beginn eines Behandlungsversuch mit einem homöopathischen Mittel 6 Monate nach Follow-up

Abkürzungen:

AD/HD-C Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtyp

AD/HD-IA Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typ

AD/HD-HI Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

ODD Oppositionelles Trotzverhalten

Vier der fünf Kinder der S-Gruppe haben die AD/HS-Symptomatik auch zum Zeitpunkt Follow-up. Das Kind, das die Symptomatik nicht zeigt, bekommt zum Zeitpunkt Follow-up Ritalin®. Dagegen zeigen fünf der sechs Kinder der I-Gruppe die AD/HS-Symptomatik zum Zeitpunkt Follow-up nicht mehr. Es sind dies nicht etwa die Kinder mit einer situativen – nur schulischen – AD/HS zu Pre, bei denen gesagt werden könnte, dass sich die Klassenlehrerinnen zu Follow-up der Einschätzung der Eltern letztendlich angeschlossen haben. Vielmehr handelt es sich bei 4 Kindern²⁴ um solche mit einer pervasiven AD/HS,

²⁴ Bei dem Schüler I₄ fehlen die AD/HS- und OPP-Eltern-Ratings. Der Schüler erzielt jedoch in der CBCL 4-18 auf der Skala VI (Aufmerksamkeitsprobleme) einen PR = 96 bzw. T = 68.

bei denen also die Kriterien sowohl aus Lehrer- als auch aus Eltern-Sicht zu Pre zutrafen. Bei dem Kind I₂ sahen die Eltern zwar zu Pre keine störungstypischen Probleme, wohl aber zu Follow-up (ADS).

Es soll jetzt überprüft werden, ob bzw. inwieweit sich die Schüler im Hinblick auf andere Kriterien normalisiert haben. Geprüft werden zunächst die Antworten der Klassenlehrerinnen auf die Fragen VIII.,1.–4. der TRF²⁵ und anschließend ihre Ratings im School Situations Questionnaire SSQ-H.

Tabelle 16:

Teacher’s Report Form TRF, VIII,1.-4.: Zahl der Klassenlehrerinnen-Ratings für jeden Schüler der S- und der I-Gruppe, die zu den drei Zeitpunkten Pre, Post und Follow-up im normalen Bereich liegen, und Bewertung der Intervention zu Follow-up gegenüber Pre

Schüler	Pre	Post	Follow-up	Follow-up vs. Pre
S ₁ *	4	3	3	etwas verschlechtert
S ₂	3	4	2	etwas verschlechtert
S ₃	4	3	3	etwas verschlechtert
S ₄	1	1	1	unverändert
S ₅	3	4	3	unverändert
Mittelwert	3.0	3.0	2.4	etwas verschlechtert
I ₁	0	3	4	<i>normalisiert</i>
I ₂ **	1	0	1	unverändert
I ₃	3	3	4	<i>normalisiert</i>
I ₄	1	4	4	<i>normalisiert</i>
I ₅	1	4	4	<i>normalisiert</i>
I ₆ ***	1	2	1	unverändert
Mittelwert	1.2	2.7	3.0	verbessert

* zu Follow-up unter Ritalin-Behandlung

** Beginn der Ritalin®-Behandlung 4 Wochen nach Follow-up

*** Beginn eines Behandlungsversuch mit einem homöopathischen Mittel 6 Monate nach Follow-up

²⁵ Als „nicht normal“ gelten die Antworten „deutlich weniger“ und „sehr viel weniger“, alle anderen als „normal“.

Tabelle 16 (S. 105) zeigt die Zahl der Klassenlehrerinnen-Ratings für jeden Schüler, die zu den drei Zeitpunkten Pre, Post und Follow-up im normalen Bereich liegen, und die Bewertung der Intervention zu Follow-up gegenüber Pre.

S- und I-Gruppe gleichen sich in der Hinsicht, dass sich die Ratings bei je 2 Schülern nicht verändert haben. Doch während sich die anderen 3 Schüler in der S-Gruppe alle etwas verschlechtert haben²⁶, konnten sich die anderen 4 Schüler der I-Gruppe in den Ratings ihrer Klassenlehrerinnen hinsichtlich der Fragen VIII., 1.-4. in der TRF normalisieren.

Beim SSQ-H stellt sich die Frage, welcher Wert als normal gelten bzw. welcher Wert als cutoff Punkt gewählt werden soll. Die von Altepeter & Breen (1989) mitgeteilten Normwerte für die durchschnittliche Problemintensität (1.51 ± 1.96 für 6-8jährige Jungen und 1.86 ± 2.09 für 9-11jährige Jungen) mit den daraus abgeleiteten cutoff Punkten bei 5.5 für 6-8jährige Jungen und 6.0 für 9-11jährige Jungen ($b = M + 2 \text{ SD}$ nach Jacobson & Truax, 1991) widersprechen in der Höhe der Erfahrung der Verfasserin dieser Arbeit mit ihrer schulpsychologischen Klientel. So lag die Problemintensität eines extrem auffälligen Erstklässlers, in dessen Gegenwart nur sehr selten ein geregelter Unterricht möglich war, knapp unter 6.0. Würden diese Normen angelegt, wären im übrigen die Werte aller 11 Schüler zu T_1 im Rahmen der normalen Bandbreite. Die Klassenlehrerinnen hatten diese Schüler den Beratungslehrerinnen jedoch benannt, weil sie mit ihnen Probleme hatten, die ihrer Meinung nach eben nicht in der normalen Bandbreite lagen. Am Ergebnis würde sich selbst dann nichts Wesentliches ändern, wenn $M + 1 \text{ SD}$ als cutoff Punkt angelegt würde (3.5 für 6-8jährige Jungen und 4.0 für 9-11jährige Jungen). Es liegt der Schluss nahe, dass die in Wisconsin gewonnenen Normen nicht repräsentativ für deutsche Schüler sind.

Dieser Schluss findet Unterstützung in den Ergebnissen von Breuer & Döpfner (1997), deren Mittelwert für die durchschnittliche Problemintensität in dem parallelen Home Situations Questionnaire HSQ deutlich unter den von Altepeter & Breen (1989) ermittelten Mittelwerten in diesem Verfahren liegt. Es muss demnach ein anderer Weg beschritten werden. Den können die Klassenlehrerinnen selber – indirekt – weisen mit ihrer Entscheidung, wann sie ohne die Unterstützung durch die Beratungslehrerin arbeiten wollen. Die durchschnittliche Problemintensität, die sich für den Schüler zu diesem Zeitpunkt ergibt, ist dann der gesuchte cutoff Punkt. Bei der Befragung der Klassenlehrerinnen zu Post am Ende des

²⁶ darunter auch der Schüler S₁, der zu Follow-up Ritalin® bekam und dessen AD/HS-Symptome zu Follow-up unterhalb des cutoff Punktes lagen.

Schuljahres 1999/2000 sowie aus den schriftlichen Kommentaren zu Follow-up zeigte sich, dass sich die Klassenlehrerinnen die Unterstützung durch die Beratungslehrerin bei Werten ≥ 1.57 wünschten, bei Werten ≤ 1.43 jedoch nicht (mehr); der cutoff Punkt liegt demnach bei 1.5. Tabelle 17 zeigt die durchschnittlichen Problemintensitäten im SSQ-H für die einzelnen Schüler zu den drei Zeitpunkten sowie die Bewertung bei Zugrundelegung von 1.5 als cutoff Punkt.

Tabelle 17:

School Situations Questionnaire SSQ-H: durchschnittliche Problemintensitäten der Schüler der Standard- (n=5) und Intensivberatungsgruppe (n=6) zu den 3 Messzeitpunkten Pre, Post und Follow-up und Bewertung der Intervention zum Zeitpunkt Follow-up gegenüber Pre

Schüler	Pre	Post	Follow-up	Follow-up vs. Pre
S ₁ [*]	2.6	1.7	1.6	verbessert
S ₂	1.7	1.1	1.3	<i>normalisiert</i>
S ₃	1.8	2.5	2.8	verschlechtert
S ₄	3.6	2.9	3.5	unverändert
S ₅	2.2	1.9	2.1	unverändert
Mittelwert	2.4	2.0	2.3	unverändert
I ₁	3.3	1.9	0.9	<i>normalisiert</i>
I ₂ ^{**}	3.7	3.0	2.0	verbessert
I ₃	3.0	0.8	0.6	<i>normalisiert</i>
I ₄	2.6	1.4	1.2	<i>normalisiert</i>
I ₅	3.0	1.4	0.8	<i>normalisiert</i>
I ₆ ^{***}	3.8	3.5	4.5	verschlechtert
Mittelwert	3.2	2.0	1.7	verbessert

* zu Follow-up unter Ritalin-Behandlung

** Beginn der Ritalin®-Behandlung 4 Wochen nach Follow-up

*** Beginn eines Behandlungsversuch mit einem homöopathischen Mittel 6 Monate nach Follow-up

Normalisieren konnten sich die Werte für die durchschnittliche Problemintensität bei einem Schüler der S- und 4 Schülern der I-Gruppe. Unverändert blieben die Werte bei 2 Schülern der S- und keinem Schüler der I-Gruppe. Für je einen Schüler der S- und I-Gruppe haben sich die Werte verbessert, aber nicht normalisiert, bzw. verschlechtert.

Zusammenfassung: 4 der 6 Schüler der I-Gruppe konnten sich hinsichtlich aller drei Kriterien (Diagnosekriterien, TRF Frage VIII, 1.-4. und durchschnittliche Problemintensität im SSQ-H) aus der Sicht ihrer Klassenlehrerinnen von Pre über Post nach Follow-up normalisieren, dagegen kein Schüler der S-Gruppe einschließlich des Schülers, der zu Follow-up seit einem halben Jahr Ritalin® erhielt.

3.2.2 Eltern-Ratings

Bei 10 von den 11 Schülern, die aus Lehrersicht die AD/HS-Diagnose-Kriterien erfüllen, liegen auch die Eltern-Ratings vor²⁷. Bei 6 dieser Schüler sehen auch die Eltern eine AD/HS-Symptomatik; bei ihnen liegt demnach eine pervasive AD/HS-Symptomatik vor im Unterschied zu den 4 Kindern, bei denen nur eine situative – schulische – AD/HS-Symptomatik vorliegt.

Hypothese 12: Die schulische Intervention beeinflusst die Eltern-Ratings der AD/HS- und OPP-Symptome nicht.

Hypothese 13: Die schulische Intervention beeinflusst die Eltern-Ratings der familiären Probleme (HSQ-H) nicht.

Hypothese 14: Die Probleme bei den Hausaufgaben (HPC-D) nehmen von Pre über Post nach Follow-up ab.

Für jede der abhängigen Variablen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen berechnet (Winer, 1962). Tabelle 18 (S. 109) zeigt die Ergebnisse der AD/HS- und OPP-Werte, Tabelle 19 (S.109) die Ergebnisse des HSQ-H und der HPC-D.

Die Mittelwertsunterschiede zwischen den Zeitpunkten Pre und Follow-up sind hinsichtlich der AD/HS-Symptome nicht signifikant²⁸. Beim oppositionellen Verhalten sind die Mittelwertsunterschiede auf der dimensional Ebene signifikant (Likert-Skala: $F[1,9] = 3.84$; $p < .10$), nicht aber auf der Symptomebene (Symptomzahl: $F[1,9] = 1.82$; $p > .10$).

²⁷ Von einem Schüler der I-Gruppe fehlen zu Pre die Eltern-Fragebögen zur AD/HS- und OPP-Symptomatik.

²⁸ Likert-Skala: Unaufmerksamkeit: $F[1,9] = 2.35$; $p > .10$; Hyperaktivität/Impulsivität: $F[1,9] = 1.40$; $p > .10$; AD/HS gesamt: $F[1,9] = 2.28$; $p > .10$. Symptomzahl: Unaufmerksamkeit: $F[1,9] = 0.58$; $p > .10$, Hyperaktivität/Impulsivität: $F[1,9] = 1.17$; $p > .10$; AD/HS gesamt: $F[1,9] = 1.46$; $p > .10$

Prüfung der Hypothese 12 mit den AD/HS- und OPP-Rating-Skalen:

Tabelle 18:

Intensität der AD/HS- und OPP-Symptomatik und Zahl der AD/HS- und OPP-Symptome zu den Zeitpunkten Pre und Follow-up für alle Schüler aus der Sicht der Eltern

		Pre		Follow-up	
		M	SD	M	SD
AD/HS-Likert-Skala	Unaufmerksamkeit	14.3	6.1	11.9	6.2
	Hyperaktivität/Impulsivität	12.0	8.0	9.2	3.5
	Gesamtwert	36.3	12.6	21.1	7.9
AD/HS-Symptome	Unaufmerksamkeit	4.5	2.8	3.7	2.9
	Hyperaktivität/Impulsivität	3.8	3.7	2.7	2.0
	Gesamtwert	8.3	5.3	6.4	3.7
OPP-Likert-Skala		9.5	7.3	6.6	3.2
OPP-Symptome		2.3	3.0	1.5	1.4

Die Hypothese 12, dass kein Zusammenhang zwischen der schulischen Intervention und den Eltern-Ratings hinsichtlich der AD/HS-Symptome bestand, wird angenommen. Hinsichtlich des oppositionellen Verhaltens ist es fraglich, ob die Hypothese angenommen werden kann, da sich die auf dem 10%-Niveau signifikante Abnahme von Pre nach Follow-up nur auf der dimensionalen und nicht auch auf der Symptomebene zeigt.

Prüfung der Hypothese 13 mit dem HSQ-H und der Hypothese 14 mit der HPC-D:

Tabelle 19:

Intensität der Probleme in der Familie und bei den Hausaufgaben zu den Zeitpunkten Pre, Post und Follow-up für alle Schüler aus der Sicht der Eltern

	Pre		Post		Follow-up	
	M	SD	M	SD	M	SD
HSQ-H	1.89	1.73	1.28	1.09	1.61	1.37
HPC-D	1.37	0.53	1.30	0.57	1.11	0.59

Die Mittelwertsunterschiede zwischen den Zeitpunkten Pre, Post und Follow-up sind hinsichtlich der Probleme in der Familie und bei den Hausaufgaben nicht signifikant (HSQ-H: $F[1,10] = 1.98$; $p > .10$; HPC-D: $F[1,10] = 1.40$; $p > .10$).

Hypothese 13, dass kein Zusammenhang zwischen der schulischen Intervention und den Eltern-Ratings hinsichtlich der Probleme in der Familie (HSQ-H) besteht, wird angenommen.

Hypothese 14 muss abgelehnt werden, d. h. die schulische Intervention vermindert die Probleme bei den Hausaufgaben (HPC-D) in der Einschätzung der Eltern nicht.

Ging es bei den Hypothesen 12-14 darum festzustellen, ob die Tatsache, dass mit dem Kind in der Schule eine Intervention durchgeführt wird, einen Einfluss auf die Eltern-Ratings hat, so sollen jetzt die weitergehenden Hypothesen 12'-14' geprüft und gefragt werden, ob die Intensivberatung im Unterschied zur Standardberatung doch einen Einfluss auf die Eltern-Ratings hat.

Hypothese 12': Die Intensität der schulischen Intervention beeinflusst die Eltern-Ratings der AD/HS- und OPP-Symptome nicht.

Hypothese 13': Die Intensität der schulischen Intervention beeinflusst die Eltern-Ratings der familiären Probleme (HSQ-H) nicht.

Hypothese 14': Die Probleme bei den Hausaufgaben (HPC-D) nehmen bei der I-Gruppe von Pre über Post nach Follow-up im Unterschied zur S-Gruppe ab.

Für jede der abhängigen Variablen wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse (Gruppen x Zeitpunkte) mit Messwiederholungen bei gleichen (AD/HS- und OPP-Symptome) bzw. ungleichen Stichprobenumfängen (HSQ-H und HPC-D) berechnet (Winer, 1962). Tabelle 20 (S. 111) zeigt die Ergebnisse der AD/HS- und OPP-Werte und Tabelle 21 (S. 112) die Ergebnisse des HSQ-H und der HPC-D.

Tabelle 20:

Intensität der AD/HS- und OPP-Symptomatik und Zahl der AD/HS- und OPP-Symptome zu den Zeitpunkten Pre und Follow-up bei der S- und I-Gruppe aus der Sicht der Eltern

		Pre				Follow-up			
		S-Gruppe (n = 5)		I-Gruppe (n = 5)		S-Gruppe (n = 5)		I-Gruppe (n = 5)	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
AD/HS-Likert-Skala	Unaufmerksamkeit	15.4	7.2	13.2	5.4	12.6	9.1	11.2	1.8
	Hyperaktivität/Impulsivität	10.8	8.4	13.2	8.3	9.2	3.6	9.2	3.8
	Gesamtwert	26.2	15.1	26.4	11.4	21.8	11.2	20.4	3.7
AD/HS-Symptome	Unaufmerksamkeit	5.0	3.2	4.0	2.7	4.2	3.6	3.2	2.2
	Hyperaktivität/Impulsivität	3.2	3.3	4.4	4.3	2.2	2.7	3.2	1.1
	Gesamtwert	8.2	6.1	8.4	5.1	6.4	5.0	6.4	2.3
OPP-Likert-Skala		8.6	6.0	10.4	9.0	6.6	3.6	6.6	3.2
OPP-Symptome		1.6	2.3	3.0	3.7	1.2	1.6	1.8	1.1

Alle Haupteffekte und Wechselwirkungen hinsichtlich der AD/HS sind sowohl auf der dimensionalen als auch auf der Symptomebene nicht signifikant²⁹, d. h. es besteht zwischen der Intensität der schulischen Beratung und den Eltern-Ratings zu Pre und Follow-up hinsichtlich der AD/HS-Symptome kein Zusammenhang. Hinsichtlich des oppositionellen Verhaltens ergibt sich auf der dimensional Ebene ein signifikanter Haupteffekt für die Zeitpunkte (Likert-Skala: $F[1,8] = 3.56$; $p < .10$), der sich aber auf der Symptomebene nicht zeigt ($F[1,8] = 1.71$; $p > .10$). Die Haupteffekte zwischen den Gruppen (Likert-Skala: $F[1,8] = 0.07$; $p > .10$; Symptomzahl: $F[1,8] = 0.53$; $p > .10$) sowie die Wechselwirkungen (Likert-Skala: $F[1,8] = 0.34$; $p > .10$; Symptomzahl: $F[1,8] = 0.43$; $p > .10$) sind nicht signifikant.

²⁹ Likert-Skala: Unaufmerksamkeit: Gruppen: $F[1,8] = 0.23$; $p > .10$, Zeitpunkte: $F[1,8] = 2.11$; $p > .10$, Gruppen x Zeitpunkte: $F[1,8] = 0.06$; $p > .10$; Hyperaktivität/Impulsivität: Gruppen: $F[1,8] = 0.14$; $p > .10$, Zeitpunkte: $F[1,8] = 1.28$; $p > .10$, Gruppen x Zeitpunkte: $F[1,8] = 0.23$; $p > .10$; AD/HS gesamt: Gruppen: $F[1,8] = 0.01$; $p > .10$, Zeitpunkte: $F[1,8] = 2.04$; $p > .10$, Gruppen x Zeitpunkte: $F[1,8] = 0.05$; $p > .10$.

Symptomzahl: Unaufmerksamkeit: Gruppen: $F[1,8] = 0.44$; $p > .10$, Zeitpunkte: $F[1,8] = 0.51$; $p > .10$, Gruppen x Zeitpunkte: $F[1,8] = 0.00$; $p > .10$; Hyperaktivität/Impulsivität: Gruppen: $F[1,8] = 0.46$; $p > .10$, Zeitpunkte: $F[1,8] = 1.04$; $p > .10$, Gruppen x Zeitpunkte: $F[1,8] = 0.01$; $p > .10$; AD/HS gesamt: Gruppen: $F[1,8] = 0.00$; $p > .10$, Zeitpunkte: $F[1,8] = 1.30$; $p > .10$, Gruppen x Zeitpunkte: $F[1,8] = 0.00$; $p > .10$.

Tabelle 21:

Durchschnittliche Intensität der Probleme in der Familie HSQ-H und bei den Hausaufgaben HPC-D zu den Zeitpunkten Pre, Post und Follow-up bei der S- und I-Gruppe

	Pre				Post				Follow-up			
	S-Gruppe (n = 5)		I-Gruppe (n = 6)		S-Gruppe (n = 5)		I-Gruppe (n = 6)		S-Gruppe (n = 5)		I-Gruppe (n = 6)	
	M	SD										
HSQ-H	1.7	1.3	2.1	2.1	1.1	0.6	1.4	1.4	1.4	1.0	1.8	1.7
HPC-D	1.4	0.6	1.4	0.5	1.6	0.6	1.1	0.5	1.3	0.8	0.9	0.4

Alle Haupteffekte und Wechselwirkungen sind nicht signifikant (HSQ-H: Gruppen: ($F[1,9] = 0.27$; $p > .10$), Zeitpunkte: ($F[2,18] = 1.73$; $p > .10$), Gruppen x Zeitpunkte ($F[2,18] = 0.05$; $p > .10$), . HPC-D: Gruppen: ($F[1,9] = 1.28$; $p > .10$), Zeitpunkte: ($F[2,18] = 1.28$; $p > .10$), Gruppen x Zeitpunkte ($F[2,18] = 1.25$; $p > .10$), d. h. es besteht zwischen der Intensität der schulischen Intervention und den Eltern-Ratings hinsichtlich der Probleme in der Familie und bei den Hausaufgaben zu Pre, Post und Follow-up kein Zusammenhang.

Die Null-Hypothesen müssen beibehalten werden, d. h. die Intensität der schulischen Intervention hat keinen Einfluss auf die Eltern-Ratings hinsichtlich der AD/HS- und OPP-Symptome sowie auf die Probleme in der Familie HSQ-H und bei den Hausaufgaben (HPC-D). Das oppositionelle Verhalten nimmt bei beiden Gruppen unabhängig von der Intensität der schulischen Intervention von Pre nach Follow-up ab. Dieser Befund zeigt sich jedoch nur auf der dimensionalen und nicht auch auf der Symptomebene.

Zusammenfassung: Die schulische Intervention hatte erwartungsgemäß keinen Einfluss auf die Einschätzung der AD/HS-Symptome durch die Eltern und auf die familiären Probleme. Sie hatte aber entgegen der Erwartung auch keinen Einfluss auf die Probleme bei den Hausaufgaben. Beim oppositionellen Verhalten zeigte sich unabhängig von der (Intensität der) schulischen Intervention eine signifikante Abnahme auf der dimensionalen, nicht aber auf der Symptom-Ebene.

3.2.3 Vergleich der Lehrer- und Eltern-Ratings

Lehrer und Eltern haben zu Pre unterschiedliche Sichtweisen sowohl bezüglich des störungstypischen als auch des allgemeinen Problemverhaltens. Der Mittelwert der Kinder, der sich aufgrund der Eltern-Ratings auf der AD/HS-Gesamtskala ergibt ($M = 26.3$), ist signifikant niedriger als der Mittelwert der Lehrer-Ratings ($M = 36.9$; $t = 2.38$; $\alpha < .05$). Die Eltern schätzen ihre Kinder also als weniger gestört ein als die Lehrer, insbesondere als weniger hyperaktiv und impulsiv ($t = 3.10$; $\alpha < .05$). Darüber hinaus sind die Einschätzungen der Lehrer und Eltern unkorreliert (AD/HS-Gesamtskala: $r = .09$). Das äußert sich derart, dass die Lehrerin z. B. bei einem Kind eine AD/HS vom Mischtyp sieht, die Eltern aber den vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ. Oder die Lehrerin sieht den vorwiegend un-aufmerksamen Typ, und die Eltern sehen gar keine Störung. Zu Follow-up unterschieden sich die Mittelwerte zwischen Lehrer- und Eltern-Ratings zwar nicht mehr ($M = 25.6$ bzw. 21.1), was entweder daran lag, dass sich die Lehrer die Sichtweise der Eltern zu eigen gemacht hatten, oder aber, dass es ihnen gelungen war, das störungstypische Verhalten der Kinder in der Schule signifikant zu reduzieren ($t = 3.20$; $\alpha < .05$; Korrelation der Lehrer-Ratings zwischen Pre und Follow-up: $r = -0.16$), wohingegen das (geringe) störungstypische Verhalten aus der Sicht der Eltern weitgehend stabil blieb ($t = 1.51$; $\alpha > .10$; Korrelation der Eltern-Ratings zwischen Pre und Follow-up: $r = .52$; $\alpha < .10$).

Auch gab es hinsichtlich des oppositionellen Verhaltens weder zu Pre, noch zu Follow-up eine Übereinstimmung zwischen Lehrern und Eltern (Pre: $r = -0.22$; Follow-up: $r = -0.10$). Aus der Sicht von beiden Informanten war das oppositionelle Verhalten außerordentlich stabil über die Zeit (Korrelation der Lehrer-Ratings zwischen Pre und Follow-up: $r = .81$; $\alpha < .01$. Korrelationen der Elternratings zwischen Pre und Follow-up: $r = .89$, $\alpha < .001$), wenngleich das oppositionelle Verhalten signifikant abnahm (Lehrer: $t = 2.64$; $\alpha < .05$. Eltern: $t = 1.96$; $\alpha < .10$). Beim oppositionellen Verhalten sind die Mittelwerte bei den Eltern-Ratings etwas, aber nicht signifikant, höher als die Lehrer-Ratings.

Die Korrelationen zwischen SSQ-H und HSQ-H zu Pre, Post und Follow-up sind mit $r = .18$, $r = .16$ bzw. $r = .48$ allesamt nicht signifikant, d. h. Kinder, die sich in der Schule problematisch verhielten, verhielten sich nicht auch in der Familie problematisch und vice versa, oder anders ausgedrückt: das von Lehrern und Eltern wahrgenommene Problemverhalten der Kinder war situationsspezifisch. Dabei waren die Mittelwerte der Lehrer- und Eltern-Ratings zu allen drei Zeitpunkten bei den Lehrern höher (Pre: 2.8 vs. 1.9 ; Post: 2.0 vs. 1.3 ; Follow-up: 2.0 vs. 1.6), d. h. auch hier schätzten die Lehrer die Kinder als proble-

matischer ein als die Eltern; die Mittelwertsdifferenzen waren jedoch nicht signifikant ($t_{\text{Pre}} = 1.42$; $t_{\text{Post}} = 1.06$; $t_{\text{Follow-up}} = 0.18$; $\alpha > .10$). Das (geringe) Problemverhalten der Kinder in der Familie war stabiler über die Zeit als das in der Schule (Korrelation zwischen Pre und Follow-up bei den Eltern $r = .68$ und bei den Lehrern $r = .40$). Die größte Veränderung (bzw. die niedrigste Korrelation) zwischen je zwei Zeitpunkten zeigte sich mit $r = .62$ bei den Lehrern zwischen Pre und Post, also während der Beratung in der Zeit zwischen Ostern und dem Schuljahrsende. Bei den Eltern fand die größte Veränderung zwischen Post und Follow-up statt ($r = .72$), also erst im folgenden Schulhalbjahr.

3.2.4 Beschreibung des Interventionsverlaufs bei ausgewählten Fällen

Die Auswahl und Darstellung der einzelnen Fälle erfolgt nach dem Kriterium, ob ein Aspekt der facettenreichen AD/HS-Problematik in besonderer Weise durch den Fall beleuchtet wird. Dieser Aspekt wird jeweils vorangestellt. Es werden zwei der aus der I-Gruppe erfolgreich abgeschlossenen Fälle und zwei nicht bzw. weniger erfolgreich abgeschlossene Fällen dargestellt. Ergänzt werden die Fallstudien durch den einen Schüler aus der S-Gruppe, der mit Beginn des neuen Schuljahres Ritalin® bekam.

Die Informationen beruhen auf Daten aus Fragebögen (TRF, CBCL 4-18) und Ratingskalen (AD/HS, OPP; SSQ-H, HSQ-H) sowie auf Informationen durch die Beratungslehrerinnen, in deren Verantwortung die Fallbearbeitung lag. Dazu kommen die Informationen aus den Telefoninterviews mit den Lehrerinnen zu Post sowie Äußerungen von Eltern aus den teilweise telefonisch abgefragten Ratings. Gelegentlich mussten Lehrerinnen und Eltern an die Rücksendung der Unterlagen erinnert werden. Auch diese Gelegenheit wurde gern zum Gespräch genutzt, wobei sich die Projektleiterin zurück hielt, um die Beratungsbeziehung zwischen den Beratungslehrerinnen und den Eltern nicht zu beeinträchtigen. Bei der Darstellung werden im Einzelfall auch Angaben mit berücksichtigt, die zu Gruppenvergleichen (z. B. wegen des Wechsels von Fachlehrerinnen) nicht herangezogen wurden.

Als Einstieg sollen die beiden nicht bzw. weniger erfolgreich abgeschlossenen Fälle dienen, da bei Misserfolgen die „Stolpersteine“ und die Grenzen schulischer Interventionen besonders deutlich werden. Die Erkenntnisse aus der Verlaufskritik werden dem Einzelfall jeweils in einem Satz voran gestellt.

Paul, 1. Klasse

- ☛ Das Kontingenzmanagement verlangt klare Vereinbarungen und deren strikte Einhaltung.
- ☛ Die Entscheidung für ein Kontingenzmanagement sollte mit festen Zeiten für Besprechungen (Routinen!) zwischen Klassen-/Fachlehrer und Beratungslehrer sowie zwischen Beratungslehrer und Supervisor verbunden werden.
- ☛ Das Lehrermanagement findet in der Regel seine Grenzen da, wo Lehrer keine eigenen Beobachtungsmöglichkeiten haben (Pausen!).
- ☛ Was als Problem empfunden wird, hängt nicht nur vom Verhalten des Kindes, sondern auch vom Bezugsrahmen des Beurteilers ab.
- ☛ Das Wissen um das Vorliegen einer Störung kann im Einzelfall hilfreich sein.
- ☛ Schwankungen im Verhalten gehören zum Störungsbild.

Das Kontingenzmanagement gestaltete sich im Fall von Paul in mehrfacher Hinsicht schwierig. Leider wurde das Gespräch zwischen Klassen- und Co-Klassenlehrerin vor der Erhebung der Grundrate versäumt, das mit einer Einigung auf eine Problemverhaltensweise hätte enden müssen. Die Klassenlehrerin hatte die problematischen Situationen (z. B. Frontalunterricht, Pause), nicht aber ein bestimmtes problematisches Verhalten in der betreffenden Situation protokolliert. Da nun aber das Bedürfnis, etwas zu tun, groß war und beide Lehrerinnen mit der Intervention beginnen wollten, einigten sie sich darauf, mit Pauls „Dazwischenreden“ als Problemverhalten zu beginnen, das einzige, für das eine Grundrate bei beiden Lehrerinnen erstellt werden und ein gemeinsames Zielverhalten definiert werden konnte: „Paul ruft in Einführungsphasen nicht dazwischen.“ Vereinbart wurde, dass Paul für jeweils einen Sanduhrdurchlauf (5 Min.), in dem es ihm gelingen würde, nicht dazwischen zu rufen, einen Punkt erhielt. Bei zwei Frontalphasen täglich à ca. 10 Minuten würde Paul demnach vier Punkte pro Tag und ca. 20 Punkte/Woche bekommen können. Die Punkte sollte er am Ende der Woche – so war es mit Paul vertraglich geregelt worden - gegen Süßigkeiten eintauschen können.

Die Intervention verlief erfolglos. Anlässlich einer Hospitation stellte die Beratungslehrerin fest, dass Paul keine Punkte bekam, obwohl ihm welche zugestanden hätten. Anders als vereinbart hatten die Lehrerinnen Paul nur einen Punkt gegeben, wenn er sich den ganzen Tag zurück gehalten hatte. Da ihm aber für extremes Fehlverhalten ein Punkt abgezogen

wurde, hatte er bald gar keine Punkte mehr. Auch ließ sich die Verstärkung nicht wie geplant durchführen: Die Großeltern ließen sich nicht einbinden und deckten Paul nach Wunsch mit Süßigkeiten ein mit der Konsequenz, dass die Süßigkeiten, die ihm von den Lehrerinnen als Belohnung zudedacht waren, keinen Anreiz mehr boten, d. h. ihre Verstärker-Funktion einbüßten. Dazu stellte sich bei den Lehrerinnen angesichts der Streitigkeiten, in die Paul immer wieder verwickelt war, zunehmender Unmut darüber ein, dass sie sich mit dem vergleichsweise geringfügigen Problem des Dazwischenrufens befassen mussten. Die daraufhin erfolgte Analyse der Situationen durch die Projektleiterin ergab, dass sich der Streit vielfach daran entzündete, dass Paul den Kindern zu nahe trat, er sich an ihren Sachen zu schaffen machte oder sie auch angriff. Ein neues Management wurde zwischen den Lehrerinnen, Schülern und Paul vereinbart. Die Kinder verständigten sich auf „Pikachu“ als Signalwort, das für Paul bedeuten sollte: „Halte dich zurück.“ Da sich die Situationen jedoch nicht durchgehend unter den Augen der Lehrerinnen abspielten, waren auch deren Möglichkeiten der Verstärkung beschränkt. Darüber hinaus umging Paul die Regelung so clever, indem er seine Mitschüler in einer Weise provozierte, dass sie das Signalwort sagen mussten und er so eine Belohnung erzwang.

Das Kontingenzmanagement wurde daraufhin aufgegeben, und die Beratungslehrerin nahm Paul zum Herbst in eine von ihr angeleitete Spielregel-Gruppe auf in der Hoffnung, dass Paul das, was er dort lernen würde, in die Klassensituation transferieren würde.

Die Beratungslehrerin hatte den beiden Lehrerinnen keine besonderen unterrichtsbezogenen Maßnahmen im Sinne von TEACCH empfohlen, da an der ganzen Schule Regeln und Routinen sehr geschätzt werden und wegen des hohen Ausländeranteils ohnehin sehr viel visualisiert wird. Als einzige Veränderung wurde die sehr geduldige Sitznachbarin von Paul weggesetzt. Paul bekam als neuen Sitznachbarn ein Kind, das in der Lage war, ihm frühzeitig und deutlich Grenzen zu setzen. „Grenzen“ und „Strukturen“ waren überhaupt die Schlüsselwörter für den Umgang mit Paul. So achteten die Lehrerinnen auch darauf, dass er sie nicht von Partner zu Partner, sondern von Schüler zu Lehrerin ansprach (Grenze zwischen den Generation bzw. Rollen). Hilfreich war auch, wenn er morgens als einer der ersten in die Klasse kam oder er in den Nebenraum gehen durfte, wenn es in der Klasse zu „wuselig“ wurde (einfache soziale Strukturen nach einer Funktionsanalyse). Einsicht in Pauls Bedürfnisse gab auch die Beobachtung, dass er es mit Erleichterung aufnahm, als eine normalerweise von zwei Lehrerinnen durchgeführte Stunde nur von einer Lehrerin er-

teilt werden konnte (obwohl die Beziehung zwischen ihm und beiden Lehrerinnen gut war) (einfache Beziehungsstruktur) .

Wenn die Schulsituation im SSQ-H (Tabelle 22) von den Lehrerinnen zu Post als weniger problematisch eingeschätzt wurde als zu Pre, dann ging das weniger auf die getroffenen Maßnahmen zurück, als vielmehr auf die Veränderung des Bezugsrahmens der Co-Klassenlehrerin.

Tabelle 22:

Paul: School Situations Questionnaire SSQ-H, durchschnittliche Problemintensität

	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Follow-up</i>
Klassenlehrerin	3.80	3.46	4.47
Co-Klassenlehrerin	8.00	2.50	-

Die Co-Klassenlehrerin war zum Zeitpunkt Pre neu nach Hamburg gekommen und hatte in dieser Schule ihre erste Stelle in Hamburg angetreten. Sie war, wie sie sagt, von der ganzen Schule geschockt und hatte abends „nur heulend auf dem Sofa gelegen“. Sie hatte zuvor in einer Klasse nur 15 Kinder aus besser gestellten Elternhäusern in einem anderen Bundesland unterrichtet. Wie der Wert zum Zeitpunkt Post zeigt, ist ihr die Anpassung an die neue Situation innerhalb von drei Monaten gelungen. (Für den Zeitpunkt Follow-up liegen keine Werte vor, weil sie zum neuen Schuljahr eine 1. Klasse übernommen und nicht mehr in dieser Klasse unterrichtet hatte.)

Wie Tabelle 22 zeigt, ist die Problemintensität der Schulsituation nach Einschätzung der Klassenlehrerin zu Follow-up deutlich und noch über den Ausgangswert hinaus angestiegen. Dieser Befund findet seine Entsprechung in den AD/HS- und OPP-Ratingskalen zu Pre und Follow-up (Tabelle 23, S.118):

Wie die Werte in den Tabellen 23 (S. 118) zu Pre und 24 (S.119) zeigen, waren zu Beginn des Projektes die größeren Probleme in der Familie zu beobachten. Insofern wurde mit der Beratungslehrerin besprochen, dass sie der Mutter empfehlen sollte, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Die Beratungslehrerin folgte dieser Empfehlung, bekam im Gespräch mit der Mutter zu dieser aber eine so gute Beziehung, dass sie selber mit Bausteinen aus dem Therapieprogramm THOP begann (z. B. „Was-ist-schön-Tagebuch“). Die Mutter meldete das Kind bei einem Kinderpsychiater an, und das Kind und die Eltern hatten dann kurz vor Follow-up ihre ersten Termine. Das ausgestellte Rezept für D-L-Amphetaminsulfat löste

die Mutter jedoch vorläufig nicht ein; sie will zuvor noch ein homöopathisches Präparat ausprobieren. Hintergrund für die Entscheidung der Mutter mag neben den Vorbehalten gegen eine medikamentöse Therapie auch sein, dass

- Paul seine Leistungen trotz einer schwankenden Arbeitshaltung verbessert hat und zu T₃ ein durchschnittlicher Schüler ist
- die Mutter mit Paul Zuhause deutlich besser zurecht kommt als früher. Seit sie wisse, dass seinem Verhalten eine Störung zugrunde liege und er nicht anders könne, sei sie sehr viel gelassener und toleranter im Umgang mit ihm.
- sie Pauls Entwicklung als ein ständiges Auf und Ab erlebt und hofft, dass der aktuell schlechten Phase in der Schule bald wieder eine gute folgt. Noch vor Weihnachten hätten die Lehrerinnen sie gefragt, ob er auf Diät sei; er sei wie ausgewechselt und völlig unauffällig. Jetzt sei er in der Schule wieder auffällig.
- es den Lehrerinnen nicht gelungen ist, der Mutter die sozialen Probleme von Paul zu vermitteln, wobei noch zu klären wäre, ob und ggf. wie er selber darunter leidet.

Tabelle 23:

Paul: Veränderung der Antworten der Klassenlehrerin und der Mutter auf der AD/HS- und der OPP-Rating-Skala von Pre nach Follow up

		Pre			Follow-up		
		Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ	Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ
Klassen- lehrerin	Unaufmerksamkeit	8	1	AD/HD-HI	18	6	AD/HD-C
	Hyperakt./Impulsivität	20	6		19	8	
	AD/HS-Gesamtskala	28	7		37	14	
	Opp. Verhalten	13	3	Ø	13	6	ODD
Mutter	Unaufmerksamkeit	10	3	AD/HD-HI	11	3	Ø
	Hyperakt./Impulsivität	17	9		7	4	
	AD/HS-Gesamtskala	27	12		18	7	
	Opp Verhalten	21	7	ODD	10	3	Ø

Tabelle 24:

Paul: Ergebnisse in der CBCL 4-18 und der TRF

	T_{INT}	T_{EXT}	T_{VI}	T_{gesamt}
TRF, Klassenlehrerin	54	77	62	68
TRF, Co-Klassenlehrerin	60	75	61	68
CBCL 4-18, Mutter	70	80	75	76

Die Mutter erklärte, sich in Paul wieder zu erkennen. Nachdem sie anfangs noch gesagt hatte, ihre eigenen Schulprobleme hätten sich ab der 5. Klasse gelegt, sagte sie zu einem späteren Zeitpunkt, dass sie auch heute noch viele Flüchtigkeitsfehler machen würde. Sie müsste sich zu regelmäßigen Kontrollen ihrer Arbeit zwingen. Zufällig ergab es sich, dass die Mutter die Fragebögen bei der Projektleiterin ausfüllte, die bei der Rückgabe des ersten Fragebogens etliche ausgelassene Items bemerkte. Als die Projektleiterin die Mutter darauf aufmerksam machte, stellte sich heraus, dass diese Auslassungen der Mutter unterlaufen waren, ohne dass sie es selber gemerkt hatte. Mithilfe eines Lineals zur Zeilenführung gelang es der Mutter, die nächsten Fragebögen vollständig auszufüllen. Nach der Verabschiedung musste die Projektleiterin der Mutter die Brille nachtragen ...

Den Lehrerinnen half, dass

- sie wussten, dass Pauls Problemen eine Störung zugrunde liegt, mit der sie sich auseinander gesetzt hatten (21 richtige Antworten im Fragebogen „Fakten und Mythen“ zu Post gegenüber 15 zu Pre bei der Klassenlehrerin)
- sie jederzeit auf die Beratungslehrerin zugehen können, in der sie eine kompetente Gesprächspartnerin haben
- sie selber starke Persönlichkeiten sind
- die Kooperation mit der Mutter sehr gut war (Klassenlehrerin: „Wir sind ein Team.“)
- sie in ein kooperatives Kollegium eingebunden sind.

Die Klassenlehrerin vermerkte auf der Rückseite eines der Fragebögen zu Follow-up: „Ich habe das Gefühl, dass sich weniger Pauls Verhalten geändert hat, als mein Verständnis für seine Situation. Dadurch kann ich problematische Situationen leichter vermeiden oder schneller lösen. Aber es bleibt sehr anstrengend für uns beide.“

Micki, 2. Klasse

- Die Indikation für eine Pharmakotherapie wird unabhängig von der Frage gestellt, ob die Kriterien für eine AD/HS erfüllt sind. Sie wird bestimmt vom Leidensdruck und von der Gefahr für die Entwicklung des Kindes, die anders nicht abzuwenden scheint.
- Der Begriff „Störung“ kann Eltern verletzen, insbesondere, wenn sie die Wahrnehmung des Verhaltens, das als Störung bezeichnet wird, bei sich selber abwehren.
- Das Wissen um die Möglichkeit einer erblichen Disposition schafft ggf. professionelle Distanz und bewirkt in Elterngesprächen realistische Einschätzungen dessen, was Lehrer von Eltern erwarten können.
- Es gibt Interventionsziele, die sich in der Schule nur mit entsprechenden personellen Ressourcen mit Hilfe des Kontingenzmanagements umsetzen lassen.

Tabelle 25:

Micki: Veränderung der Antworten der Klassenlehrerin und der Eltern auf der AD/HS- und der OPP-Rating-Skala von Pre nach Follow-up

		Pre			Follow-up		
		Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ	Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ
Lehrerin	Unaufmerksamkeit	20	7	AD/HD-C	15	5	teil- remittiert
	Hyperakt./Impulsivität	18	7		6	1	
	AD/HS-Gesamtskala	38	14		21	6	
	Opp. Verhalten	16	5	ODD	9	3	Ø
Eltern	Unaufmerksamkeit	6	0	Ø	13	6	AD/HD-IA
	Hyperakt./Impulsivität	3	0		9	4	
	AD/HS-Gesamtskala	9	0		22	10	
	Opp. Trotzverhalten	1	0	Ø	2	1	Ø

Zu Beginn des Projektes sah es so aus, als sei die AD/HS-Symptomatik von Micki situationsspezifisch und würde sich auf die Schule beschränken. Die Summen der Punktwerte auf den AD/HS-Likert-Skalen (Klassenlehrerin: 38, Eltern: 9) unterschieden sich erheblich

(Tabelle 25, S. 120). Ein halbes Jahr nach Beendigung des Projektes hatten sich Klassenlehrerin und Eltern quasi auf einen mittleren Wert, nämlich 21-22, „geeignet“. Aus der Sicht der Klassenlehrerin hatten sich insbesondere die Symptome Hyperaktivität/Impulsivität deutlich abgeschwächt („AD/HS, teilremittiert“), darüber hinaus auch das oppositionelle Verhalten von fünf auf drei Symptome bzw. Werte von 16 auf 9 auf der Likert-Skala. Da Micki die noch vorhandenen Symptome (träumen und trödeln) jedoch erheblich beeinträchtigten, (er entwickelte sich leistungsmäßig kaum weiter, so dass seine Schullaufbahn gefährdet war; er litt unter seinem Schulversagen) und die Lehrerinnen sie mit pädagogischen Mitteln nicht beeinflussen konnten, hatten sie sich für eine Pharmakotherapie ausgesprochen.

Welche Gründe könnten nun für das veränderte Antwortverhalten der Eltern erklären?

- Die Eltern waren zu Beginn nicht bereit, wahrgenommene Probleme ihres Kindes der Lehrerin gegenüber zu äußern und bagatellisierten sie.
- Die Sensibilität der elterlichen Problemwahrnehmung hatte zugenommen.
- Das Bezugssystem der Eltern für normales Verhalten passte sich dem der Klassenlehrerin an.
- Die Eltern hatten wegen der Situationsspezifität der Symptome insbesondere aufgrund der zunehmenden Anforderungen bei den Hausaufgaben von der 2. zur 3. Klasse bessere Gelegenheiten, die Aufmerksamkeitsprobleme ihres Kindes zu beobachten.

Tatsächlich hatte der Vater zum Zeitpunkt Pre die Befürchtung ausgesprochen, seinem Sohn mit seinen Antworten im Fragebogen zu schaden. Es hatte bereits lange vor Beginn des Projekts ein Gespräch mit der Klassenlehrerin stattgefunden, in dem diese die Möglichkeit einer Störung des Kindes und ihrer medikamentösen Behandlung angesprochen hatte. Die von der Klassenlehrerin geäußerte Ähnlichkeit des Verhaltens von Vater und Sohn wies der Vater entschieden zurück: „Mein Junge ist nicht wie ich; sonst hätte er jeden, egal wie lang oder breit, in den Papierkorb gesteckt.“ Dass Micki bereits einem Mitschüler einen Zahn ausgeschlagen hatte, sagte er nicht. Die von der Lehrerin angeführten Beispiele für problematisches Verhalten hielt der Vater für normal, d. h. sein Bezugssystem unterschied sich von dem der Klassenlehrerin. Der Vater: „Mein Junge ist nicht problematisch; ich bin froh, dass er voller Energie ist.“ Der Vater war stolz, trotz ungünstiger psychosozialer Umstände seinen Weg im Leben gemacht und seinem Sohn bessere Startbedingungen gegeben zu haben, als er sie hatte. Lieber wollte er die Ursache von Problemen sein, als

dass man seinem über alles geliebten Sohn etwas anhängen würde. („Da bin ich das Problem“ auf die Frage im HSQ-H, wie problematisch die Situation ist, wenn der Vater zu Hause ist.). Er war sehr angetan von dem Engagement der Beratungslehrerin, die Mickis Lehrerinnen unterstützte. In dem Satz, dass aus ihm auch was anderes hätte werden können als ..., wenn er auf eine Beratungslehrerin wie „sein Junge“ gestoßen wäre, schwang Einsicht mit, von der Störung selbst betroffen zu sein. In diesem Satz spiegelte sich eine bemerkenswerte Entwicklung wider, für die Eltern, die plötzlich mit ihrer eigenen Betroffenheit konfrontiert werden, Zeit und Verständnis brauchen.

Diese Entwicklung beinhaltete Trauerarbeit, die in Mickis Fall mit sehr viel Aggression von Seiten der Eltern verbunden war. Diese Aggression hatte sich zuletzt gegen den auf hyperkinetische Störungen spezialisierten Kinderarzt gerichtet. Die Klagen über die aus der Sicht der Eltern unprofessionell gestaltete Terminvergabe bei diesem Arzt und dessen Reaktion auf die Kritik der Eltern („ans Warten muss sich Micki gewöhnen“) nahm im Interview derart viel Raum ein, dass darüber die Informationen fast verloren gegangen wären, dass

- Micki seit einigen Wochen Ritalin® zwar nicht von dem spezialisierten, doch aber vom überweisenden Kinderarzt verschrieben bekomme,
- die Mathematiklehrerin den Eltern berichtet habe, dass Micki jetzt im Unterricht sehr viel mehr Aufgaben schaffe,
- er in einem Sozialpädiatrischen Zentrum zur Abklärung von Teilfunktionsstörungen angemeldet sei und die Eltern auf einen Termin warten würden.

Ein Grund für das Scheitern des Kontingenzmanagements mag eine Rolle gespielt haben, dass der Vater dem Sohn nach der vermeintlich erfolgreichen ersten Woche zur – so nicht mit den Lehrerinnen abgesprochenen – Belohnung gleich ein Fahrrad schenkte. Entscheidend aber dürfte gewesen sein, dass das Interventionsziel „Er erfüllt die Aufgaben in der verabredeten Zeit selbständig und richtig“ in seiner Zielsetzung zwar sinnvoll, in seiner Durchführung aber zu anspruchsvoll war. Micki sollte selber vorher schätzen, wie viel er in der Zeit, die für ihn mithilfe einer Sanduhr sichtbar gemacht wurde, schaffen würde. Traf seine Prognose zu oder übertraf er sie gar, erhielt er einen Punkt. Dies setzte in der Phase des anfänglichen Lehrermanagements zweimal eine individuelle Zuwendung entsprechend der Absprache voraus, was die Lehrerinnen im Rahmen einer Regelklasse nicht regelmässig leisten konnten. Auch der Versuch, statt der Punkte (verzögerte Verstärkung) sofort einen Verstärker zu geben, wirkte nur vorübergehend, so dass die Klassenlehrerin nach elf Wo-

chen vergeblichen Bemühens und Hoffens auf den Protokollbogen schrieb: „Statt Tabelle → Tablette“.

Wenn auch das Kontingenzmanagement zur Verbesserung der Arbeitshaltung und letztlich des Leistungsstandes bei Micki scheiterte - seine vor Beginn des Projekts noch als durchschnittlich beurteilten Leistungen in Deutsch und Mathematik wurden zum Ende des Schuljahres als etwas unterdurchschnittlich beurteilt - so wurde Micki doch ruhiger und verhielt sich weniger oppositionell (siehe Tabelle 25, S. 120). Er wurde von der Klassenlehrerin als zunehmend weniger problematisch beurteilt (SSQ-H, Problemintensität: Pre: 4,1, Post: 3,0, Follow-up: 2,5), was auf die lehrer- und unterrichtsbezogenen Maßnahmen im Anschluss an eine Funktionsanalyse zurückgeführt werden dürfte, z. B.

- berührten die Lehrerinnen ihren „Zauberstein“, sobald sie merkten, dass sie sich über Micki ärgerten,
- stellten sie Micki, wenn möglich, Aufgaben, bei denen er seine Hände gebrauchen musste, was inkompatibel mit seinem ständigen Spiel mit den Händen ist.

Rischou, 2. Klasse

- ☛ Die Lehrerinnen empfinden ein Problemverhalten erst als Belastung, wenn es gehäuft auftritt.
- ☛ Selbst häufiges Problemverhalten wird in Fällen, in denen die Lehrerin davon ausgeht, dass der Schüler „nicht anders kann“, nicht notwendig als belastend empfunden.
- ☛ Das Kontingenzmanagement ermöglicht einen Perspektivwechsel. Das Kind wird mehr gesehen.
- ☛ Die Akzeptanz des Kindes und seiner Störung durch die Lehrerin führt zu einer Abnahme des störungstypischen und des Problemverhaltens in Schule und Familie (!) allgemein.

Die Klassenlehrerin von Rischou benannte zwei problematische Verhaltensweisen, die sie mittels Kontingenzverstärkung abbauen wollte:

- (a) Rischou ruft unaufgefordert in die Klasse
- (b) Rischou geht in der Klasse herum (guckt anderen zu, redet mit ihnen)

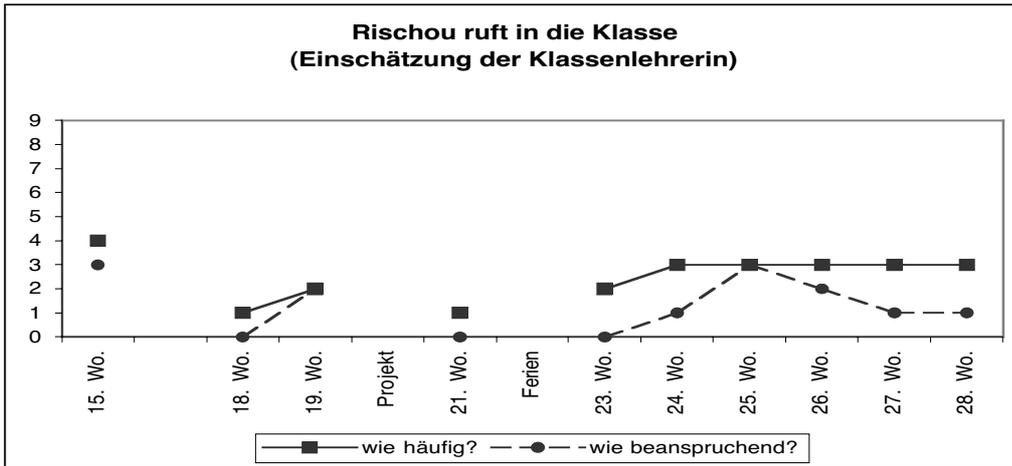


Abbildung 6:

Grundrate und Intervention zum Problemverhalten „Dazwischenrufen“ bei der Klassenlehrerin

Als Interventionsziele wurden entsprechend formuliert:

- (a) Rischou meldet sich, wenn er etwas sagen oder fragen möchte
- (b) Rischou bleibt am Platz und arbeitet nach Lehrer-Anweisung, verlässt ihn nur in Einklang mit den Klassenregeln

Für die Fachlehrerin war nur das Dazwischenrufen ein Problem; sie beteiligte sich jedoch auch an der zweiten Intervention, die drei Wochen nach der ersten hinzu genommen wurde.

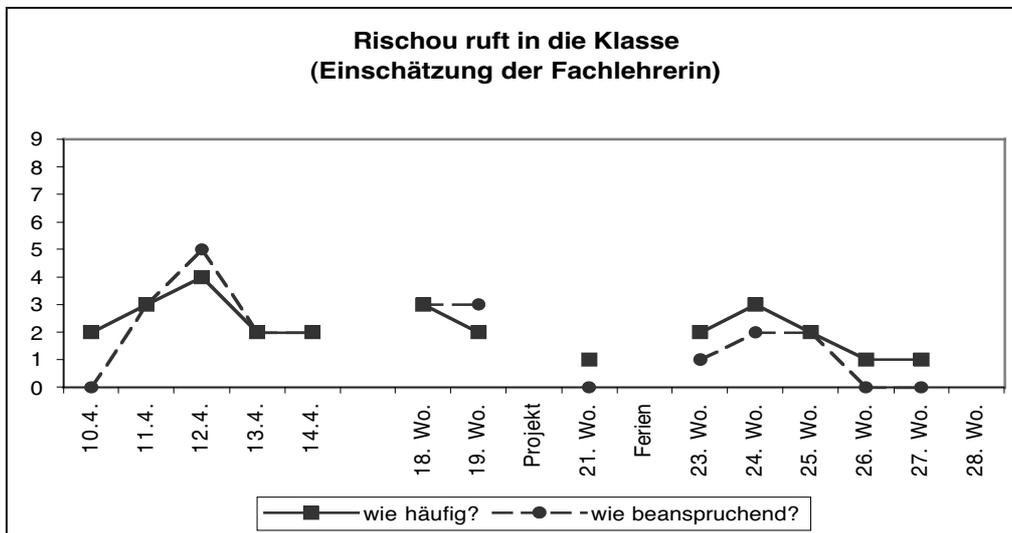


Abbildung 7:

Grundrate und Intervention zum Problemverhalten „Dazwischenrufen“ bei der Fachlehrerin

Dem ständig beobachteten „Dazwischenrufen“ gab die Klassenlehrerin während der Grundratenerhebung einen Beanspruchungswert von 3.0. Die Fachlehrerin gab dem von ihr dreibis mehrmals täglich beobachteten „Dazwischenrufen“ einen Beanspruchungswert von 2.4. Ihr gelang es, dieses Problem innerhalb von acht Wochen zum Schuljahrsende auf einmal täglich zu verringern und damit auf ein Ausmaß, das von ihr nicht mehr als Belastung erlebt wurde. Der Klassenlehrerin gelang es bereits in den ersten vier Interventionswochen, das „Dazwischenrufen“ von „ständig“ auf durchschnittlich zweimal täglich zu reduzieren; diese Häufigkeit erlebte sie nicht mehr als Belastung. Sie war begeistert von dem schnellen Erfolg der Intervention, und vielleicht war es dieser Umstand, der aus der anfangs eher „Klagenden“, die – wie die Beratungslehrerin sagte – nur am Schimpfen sei, eine „Kundin“ gemacht hatte. In den letzten fünf Wochen verflog der schnelle Erfolg jedoch fast ganz. Erstaunlicherweise fiel die Beanspruchungskurve nach einem kurzen Anstieg trotz des wieder mehrmals täglich beobachteten Dazwischenrufens ab.

Dasselbe Phänomen war bei dem zweiten Problemverhalten, dem „Herumlaufen“, zu beobachten.

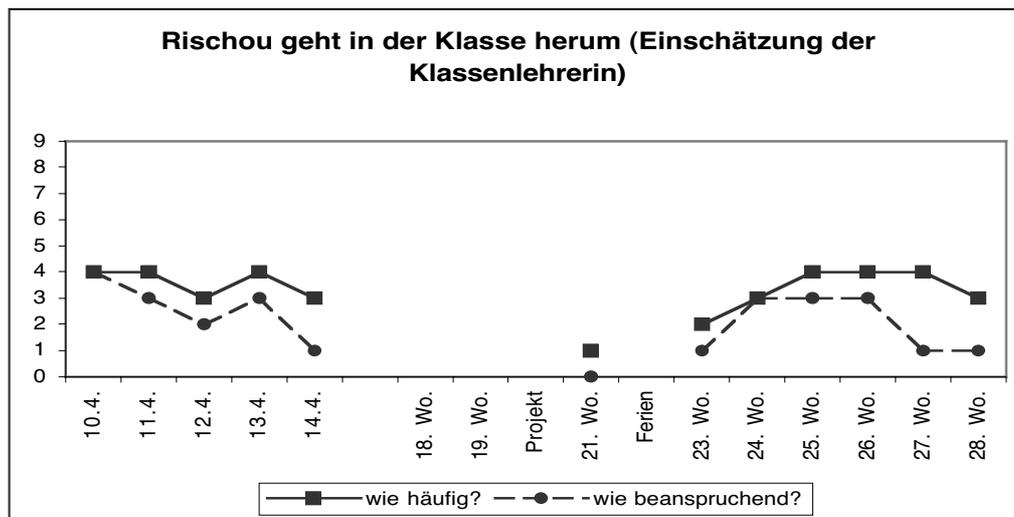


Abbildung 8:

Grundrate und Intervention zum Problemverhalten „Herumgehen und Reden“ bei der Klassenlehrerin

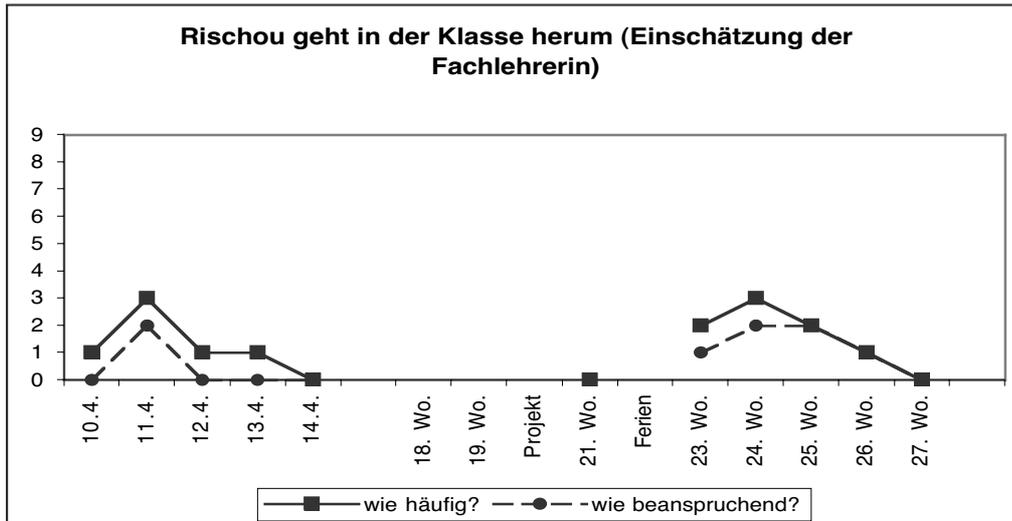


Abbildung 9:

Grundrate und Intervention zum Problemverhalten „Herumgehen und Reden“ bei der Fachlehrerin

Dazu die Erklärung der Klassenlehrerin: „Im Moment ist er erschöpft.“ Rischous besseres Verhalten bei der Fachlehrerin hinsichtlich beider Problemverhaltensweisen zeigte jedoch, dass diese Erklärung nicht zwingend war. Sie dürfte aber für einen Perspektivwechsel weg von der Norm- und hin zur Kindorientierung stehen und damit für eine bessere Akzeptanz des Kindes und seiner Störung sorgen: Die Klassenlehrerin erkannte das Bemühen des Kindes an und akzeptierte seine Grenzen, auch wenn diese noch nicht der Klassen- oder Altersnorm entsprachen. Die Fachlehrerin band die Mitschüler ein und warb auch bei ihnen um Akzeptanz: „Der ist so, wenn er in seine Wuselschiene kommt.“ Dieser Perspektivwechsel hatte sich nachhaltig positiv auf das Kind, die Klassenlehrerin und die Familie (!) ausgewirkt, wie sich an den Werten im SSQ-H und HSQ-H zeigt, die von durchschnittlich 3.3 auf 0.9 bzw. von 4.9 auf 2.3 abnahmen (siehe Tab. 26, S. 127). Bemerkung der Fachlehrerin: „Rischou tut alles für den Lehrer, wenn er merkt, dass er angenommen ist.“ Die Belastung mit AD/HS- und OPP-Symptomen sank lt. Einschätzung der Klassenlehrerin von insgesamt 18 auf 3 und lt. Einschätzung der Mutter von insgesamt 20 auf 8 (siehe Tab. 27, S.127). Anzumerken ist, dass keine Interventionen in oder mit der Familie stattgefunden hatten.

Tabelle 26:

Rischou: Problemsituationen in der Schule (SSQ-H) und in der Familie (HSQ-H)

	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Follow-up</i>
SSQ-H, durchschnittliche Problemintensität	3.3	1.9	0.9
HSQ-H, durchschnittliche Problemintensität	4.9	3.6	2.3

Die zu Beginn des Projekts „etwas unterdurchschnittlichen“ Leistungen in Deutsch, Mathematik und Sachunterricht wurden zum Schuljahrsende mit „durchschnittlich“ bewertet und konnten sich auf diesem Niveau halten bis auf Rechtschreibung, die zu Follow-up mit stark unterdurchschnittlich bewertet wurde. Während er zum Zeitpunkt Pre „deutlich weniger“ arbeitete und lernte, arbeitete und lernte er zu Post bereits „etwa gleich viel“ im Vergleich mit Schülern gleichen Alters, was zu Follow-up so blieb. Sein Verhalten war zu Pre „deutlich weniger“ angemessen, zu Post nur noch „etwas weniger“ und zu Follow-up „etwa gleich“. Die Normalisierung von Verhalten und Leistungen zeigte sich - mit Ausnahme der Rechtschreibung - demnach auch in der TRF, VII. und VIII.

Tabelle 27:

Rischou: Veränderung der Antworten der Klassenlehrerin und der Mutter auf der AD/HS- und der OPP-Rating-Skala von Pre nach Follow-up

		Pre			Follow-up		
		Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ	Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ
Lehrerin	Unaufmerksamkeit	22	9	AD/HD-C	10	2	Ø
	Hyperakt./Impulsivität	25	8		11	1	
	AD/HS-Gesamtskala	47	17		21	3	
	Opp. Verhalten	5	1	Ø	3	0	Ø
Mutter	Unaufmerksamkeit	16	4	AD/HD-HI	10	3	Ø
	Hyperakt./Impulsivität	25	9		5	2	
	AD/HS-Gesamtskala	41	13		15	5	
	Opp. Verhalten	19	7	ODD	9	3	Ø

Jean, 3. Klasse

- ☛ Die Lehrerin kämpfte zu Beginn des Projektbeginns mit vielen Problemen in der Klasse und sah in der Intervention einen Beitrag zur eigenen Stressbewältigung.
- ☛ Eine Fokussierung der Intervention auf das Arbeitsverhalten zog einen Abbau störenden Verhaltens wie Herumlaufen in der Klasse automatisch nach sich, da es inkompatibel mit dem Zielverhalten war.

Jean bearbeitete die gestellten Aufgaben nicht, lief stattdessen in der Klasse herum, spielte mit dem Unterrichtsmaterial, sprach mit seinen Nachbarn oder rief quer durch die Klasse. Wenn er im mündlichen Unterricht nicht gleich dran kam, reagierte er sauer und sagte die Antworten vor. Wenn er sich doch an die Aufgabe machte, dann nur für kurze Zeit. Er raderte viel, weinte, schimpfte, zerknüllte das Blatt. Die Klassenlehrerin deutete sein Verhalten als eine Mischung aus AD/HS und Vermeidungsstrategie aus Angst vor Misserfolg (er war als Wiederholer in ihre Klasse gekommen) und war sich sicher, dass Jean Leistungen erbringen könne, wenn es gelänge, ihm seine Angst zu nehmen und seine Aufmerksamkeit auf die Aufgaben zu fokussieren (IQ = 105 im CFT 20).

Folgendes Zielverhalten wurde für Jean formuliert:

- (a) Ich nehme Aufgaben widerspruchslos an, frage notfalls nach und arbeite zielgerichtet.
- (b) Wenn ich mich melde, warte ich die Reihenfolge ab, bis meine Meldung dran genommen wird. (Jean hilft die Zusage, spätestens als Dritter oder Vierter dran genommen zu werden.)

Die Klassenlehrerin hatte sich für die Erhebung der Grundrate zwei Wochen Zeit genommen und dann in den zweimal Fünf-Wochen-Blöcken vor und nach den Ferien beide Ziele erreicht. Angesichts einer relativ hohen Beanspruchung durch das erste Problemverhalten mit einem durchschnittlichen Wert von ca. 5 ist das ein sehr erfreuliches Ergebnis.

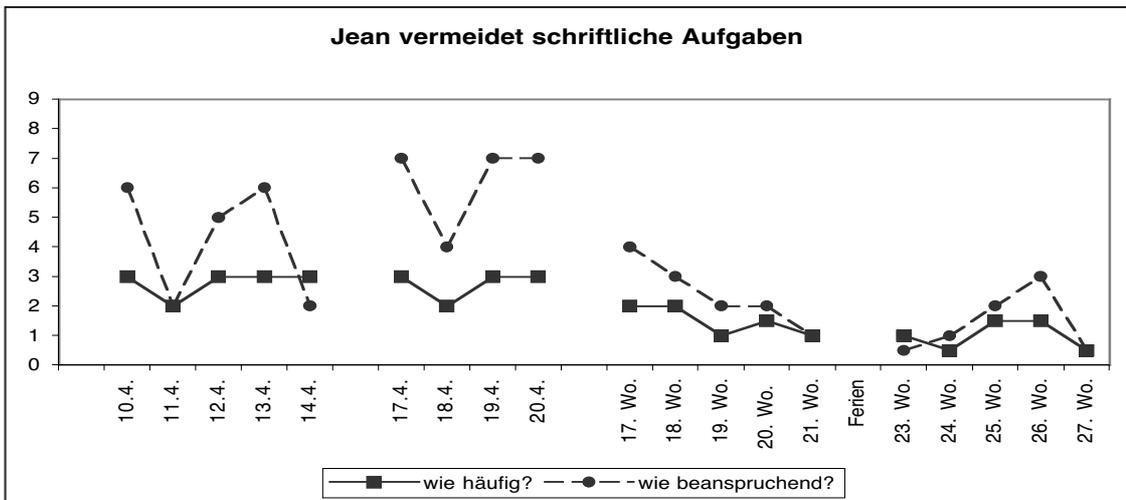


Abbildung 10:

Häufigkeit des Problemverhaltens „Vermeidung schriftlicher Aufgaben“ und Beanspruchung

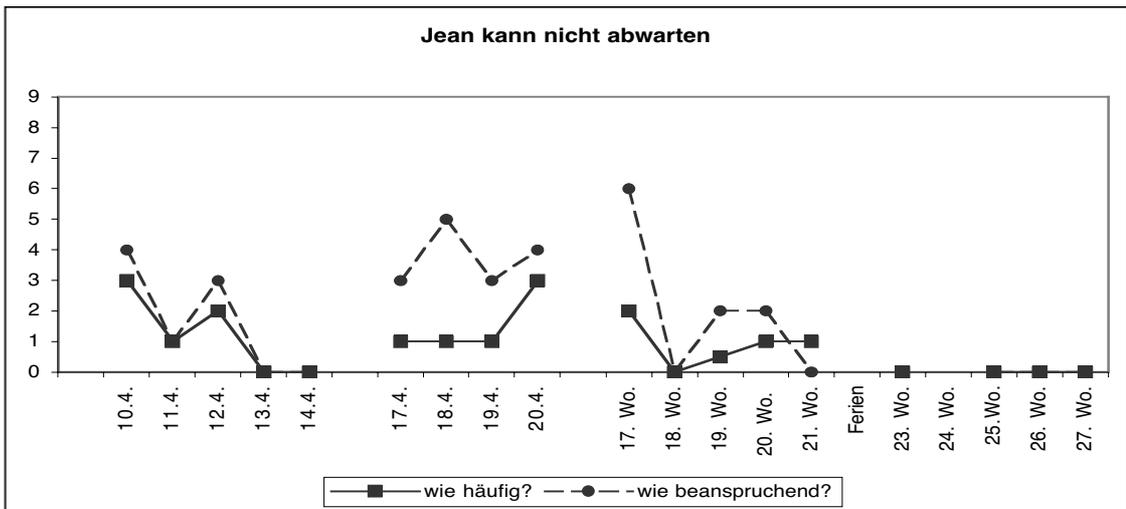


Abbildung 11:

Häufigkeit des Problemverhaltens „kann nicht warten“ und Beanspruchung

Was hatte aus der Sicht der Klassenlehrerin zu dem positiven Verlauf geführt? Sie nannte als Gründe:

- klare Grenzen durch Strukturierung von Raum und Zeit
- häufige und deutliche Rückmeldungen
- Fokussierung von Jeans Aufmerksamkeit auf das, was ihm gelungen ist
- die vier Gespräche, die die Beratungslehrerin mit Jean geführt hat
- die Freude der Mädchen beim Fußballspiel, die zufällig besonders oft an den Ball kamen und dies Jean zuschrieben, dem sie die Fußballstunde zu verdanken hatten (Tauschverstärker für 10 Punkte).

Die Grundlage für diesen Erfolg ist wohl auch die Auseinandersetzung der Klassenlehrerin mit dem Störungsbild, die sich im Ergebnis im Fragebogen „Fakten und Mythen“ zum Störungs- und Behandlungswissen widerspiegelt, wo sie sich von 7 auf 19 richtige Antworten verbessern konnte.

Hervorzuheben ist die genaue Protokollierung der Klassenlehrerin, der sehr genaue Beobachtungen zugrunde lagen, aus denen sie offensichtlich auch die richtigen Schlüsse zog. Aber auch die Fachlehrerin leistete ihren Beitrag, indem sie Jean erklärte, warum sie sich an dem Punkte-Plan nicht beteiligte. Ihre Bitte um Verständnis honorierte Jean in einer Weise, dass sie über die nächsten Stunden sagen konnte: „Ich hab ihn gar nicht gemerkt.“ Auch der folgende Mathe-Test fiel besser als sonst, nämlich durchschnittlich, aus.

Im SSQ-H nahm die durchschnittliche Problemintensität von Pre (2.8) nach Post (0.8) deutlich ab und konnte sich auf diesem niedrigen Niveau zu Follow-up halten (0.6). Auch verbesserte sich die Beurteilung seines Arbeits- und Sozialverhaltens. Vor allem aber machte Jean aus der Sicht der Klassenlehrerin einen Sprung von „deutlich weniger“ glücklich und zufrieden auf „etwa gleich“ glücklich und zufrieden im Vergleich mit Schülern gleichen Alters.

Ihr Kommentar zu Follow-up am 13.2.01: „In zwei Bereichen (Mathe, Rechtschreibung) hat er deutliche Probleme. Nach anfänglichem Unmut zu Beginn des Schuljahres hat er jetzt begonnen zu üben und kann erste Erfolge erleben. Seine anfängliche Unruhe ist auch nicht mehr so ausgeprägt, so dass er kaum noch – im negativen Sinne – auffällig ist.“

Jonny, 3. Klasse

- ☛ Jonny erhielt - ohne Rücksprache mit der Schule - zu Beginn der 4. Klasse Ritalin® (2 Tbl. morgens, 1 Tbl. mittags, 1 Tbl. nachmittags bei Bedarf).
- ☛ Die Klassenlehrerin beobachtete unter Ritalin® vor allem eine Abnahme der Symptome von Hyperaktivität, die Mutter eine Abnahme der Symptome von Unaufmerksamkeit bei persistierender Hyperaktivität.
- ☛ Die Leistungen im Lesen und in der Rechtschreibung waren ein halbes Jahr unter Ritalin®-Behandlung weiterhin „stark unterdurchschnittlich“.

Tabelle 28:

Jonny: Veränderung der Antworten der Klassenlehrerin und der Mutter auf der AD/HS- und der OPP-Rating-Skala von Pre nach Follow-up

		Pre			Follow-up		
		Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ	Punkt- Σ Likert- Skala	Symptom- zahl	Typ
Lehrerin	Unaufmerksamkeit	20	6	AD/HD-IA	14	5	teil- re- mittiert
	Hyperakt./Impulsivität	15	3		3	0	
	AD/HS-Gesamtskala	35	9		17	5	
	Opp. Verhalten	4	0	∅	0	0	∅
Mutter	Unaufmerksamkeit	17	7	AD/HD-C	9	3	AD/HD-HI
	Hyperakt./Impulsivität	18	6		13	6	
	AD/HS-Gesamtskala	35	13		22	9	
	Opp. Verhalten	11	3	∅	9	3	∅

Jonny wurde von seiner Klassenlehrerin als lieb und ausgesprochen hilfsbereit beschrieben. Im Umgang mit seinen Mitschülern gab es keinerlei Probleme. In der TRF lagen seine T-Werte für internalisierende und externalisierende Störungen im Durchschnittsbereich. Nur der T-Wert für die Skala VI (Aufmerksamkeitsprobleme) lag mit $T_{VI} = 67$ im Grenzbereich. Auch zu Hause gäbe es außer den nervigen Streitereien mit seiner Schwester keine Probleme ($T_{INT} = 56$, $T_{EXT} = 63$), wenn da nicht Jonnys gravierende Probleme mit dem Lesen und

Schreiben wären. Jonny konnte Mitte des 3. Schuljahres lt. Aussage der Klassenlehrerin kaum lesen und musste jeden Abend zu Hause eine halbe Stunde üben. In der Schule „verzögert er schriftliche Arbeiten, wo er kann“ und hatte Angst, Fehler zu machen. In den drei mit der ganzen Klasse routinemäßig durchgeführten Rechtschreibtests waren seine Ergebnisse jeweils die mit Abstand schlechtesten, wenngleich der Abstand zum Klassendurchschnitt immer geringer wurde. Die Eltern hatten den Eindruck, dass Jonny so schlecht sei, weil er sich vor lauter Unruhe und Zappeligkeit nicht konzentrieren würde (CBCL 4-18: $T_{VI} = 72$). Ohne mit der Schule über eine medikamentöse Behandlung zu sprechen, meldete die Mutter Jonny in einer auf hyperkinetische Störungen spezialisierten Kinderarztpraxis an und bekam einen Termin Ende des Schuljahres. Einen Tag darauf bat die Mutter die Projektleiterin, die von Jonny erhobenen Daten der Kinderarztpraxis zur Verfügung zu stellen. Jonny wurde Ritalin® verschrieben, und in der Tat beobachteten Klassenlehrerin und Eltern, dass Jonny weniger zappelte, sich weniger leicht ablenken ließ und sich auf schriftliche Arbeiten längere Zeit konzentrieren konnte (mit Lego Spielen konnte er sich schon immer lange beschäftigen). Die Erwartung, dass sich nun auch seine Leistungen verbesserten, hatte sich aber in dem halben Jahr noch nicht erfüllt. Sie blieben im Lesen und in der Rechtschreibung „stark unterdurchschnittlich“ (TRF, Frage VII, vom 12.1.01).

3.2.5 Transfer vom Lehrertraining auf neue Beratungssituationen

Die sechs Beratungslehrerinnen berichteten immer gern darüber, wie sie ihre im Training erworbenen Kompetenzen anwenden konnten. In der einen oder anderen Angelegenheit holten sie sich von der Projektleiterin auch noch Unterstützung. In einem Fall konnte eine der Beratungslehrerinnen ihre zusätzlich erworbenen Kompetenzen in einem Interview schildern (Bonorden, 2001). Im Folgenden seien die Berichte wiedergegeben:

- Eine Klassenlehrerin hatte 3 1/2 Jahre lang „alles Mögliche“ mit einem Schüler versucht; es hatte alles nichts genützt. Nach Absolvierung des Trainings empfahl die Beratungslehrerin dieser Kollegin den ersten Therapie-Baustein F05 aus dem THOP: Fokussierung der Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse. Schon nach zwei bis drei Wochen kam die Rückmeldung der Klassenlehrerin: In den letzten Wochen der 4. Klasse sei es noch einmal so richtig schön mit ihrem Schüler. Die Klassenlehrerin war überaus erleichtert, dass sie nun mit dem Schüler „im Reinen“ war und man sich am Ende der Grundschulzeit friedlich trennen konnte.

- Klassen- und Beratungslehrerin erlebten einen Schüler mit einer AD/HS-Symptomatik als nur bedrückt, und nachdem die Maßnahmen der Schule nichts gebracht hatten, hatte die Beratungslehrerin die Mutter über die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung informiert. Der Schüler bekam Amphetamin, und Mutter, Klassen- und Beratungslehrerin freuten sich darüber, dass der Schüler zum ersten Mal im Laufe seiner Schulzeit lachte. Seine Schrift sei nicht zu vergleichen mit der von früher, und er habe „wahnsinnige Lernerfolge“. Willkommene Nebenwirkung war, dass der zuvor übergewichtige Schüler abnahm.
- Eine Beratungslehrerin hatte durch die Veranstaltung erkannt, dass sie einen Schüler mit einer AD/HS in ihrer eigenen Klasse hatte, den sie jetzt mit ganz anderen Augen sah. „Ich habe eine andere Einstellung zu dem Kind... Ich habe erkannt, dass das AD/HS-Kind deshalb Probleme hat, mit einer Aufgabe zu beginnen, weil er die Handlungsabfolge nicht sieht – nicht weiß, wann was an welcher Stelle zu tun ist. Dabei helfe ich ihm jetzt.“
- Eine Beratungslehrerin hatte es übernommen, das gesamte Kollegium in einer Stunde über das Thema AD/HS zu informieren. „Den Ätiologie-Fragebogen will ich genau so auf unserer Lehrer-Konferenz übernehmen; den fand ich gut.“
- Eine Beratungslehrerin berichtete: „Eine sehr erfahrene Kollegin habe ich gerade noch stoppen können. Sie wollte die Eltern eines AD/HS-Kindes einladen und sie mit der Aussage konfrontieren: ‚Bei Ihnen ist in der Erziehung ja wohl einiges schief gelaufen.‘“
- Eine Beratungslehrerin hatte in ihrer neuen 1. Klasse einen Jungen, der zeitweise so laut herum schrie, dass sie nicht mehr unterrichten konnte. Sie hatte mit der Mutter besprochen, dass diese dann mit ihrem Kind in einen Einzelraum gehen sollte, wo der Schüler die Aufgaben zu bearbeiten hätte. Der Beratungslehrerin war wichtig, dass der Schüler lernt, mit seinem Schreien vor den Aufgaben nicht ausweichen zu können. Gleichzeitig hatte der Junge einen Termin bei einem Kinderarzt bekommen, der Ritalin® verschrieben hatte. „Die Hilfe der medikamentösen Therapie ist enorm. Ich hoffe, dass durch die frühe Intervention die sich anbahnenden Probleme im Arbeits- und Sozialverhalten kupiert werden konnten. Mein Wissen um die AD/HS-Symptomatik hat dem Kind, den Eltern, mir und der Klasse viel Leid erspart.“

- Eine Beratungslehrerin hatte zum Schuljahrsende die Eltern von 23 unruhigen Kindern „zu einem Informationsabend mit anschließendem Erfahrungsaustausch für betroffene Eltern zum Thema `Das hyperaktive Kind und seine Probleme´“ in die Schule eingeladen. Sie hatte sich für diesen Zweck den Film „Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht“ vom Landesmedienzentrum ausgeliehen.
- Zwei Beratungslehrerinnen hatten an ihrer Schule einen Gesprächskreis für Eltern von Schülern mit einer AD/HS initiiert. In einem Fall wird er wesentlich von einer Mutter getragen, die im Zuge der Schulprobleme ihres Kindes auf die eigene Betroffenheit gestoßen war, was ihr die Augen für die eigenen Probleme geöffnet hatte. Im anderen Fall wird er geleitet von einer Lehrerin, die selber Mutter eines betroffenen Kindes ist.

4 Diskussion

Das vorliegende AD/HS-Lehrer-Gruppentraining ist in dreifacher Hinsicht das erste seiner Art: Es ist das erste im deutschen Sprachraum und der erste Versuch, die Forschungsergebnisse zur AD/HS in ein Lehrertraining einzuarbeiten, das in das entwicklungs-therapeutisch orientierte TEACCH-Konzept eingebettet ist. Auch ist es das erste Mal, dass bei einem AD/HS-Training, das sich vorrangig an tätige Lehrer wendet, die Trainingseffekte auf die Schüler untersucht werden. Die Evaluation der Trainingsdurchführung und der Programmeffekte auf die Schüler haben gezeigt, dass dieser Versuch insgesamt gelungen ist.

Die an dem AD/HS-Lehrer-Gruppentraining teilnehmenden Beratungslehrer waren mit durchschnittlich ca. 20 Jahren Schulpraxis sehr erfahrene Lehrer, als Beratungslehrer aber mit einer durchschnittlichen Tätigkeitsdauer von 3,4 Jahren deutlich weniger erfahren. So verstanden sie denn das Gruppentraining auch entsprechend dem Konzept der Beratungslehrausbildung (Freie und Hansestadt Hamburg, 1/2000) als Aufbaukurs, mehr oder weniger anschließend an die Grundausbildung. Der von ihnen geschätzte Anteil an Kindern mit einem Verdacht auf eine AD/HS in der eigenen Beratungsklientel ist mit ca. 38% ausgesprochen hoch. Angesichts ihrer im üblichen Rahmen liegenden Schätzung der Kinder mit einer AD/HS in der eigenen Klasse (11,5%) kann davon ausgegangen werden, dass diese Schätzung nicht überhöht ist. Den größten Gewinn für ihren Umgang mit Schülern mit einer AD/HS zogen die Teilnehmer bisher aus ihren fallbezogenen Kontakten mit Schulpsychologen und vor allem den Eltern der Kinder, was den Befund von Reid et. al. (1996) bestätigt, demzufolge Eltern von AD/HS-Kindern für Lehrer eine wichtige Informationsquelle sind. Die Teilnehmer hatten bereits Erfahrungen mit verschiedenen außerschulischen Behandlungen und ihre Wirkung auf das Lernen und Verhalten der Kinder in der Schule sammeln können. Bei ihrer Effizienzschätzung belegte die medikamentöse Behandlung den ersten Rang; sie wurde durchschnittlich etwas besser als „mittel“ hilfreich eingeschätzt gegenüber den Einschätzungen von Elternberatung, psychomotorischer Übungsbehandlung und Ergotherapie, deren Einschätzungen zwischen „etwas“ und „mittel“ hilfreich angesiedelt waren.

Die Beratungslehrer konnten ihr Störungs- und Behandlungswissen, gemessen mit dem um 2 Items erweiterten Fragebogen des Mayo Research Center (Barbaresi & Olsen, 1998) um 14% von 76% auf 90% sehr signifikant verbessern. Bei Barbaresi & Olsen (1998) betrug der Lernzuwachs – allerdings nach einer nur 3-stündigen Veranstaltung – durchschnittlich nur 8% (von 77% auf 85%). Die insgesamt 169 Teilnehmer an Fortbildungsveranstaltungen

im Rahmen der Implantation eines School-based Consultation Program (Shapiro et al., 1996) konnten sich im ADHD Knowledge Test von Anastopoulos, Shelton, & DuPaul (1992, zit. nach Shapiro et al., 1996), um durchschnittlich 18% von 75% auf 93% richtig beantwortete Items verbessern. Das Ausgangswissen der Teilnehmer am vorliegenden AD/HS-Lehrer-Training entsprach also dem der amerikanischen Lehrer, und ihr Lernzuwachs lag zwischen den Ergebnissen der anderen beiden Untersuchungen. Anders als in der Untersuchung von Lauth & Knoop (1998) sah kein(!) Teilnehmer die Ursache der Störung in ungünstigem Erziehungsverhalten, vielmehr - mit zwei Ausnahmen, wo die Ursache in Zucker und Nahrungsmittelzusätzen gesehen wurde - in „biologischen Vulnerabilitäten“. Offensichtlich handelte es sich bei den Teilnehmern um eine ausgelesene Stichprobe, die sich bereits mit dem Störungsbild auseinander gesetzt hatten, aber doch nur auf das Ausgangsniveau der amerikanischen Lehrer kamen, die offensichtlich besser informiert sind als unausgelesene deutsche Lehrer wie bei Lauth & Knoop (1998).

Um so mehr fällt ins Gewicht, dass alle Teilnehmer entweder „zufrieden“ oder – sehr viel seltener – „eher zufrieden“ waren. Für die Einschränkungen bei den Beurteilungen „der Verständlichkeit der Darstellung“ und „ der zeitlichen Gewichtung der einzelnen Themen“ dürften drei Gründe eine Rolle gespielt haben:

1. Die Trainingsleiterin hatte den Zeitbedarf insgesamt zu knapp bemessen. Dieses hätte vermieden werden können bei einer Orientierung der Entwicklung des Trainings an den Prinzipien des „prototyping“ (Ruddat & Cropley, 1995). Für die Trainingsleiterin war es – von einer eintägigen Veranstaltung im Rahmen einer Schulanfangstagung im Institut für Lehrerfortbildung zu Beginn des Schuljahres 1999/2000 abgesehen – die erste Erfahrung mit diesem Training.
2. Die Trainingsleiterin hatte irrtümlich die Kenntnis des Kontingenzmanagements bei den Teilnehmern vorausgesetzt. Sie sah sich so plötzlich vor die Anforderung gestellt, dieses zu vermitteln, worauf sie einerseits nicht vorbereitet war und was andererseits auf Kosten des Trainings-Bausteins „Beratung“ ging. Die Leitlinien für Diagnostik, Intervention und Evaluation sollten zur Erleichterung des Transfers des Gelernten auf die eigene Beratungspraxis im Rollenspiel dargeboten und eingeübt werden, musste nun aber auf einen kurzen Vortrag reduziert werden. Die Beantwortung der Fragen zum Fall musste ganz entfallen.
3. Die Befragung erfolgte am Ende der 3. Sitzung und damit unter dem unmittelbaren Eindruck des unter 2. genannten Problems.

Die Antworten auf zwei ähnliche Fragen fielen unterschiedlich aus. Die „Auswahl der Themen hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz“ wurde günstiger beurteilt als die „Anregungen für Ihre Praxis“. Auch die Veranstaltungen von Zentall & Javorsky (1997) und Shapiro et al. (1996) erhielten die vergleichsweise schlechtesten Bewertungen bei den Transfer-Items („applicability of the materials to their work“ bei Zentall & Javorsky, 1997, und „measurable gains in social skills behaviors of students“ bei Shapiro et al., 1996). Möglicherweise sind Lehrer allgemein sehr zurückhaltend bei ihrer Einschätzung der Übertragbarkeit von Trainingsinhalten auf ihre Praxis. Die Bewertung mag die Erfahrung mit ihren Schülern widerspiegeln, bei denen sie täglich erleben, dass z. B. die Kenntnis der Rechtschreibregeln noch nicht bedeutet, dass sie auch angewendet werden (können). Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass die angebotene Praxisbegleitung im Anschluss an das Gruppentraining auch nachgefragt wurde, bedeutet sie doch eine größere Annäherung an die Anforderungen der Praxis im kollegialen Erfahrungsaustausch.

Trotz der Kritik an der Trainingsdurchführung, die gerade den Baustein „Beratung“ betraf, kamen die Teilnehmer – gemessen auf der 10-stufigen Ziffernskala - zu der Selbsteinschätzung, dass sie ihre Beratungskompetenz entsprechend ihren Erwartungen verbessern konnten und ihre selbst gesetzten Ziele erreicht hatten.

Kritisch wurde die Zeitstruktur gesehen: Zwischen 18 und 19 Uhr war die Konzentration nach Angaben der Teilnehmer, die bereits einen normalen Unterrichtsvormittag hinter sich hatten, erheblich eingeschränkt. Viele hätten gern eine Stunde früher Schluss gehabt und wären dafür lieber noch an einem vierten Nachmittag gekommen.

Die Evaluation der Trainingseffekte ergab, dass die Intensität der AD/HS-Symptomatik und das oppositionelle Verhalten der Schüler aus der Sicht ihrer Klassenlehrerinnen 6 Monate nach der Beratung signifikant geringer waren als vor der Beratung.

Während die Verhaltensprobleme in der Schule bei der zunächst unproblematischeren Standardberatungs-(S-)Gruppe³⁰ (durchschnittliche Problemintensität im SSQ-H zu Pre: 2.4) über das Jahr hinweg mehr oder weniger unverändert blieben (Post: 2.0; Follow-up: 2.3), nahmen sie bei der problematischeren Intensivberatungs-(I-)Gruppe³¹ nachhaltig ab (Pre: 3.1; Post: 2.0; Follow-up: 1.8), so dass diese Gruppe ca. 6 Monate nach Abschluss der Beratung sogar als unproblematischer beurteilt wurde als die S-Gruppe zu allen Zeitpunk-

³⁰ mit durchschnittlich ca. 7.6 LWStd. punktueller Beratung

³¹ mit durchschnittlich ca. 18.2 LWStd. Beratung, verteilt über 10-12 Wochen

ten. Und während die Kinder der S-Gruppe von ihren Klassenlehrerinnen zu Pre und Post im Vergleich mit Schülern gleichen Alters noch als (fast) gleich glücklich und zufrieden beurteilt wurden (jeweils 4.4; 4 = gleich, 5 = etwas weniger), verschlechterte sich diese Beurteilung in der Zeit ohne Beratung zu Follow-up (5.0) im Unterschied zu der I-Gruppe, bei der die Entwicklung gegenläufig war (Pre: 5.2; Post: 5.0; Follow-up: 4.5). Kurz: Durch die Standardberatung haben zwar die Symptome der Störungen abgenommen, aber nicht die Probleme, was mit einer Verschlechterung der anfangs normalen Befindlichkeit der Kinder parallel verlief. Durch die Intensivberatung dagegen haben sowohl die Symptome als auch die Probleme abgenommen, was mit einer Normalisierung der anfangs schlechten Befindlichkeit der Kinder parallel verlief. Für den Erfolg einer Intervention ist also nicht die Verringerung der Zahl der Symptome entscheidend, sondern die Verringerung der Intensität der Probleme. So waren die Eltern von Micki im Einvernehmen mit den Lehrerinnen zu einer medikamentösen Behandlung bereit, obwohl er die Kriterien für eine AD/HS (Vorhandensein von mehr als 6 Unaufmerksamkeits- oder Hyperaktivitäts-Impulsivitäts-Symptomen in mindestens zwei Lebensbereichen) nicht erfüllte. Aber die Probleme hatten nicht ausreichend abgenommen. Die Indikation einer Maßnahme ist also von der Antwort auf die Frage abhängig, ob die Maßnahme voraussichtlich dazu beiträgt, die Probleme zu bewältigen, und nicht, ob die Kriterien für die Diagnose erfüllt sind, deren Validität im übrigen ja noch keinesfalls gesichert ist.

In diesem Zusammenhang sei an den Ansatz von Mota & Schachar (2000) erinnert (siehe Kapitel 1.2.1, S. 16), die die Diagnose auf solche Symptome beschränkt wissen wollen, die auch tatsächlich eine Beeinträchtigung voraussagen. Die Befragung der Eltern und Lehrer von 218 Kindern hatte mit ihrer Methode zu einer 2-3mal höheren Übereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern geführt als dies bei Anwendung der DSM-IV-Kriterien üblicherweise der Fall ist (siehe den Überblick bei Safer, 2000). Das ist ein großer Vorteil angesichts der Probleme, die sich in der vorliegenden Stichprobe infolge fehlender Übereinstimmung der Sichtweisen von Eltern und Lehrern hinsichtlich der AD/HS-Symptomatik zeigten. Dieser Befund repliziert Ergebnisse an sehr viel größeren Stichproben (z. B. Gomez et al., 1999) .

Die Analyse auf der individuellen Ebene ergab bei 4 Kindern der I-Gruppe (n = 6) eine „Normalisierung“ aus der Sicht ihrer Klassenlehrerinnen, was bei keinem Kind der S-Gruppe (n = 5) der Fall war. Als „normalisiert“ wurden solche Kinder bezeichnet, die die folgenden drei Kriterien erfüllten:

- < 6 Unaufmerksamkeitssymptome, < 6 Hyperaktivitäts-/Impulsivitätssymptome und < 4 Symptome oppositionellen Verhaltens
- alle Lehrer-Ratings zu der Frage VIII., 1.-4., im altersentsprechenden Bereich³²
- durchschnittliche Problemintensität im SSQ-H < 1.5

Die „Normalisierung“ darf nicht als *Heilung* missinterpretiert werden. So wie die Mutter von Paul und die Klassenlehrerin von Jean ein Kommen und Gehen („wax and wane“³³) der Symptome sahen, bedeutet die „Normalisierung“ in diesen 4 Fällen auch nur, dass die Störung des Kindes von ihm gemeinsam mit seiner Klassenlehrerin aktuell *bewältigt* wird. In einem neuen Kontext und/oder bei neuen Entwicklungsaufgaben (Übergang in die Sekundarstufe, Pubertät, Übergang in das Berufsleben, Eltern-Rolle) mag die Störung das Kind bzw. den Jugendlichen oder Erwachsenen erneut beeinträchtigen und eine Intervention erfordern. Zu denken gibt, dass es - neben einem deutschen Kind – gerade die drei Kinder nicht-deutscher Herkunft aus der I-Gruppe waren, bei denen sich das Verhalten „normalisiert“ hatte. Diese Tatsache wirft die Frage nach dem kulturellen Einfluss auf, die noch weiter an Gewicht gewinnt angesichts der Tatsache, dass bei allen drei deutschen Kindern der I-Gruppe die Frage der medikamentösen Behandlung aufgeworfen wurde, nicht aber bei den Kindern nicht-deutscher Herkunft. Bei dem deutschen Kind, dessen Verhalten sich normalisiert hatte, ging diese Frage von der Mutter aus. Der Behandlungsversuch mit Ritalin® wurde jedoch auf Empfehlung des Kinder- und Jugendpsychiaters zurückgestellt, der zunächst das Ergebnis der familiären Umstrukturierung abwarten wollte.

Die schulische Beratung hatte keinen Einfluss auf die AD/HS-Eltern-Ratings und die Probleme in der Familie (HSQ-H), was die Hypothese bestätigt, dass die Interventionen situationsspezifisch wirken und die Probleme da gelöst werden müssen, wo sie sich zeigen bzw. wahrgenommen werden. So wie Lehrer in aller Regel nicht darauf hoffen dürfen, dass außerschulische Maßnahmen die Probleme in der Schule günstig beeinflussen (Abramowitz & O’Leary, 1991), so wirken sich umgekehrt schulische Maßnahmen offensichtlich auch nicht günstig auf die Probleme in der Familie aus. Dieses auf Gruppenebene gewonnene Ergebnis schließt jedoch nicht aus, dass es im Einzelfall – wie das Beispiel von Rischou zeigte - auch anders sein kann. Die im Rahmen der schulischen Beratung erfolgte einmalige Elternberatung führte aber immerhin doch dazu, dass die Eltern die Kinder (auf der dimen-

³² Kategorien „sehr viel mehr“ bis „etwas weniger“

³³ „As with other chronic conditions ... the need for active treatment may wax and wane.“ (MTA, 1999, S. 1084)

sionalen Ebene) als weniger oppositionell einschätzten – ein Befund, der sich auch bei den Lehrern fand. Angesichts der Tatsache, dass das oppositionelle Verhalten eine Mediatorenrolle für die Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens und von antisozialen Persönlichkeitsstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen spielt (Loeber et al., 2000), kann dieser Befund gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Mutter von Paul erklärte die Veränderung ihrer Einschätzung seines Verhaltens durch das Wissen, dass Pauls Verhalten eine Störung zugrunde liege, und ihrem daraufhin gelassenerem und toleranterem Umgang mit ihm.

Allerdings hatte die Elternberatung – und das wider Erwarten - auch keinen Einfluss auf die Probleme bei den Hausaufgaben (HPC-D). Dieser Therapie-Baustein kann also nicht nur mit einem Hand-out abgedeckt werden. Die Bedeutung, die ihm zukommt, muss sich auch in der Zeit niederschlagen, während der sich die Teilnehmer diesem Thema im Training widmen. Mit Ausnahme des oppositionellen Verhaltens sahen die Lehrer bei den Kindern insgesamt mehr Probleme als die Eltern, was im Zusammenhang mit der fehlenden Übereinstimmung zwischen Lehrer- und Eltern-Ratings hinsichtlich des AD/HS-typischen und des oppositionellen Verhaltens sowie der Problemverhaltensweisen in Schule bzw. Familie allgemein reichlich Konfliktpotenzial zwischen Elternhaus und Schule in sich birgt. Während der Praxisbegleitung hatte sich gezeigt, dass die Frage, wie den Eltern Schulprobleme ihres Kindes konfliktfrei vermittelt werden können, für Klassenlehrer ein wichtiges Thema ist. Deshalb sollte ein Training, das sich direkt an Klassenlehrer wendet, einen eigenen Baustein dafür enthalten. In einem Training für Schulberater würde dieser Baustein ersetzt werden durch die „Konfliktmoderation bei AD/HS-bezogenen Problemen“, auch wenn es den Beratungslehrerinnen hier ohne diesen Trainings-Baustein durch ihre Moderation der Gespräche zwischen Klassenlehrerin und Eltern immer wieder weitgehend gelungen war, teils sehr heftig auftretende Konflikte zu bearbeiten (siehe z. B. 3.2.4 Micki, S. 120) oder durch rechtzeitige Intervention gar nicht erst entstehen zu lassen (siehe z. B. 3.2.5, S. 133).

Die vorliegende Studie hat einige nicht unerhebliche Grenzen, auf die hingewiesen werden muss. Eine wichtige Einschränkung betrifft die „Diagnosen“, die nur auf Ratings beruhen und nicht auch auf direkten Beobachtungen und vor allem nicht kinderpsychiatrisch abgesichert sind. Es ist also denkbar, dass die AD/HS- bzw. OPP-Symptomatik bei dem einen oder anderen Kind differenzialdiagnostisch einem anderen Störungsbild zugeordnet werden muss oder gar nicht als Störung im diagnostischen Sinne zu beurteilen ist. Immerhin waren nur bei 6 der 10 Kinder auch die DSM-IV-Kriterien sensu Eltern-Ratings erfüllt, wo sowohl

das DSM als auch die ICD fordert, dass die Kriterien in mindestens zwei von drei Bereichen (Familie, Schule, peer group) erfüllt sein müssen. Diese Forderung muss jedoch auch aufgrund der vorliegenden Untersuchung angesichts des veränderten Antwortverhaltens einiger Eltern von Pre nach Follow-up kritisch gesehen werden, erfüllten doch immerhin zwei Schüler zu Follow-up aus Eltern-Sicht die DSM-IV-Kriterien, die sie zu Pre noch nicht erfüllt hatten (siehe z. B. 3.2.4 Micki, S.120).

Auch ist die Frage der Generalisierung der Ergebnisse auf andere Lehrer- und Schülergruppen offen, da einmal die Beratungslehrer- und Schülerstichproben sehr klein waren und zum anderen die Stichproben kaum repräsentativ für ihre jeweilige Grundgesamtheit sein dürften. Wie sich u. a. an den Fortbildungsaktivitäten der Teilnehmer zeigt (siehe 2.1.1, S. 70), handelte es sich bei den Teilnehmern um besonders motivierte Beratungslehrer. Auch mochte die Durchführung der Interventionen im Rahmen eines Projekts auf Seiten einiger Lehrerinnen zu einer übermäßigen Compliance geführt haben, die sich im Falle von Paul nachteilig ausgewirkt hatte: Die fehlende Zeit für die Korrektur des Protokollierungsfehlers am Anfang wirkte sich im Laufe der Intervention negativ aus, die möglicherweise auch deswegen wirkungslos blieb.

Trotz dieser Einschränkungen lassen sich aus der Untersuchung Konsequenzen ableiten, die über eine Veränderung der Zeitstruktur des Trainings und eine Aufnahme der bereits erwähnten zusätzlichen Bausteine hinausgehen.

1. Die Zufriedenheit von Lehrern mit einem Training ist kein hinreichendes Kriterium, wenn das Ziel ein verändertes Schülerverhalten ist.
2. Die Schule ist ein Ort, an dem sich die Störung mit ihren Problemen nicht nur zeigt, sondern auch erfolgreich bewältigt werden kann – teils in alleiniger Verantwortung, teils in Kooperation mit anderen.
3. Beratungslehrer sind nach Absolvierung des AD/HS-Lehrergruppentrainings in der Lage, durch kollegiale Fortbildung und Beratung nachhaltige und klinisch bzw. schulisch signifikante Verbesserungen der Schulprobleme von Schülern mit einer AD/HS-Symptomatik zu erzielen.
4. Eine Fortbildung für das gesamte Kollegium zum Thema „pädagogische Interventionen“ ist - mit Ausnahme der Funktionsanalyse – verglichen mit einer individuellen Beratung der bessere Weg (Vermeidung einer Konkurrenzsituation).

5. Klinisch bzw. schulisch signifikante und nachhaltige Verbesserungen lassen sich nur mit „maßgeschneiderten“ Interventionen erzielen, die auf das Kind und seine (schulische) Situation individuell abgestimmt sind.
6. Die Reduzierung der störungstypischen Symptome ist nur die Basis für die Behandlung der Probleme. Dies gilt sowohl mit Blick auf die schulische Intervention (durch die Standardberatung haben sich die Symptome, aber nicht die Probleme verringert) als auch auf die medikamentöse Behandlung (anhaltende Probleme im Lesen und in der Rechtschreibung bei Jonny trotz Ritalin®). Ggf. müssen die schulischen Maßnahmen intensiviert oder es müssen weitere Maßnahmen in Kooperation mit anderen Institutionen auf der Basis eines individuellen Förderplans in die Wege geleitet werden.
7. Interventionen in der Schule wirken situationsspezifisch; ihre Wirkung erstreckt sich nicht auf Probleme in der Familie.
8. Die Verschreibung von Psychostimulanzien zur Verbesserung der Schulsituation ohne Rücksprache mit der Schule (siehe 3.2.4. Jonny, S. 131) lässt die Frage nach einer Regelung wie in Schweden stellen, wo Psychostimulanzien erst nach einer umfangreichen Dokumentation der bisherigen Behandlungsversuche abgegeben werden dürfen.
9. Die personellen Ressourcen (Beratungslehrerstunden, Planstellen in REBUS) müssen dem Bedarf angepasst werden, und/oder die Intervention in der Schule z. B. durch niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten muss geregelt werden („Outsourcing“ wie bei den „außerunterrichtlichen Lernhilfen AUL“), damit nicht – wie u. a. bei Paul und Micki - die geregelte Finanzierung durch die Krankenkassen den Ausschlag für eine medikamentöse Behandlung gibt.

Schließlich sollte untersucht werden, wie die Schule dem Förderbedarf von Sekundarschülern mit einer AD/HS besser gerecht werden kann.

Literatur

- Abikoff, Howard (1985). Efficacy of cognitive training interventions in hyperactive children: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 5, 479-512.
- Abikoff, H., Courtney, M., Pelham, W. E. & Koplewitz, H. S. (1993). Teachers' ratings of disruptive behaviors: The influence of halo effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(5), 519-533.
- Abramowitz, A. J. & O'Leary, S. G. (1991). Behavioral interventions for the classroom: implications for students with ADHD. *School Psychology Review*, 20(2), 220-234.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin* 101, 213-232.
- Altepeter, T. S., & Breen, M. J. (1989). The Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire: Normative data and an evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 7, 312-322.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry official action (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10, supplement), 85S – 121S.
- American Academy of Pediatrics (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105(5), 1158-1170.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T., & DuPaul, G. J. (1992). *Test of ADHD Knowledge*. Unpublished manuscript, University of Massachusetts Medical Center, Worcester, M. A.
- Anesko, K. M., Schoiock, G., Ramirez, R. & Levine, F. M. (1987). The homework problem checklist: assessing children's homework difficulties. *Behavioral Assessment*, 9, 179-185.
- Angold, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 129-137.

- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L. & Costello, E. J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 975-984..
- Applegate, B., Lahey, B., Hart, E., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Ollendick, T., Frick, P. J., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J. H., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I. & Shaffer, D. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1211-1221.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von Döpfner, M. & Melchers, P. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Augustin, Anneliese (1999). Ergotherapie bei hyperaktiven Kindern. In: Franke, Ulrike (Hrsg.). *Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder*. München: Urban & Fischer.
- Ayres, A. Jean (1979). *Lernstörungen, sensorisch-integrative Dysfunktionen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Barbarese, William J. & Olsen, Richard D. (1998). An ADHD Educational intervention for elementary schoolteachers: a pilot study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19(2), 94- 100.
- Barkley, Russell A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley, Russell A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder.: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, London: The Guilford Press.
- Barkley, Russell A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York, London: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1991). Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(5), 752-761.
- Barkley, R.A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1204-1210.

- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. & McMurray, M. B. (1991). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics*, *87*, 519-531.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*(4), 546-557.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Newby, R., & Breen, M. (1988). Development of a multi-method clinical protocol for assessing stimulant drug responses in ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *17*, 14-24.
- Barkley, R. A., McMurray, M. B., Edelbrock, C. S. & Robbins, K. (1990). Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics*, *86*, 184-192.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M. L. & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(5), 629-638.
- Bekaroglu, M., Aslan, Y., Gedik, Y., Deger, O., Mocan, H., Erduran, E. & Karahan, C. (1996). Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *37*(2), 225-227.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M.T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 526-533 .
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Curtis, S, Chen, L., Marrs, A., Ouelette, C., Moore, P. & Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*(3), 343-351.
- Biederman, J., Faraone, S., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S. & Fine, C. (1998). Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(3), 305-313.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S., Guite, J., & Warburton, J. (1994). Associations between childhood asthma and ADHD: Issues of psychiatric comorbidity and familiarity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*(6), 842-848.
- Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*(5), 564-577.

- Biederman, J., Wilens, T. Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetton, J. G. & Soriano, J. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 21-29.
- Blank, Rainer (1995). Allergische Diathese bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen und hyperaktives Verhalten bei Kindern mit Atopien. In: Steinhausen, Hans-Christoph (Hrsg.). *Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Blank, R. & Remschmidt, H. (1992). Subgruppen hyperkinetischer Störungen – Explorative Untersuchungen unter Berücksichtigung von Fragebogenverfahren und immunologischen Parametern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 20, 34-45.
- Bloomquist, M. L., August, G. J. & Ostrander, R. (1991). Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(5), 591-605.
- Bonney, Helmut (2001). Systemische Therapie bei ADHD-Konstellation. In: Rottmann (Hrsg.). *Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Donauwörth: Auer.
- Bonorden, Jutta (2001). „Manchmal brauchen wir viele Hände ...“. *Hamburg macht Schule*, 2/01, 6-7.
- Bradley-Klug, K. L., Shapiro, E. S., & DuPaul, G. J. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder and kids in the middle: A field test of a school-based consultation model. *Teacher Education and Special Education*, 20(2), 179-188.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J. Allman, M. J., Allman, C. J., & Zelenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Breuer, D. & Döpfner, M. (1997). Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 583-596.
- Brown, R. T., Borden, K. A., Wynne, M. E., Spunt, A. L. & Clingerman, S. R. (1987). Compliance with pharmacological and cognitive treatments for attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(4), 521-526.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2001, 14.8.). *Ritalin: Kinder mit Medikamenten ruhig stellen?* Drucksache 16/6427.
- Burcham, B., Carlson, L. & Milich, R. (1993). Promising school-based practices for students with attention deficit disorder. *Exceptional Children*, 30(2), 174-180.

- Bussing, R., Zima, B. T., Perwien, A. R., Belin, T. R. & Widawski, M. (1998). Children in special education: Attention deficit hyperactivity disorder, use of services, and unmet need. *American Journal of Public Health, 88*, 1-7.
- Cantwell, Dennis P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(8), 978-987.
- Carden Smith, L. K. & Fowler, S. A. (1984). Positive peer pressure: the effects of peer monitoring on children's disruptive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17*, 213-227.
- Carr, E. G., Taylor, J. C. & Robinson, S. (1991). The effects of severe behavior problems on the teaching behavior of adults. *Journal of Applied Behavior Analysis, 24*, 523-535.
- Carlson, C. L., Pelham, W. E., Milich, R., & Dixon, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*(2), 213- 232.
- Chilcoat, H. D. & Breslau, N. (1999). Pathways from ADHD to early drug use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(11), 1347-1354.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Davila, R. R., Williams, M. L. & MacDonald, J. T. (1991). *Clarification of policy to address the needs of children with attention deficit hyperactivity disorder within general and/or special education*. Washington, DC: U. S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services. Memorandum of September 16, 1991.
- Deimel, W., Schulte-Körne, G. & Remschmidt, H. (1997). Welchen Nutzen haben die Conners-Lehrer-Fragebögen für die klinische Forschung und Praxis? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 25*, 174-186.
- De Shazer, Steve (1989). *Der Dreh*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Dineen, J. P., Clark, H. B. & Risley, T. R. (1977). Peer tutoring among elementary students: Educational benefits to the tutor. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 10*, 231-238.
- Döpfner, Manfred (1998). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (3., korrigierte Auflage; 165-217). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G.(2002). Editorial: ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung, 11*(2), 67-7-2.

- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1997). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Donenberg, G. & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(2), 179-198.
- Douglas, Virginia I. (1972). Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-282.
- DuPaul, George J. (1991a). Attention deficit-hyperactivity disorder: Classroom intervention strategies. *School Psychology International*, 12, 85-94.
- DuPaul, George J. (1991b). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 245-253.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Kwasnik, D., Barkley, R.A., & McMurray, M.B. (1996). Methylphenidate effects on children with attention deficit hyperactivity disorder: Self-report of symptoms, side-effects, and self-esteem. *Journal of Attention Disorders*, 1, 3-15.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., McGoey, K. E., Power, T. J., Reid, R. & Ikeda, M. (1997). Teacher ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9(4), 436-444.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A., Shelton, T. L., Guevremont, D. C. & Metevia, L. (1992). Multimethod assessment of attention-deficit hyperactivity disorder: The diagnostic utility of clinic-based tests. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 394-402.
- DuPaul, G. J., Barkley, R. A. & McMurray, M. B. (1994). Response of children with ADHD to methylphenidate: Interaction with internalizing symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 894-903.
- DuPaul, George J. & Eckert, Tanya L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26(1), 5-27.
- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hook, C. L., & McGoey, K. E. (1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(4), 579-592.
- DuPaul, G. J., & Henningson, P. N. (1993). Peer tutoring effects on the classroom performance of children with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 22(1), 134-143.
- DuPaul, George J., & Stoner, Gary (1994). *ADHD in the schools. Assessment and intervention strategies*. New York, NY: The Guilford Press.

- Elia, Josephine. (1993). Drug treatment for hyperactive children. Therapeutic guidelines. *Drugs*, 46(5), 863-871.
- Ervin, R. A., Kern, L., Clarke, S., DuPaul, G. J., Dunlap, G., & Friman, P. (2000). Evaluating assessment-based intervention strategies for students with ADHD and comorbid disorders within the natural classroom context. *Behavioral Disorders*, 25(4), 344-358.
- Essau, C. A., Groen, G., Conradt, J., Turbanisch, U. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Korrelate der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 67, 296-305.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Fletcher, K. E. & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children: III. predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 324-332.
- Fonagy, P. & Target, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 45-55.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (1975). *Richtlinien und Lehrpläne, Band VI: Sonderschulen*. Regensburg: Walhalla u. Praetoria Verlag KG Georg Zwickenpflug.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Schule, Dienststelle Schülerhilfe, Referat Aus- und Fortbildung von Beratungslehrerinnen und -lehrern (1/2000). *Die Ausbildung zur Beratungslehrerin, zum Beratungslehrer*.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Schule, S 12 (25.9.2000). *Einrichtung der Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS) zum 1. Oktober 2000*.
- Frölich, Jan (1993). *Möglichkeiten des pädagogischen Umgangs mit hyperkinetischen Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens im Alter von 6-12 Jahren*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bonn.
- Geßler, Katharina (2001, 6. August). Was tun wir unseren Kindern an? *Hamburger Abendblatt*, S. 1
- Görtz, A., Döpfner, M., Nowak, A., Bonus, B. & Lehmkuhl, G. (2002). Ist das Selbsturteil Jugendlicher bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen hilfreich? *Kindheit und Entwicklung*, 11(2), 82-89.
- Goldmann, L. S., Genel, M., Bezman, R. J. & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 279(14), 1100-1107.

- Gomez, R., Harvey, J., Quick, C., Scharer, I. & Harris, G. (1999). DSM-IV AD/HD: Confirmatory factor models, prevalence and gender and age differences based on parent and teacher ratings of Australian primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 265-274.
- Gosch, A. (2001). Mütterliche Belastung bei Kindern mit Williams-Beuren-Syndrom, Down-Syndrom, geistiger Behinderung nichtsyndromaler Ätiologie im Vergleich zu der nichtbehinderter Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29(4).
- Green, W. H. (1991). *Child and adolescent clinical psychopharmacology*. Baltimore: Williams and Wikins.
- Greenwood, C. & Maheady, L. (1997). Measureable change in student performance: A forgotten standard in teacher preparation? *Teacher Education and Special Education*. 20(3).
- Hartmann, Thom (1997). *Eine andere Art, die Welt zu sehen* (7. Auflage 2000). Lübeck, Berlin, Essen, Wiesbaden: Schmidt-Römhild. (Original erschienen 1993: Attention Deficit Disorder: A Different Perception)
- Hechtman, Lily (1991). Resilience and vulnerability in long term outcome of attention deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 415-421.
- Horn, W. F., Ialongo, N. S., Pascoe, J. M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A. & Puttler, L. (1991). Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 233-240.
- Horner, Beverly R. & Scheibe, Karl E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 30-36.
- Hund, Wolfgang (1999). *Es geht auch ohne Worte - Signalkarten für den Unterricht*. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
- Huss, M., Stadler, C., Salbach, H., Mayer, P., Ahle, M. & Lehmkuhl, U. (2002). ADHS im Lehrerurteil: Ein Vergleich von Klinik- und Normstichprobe anhand der Conners-Skalen. *Kindheit und Entwicklung* 11(2), 90-97.
- Imhof, Margarete (1995). Beeinflussung des Arbeitsverhaltens hyperaktiver Kinder bei Rechtschreibübungen durch den Stimulationsgehalt des Arbeitsmaterials. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 42, 234-239.
- Innerhofer, Paul (1977) . *Das Münchner Trainingsmodell*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht (1978). *Legasthenie – Aufmerksamkeit ist erlernbar[Film]*. Grünwald: Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht, Gemeinnützige GmbH.

- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 197-209. (Reprinted from *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20, 1982)
- Jacobsen, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jensen, P. S., Kettle, L., Roper, M. T., Sloan, M. T., Dulcan, M. K., Hoven, C., Bird, H. R., Bauermeister, J. J. & Payne, J. D. (1999). Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U. S. communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 797-804.
- Jensen, P. S., Martin, D. & Cantwell, D. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065-1079.
- Kavale, K. A. & Forness, S. R. (1983). Hyperactivity diet treatment: A meta-analysis of the Feingold hypothesis. *Journal of Learning Disabilities*, 6, 324-330.
- Kazdin, Alan E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3. Aufl.). Boston, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Allyn and Bacon.
- Kelleher, Kelly J. (2000). Commentary. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 987-988.
- Kern, L., Childs, K. E., Dunlap, G., Clarke, S., & Falk, G. D. (1994). Using assessment-based curricular intervention to improve the classroom behavior of a student with emotional and behavioral challenges. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 7-19.
- Kienle, Xaver (1992). Systemische Ansätze in der Therapie hyperaktiver Kinder. 1. Teil: *Systema 1*, 2-17, 2. Teil: *Systema 3*, 47-54.
- Kossow, Hans-Joachim (1973). Zur Therapie der Lese-Rechtschreibschwäche. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Kotkin, Ronald (1998). The Irvine paraprofessional program: promising practice for serving students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 31(6), 556-564.
- Krowatschek, Dieter. (1994¹). *Marburger Konzentrationstraining*. Dortmund: Borgmann.
- Krowatschek, D. & Krowatschek, G. (1997). Überaktive Kinder im Unterricht: Ein Trainingsprogramm. Konzeption und Versuche einer Evaluation. *Report Psychologie*, 22(11-12), 884-899.

- Lahey, B.B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, Laurence, Hynd, George W., Barkley, R. A., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdyk, L., Frick, P. J., Ollendick, t., Perez, D., Hart, E. L., Waldman, I., & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *151*(11), 1673-1685.
- Landau, S., Milich, R. & Widiger, T. A. (1991). Conditional probabilities of child interview symptoms in the diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*, 501-513.
- Lauth, G. & Knoop, M. (1998). Konzeption von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen aus der Sicht des Lehrers. *Heilpädagogische Forschung*, *24*, 21-28.
- Lauth, G. W., Naumann, K., Roggenkämper, A. & Heine, A. (1996). Verhaltensmedizinische Indikation und Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie mit aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, *24*, 164-175.
- Lauth, G. W. & Schlotzke, P. F. (1995). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union. .
- Leppert, Tobias (2002). *Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Pädagogen autistischer Schüler*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.
- Levy, F., Hay, D. A., McSteven, M., Wood, C. & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 737-744.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(12),1468-1484.
- Ludwig, Kurt (1993). *Systemische Therapie: Grundlagen klinischer Theorie und Praxis* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lurija, Alexander R. (1961). *The Role of Speech in Regulation of Normal and Abnormal Behaviour*. Oxford.
- Manuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & Hynes, M. E. (1997). Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(9), 1222-1227.
- Manuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys . *Arch Gen Psychiatry*, *50*, 565-576.
- Marshall, Eliot (2000). Enforcers halt NIH study called less risky than outdoor play. *Science*, *290*:1281.
- McCain, A. P. & Kelley, M. L. (1993). Managing the classroom behavior of an ADHD preschooler: the efficacy of a school-home note intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, *15*(3), 33- 44.

- McLaughlin, P. J., Bender, W. N. & Wood, K. M. (1997). The interactive teacher network: distance learning applications for inservice and preservice teacher preparation in attention deficit hyperactivity disorder. *Teacher Education and Special Education, 20*(2), 156-162.
- Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971) Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 115-126.
- Milich, R., McAninch, C. B. & Harris, M. (1992). Effects on stigmatizing information on Children's peer relations: believing is seeing. *School Psychology Review, 21*(3), 400-409.
- Mioduser, D., Margalit, M. & Efrati, M. (1998). Teachers' interpretation of ADHD behaviours in children: An issue in the development of a computer-based teacher training system. *International Journal of Disability, Development & Education, 45*(4), 459-467.
- Mota, V.L., & Schachar, Russell J. (2000). Reformulating attention-deficit/hyperactivity disorder according to signal detection theory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(9), 1144-1151.
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schultz, K. P., Newcorn, J. H. & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 308-313.
- Northup, J., Broussard, C., Jones, K., George, T., Vollmer, T. R. & Herring, M. (1995). The differential effect of teacher and peer attention on the disruptive classroom behavior of three children with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 28*, 227-228.
- O'Leary, K. D. (1980). Pills or skills for hyperactive children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 191-204.
- Pelham, William E. (1993). Pharmacotherapy for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review, 22*(2), 199-227.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 210-218.
- Pelham, W. E., & Hoza, J. (1987). Behavioral assessment of psychostimulant effects on ADD children in a summer day treatment program. In R. Prinz (Ed.). *Advances in behavioral assessment of children and families* (Vol. 3, pp. 3-33). Greenwich, CT: JAI Press.
- Petermann, Ulrike (Hrsg.) (1996). *Ruherituelle und Entspannung mit Kindern und Jugendlichen*. Hohengehren: Schneider Verlag.

- Pfiffner, L.J. & Barkley, R.A. (1990). Educational placement and classroom management. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (pp. 498-539). New York: Guilford Press.
- Pitzer, M. & Schmidt, M.H. (2000). Referenztabelle zur Abbildung von ICD-10 Diagnosen im DSM-IV. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28(2), 119-128.
- Pliszka, Steven R. (1987). Tricyclic antidepressants in the treatment of children with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 127-132.
- Pliszka, S. R. (1989). Tricyclic antidepressants in the treatment of children with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 882-887.
- Probst, Paul (1997). *Eltern-Gruppentraining für Eltern autistischer Kinder – ein Dreisamstage-Training*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Hamburg.
- Probst, Paul (2001). Elterntrainings im Rahmen der Rehabilitation autistischer Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 1-32.
- Rappaport, M., Denney, C., DuPaul, G. & Gardner, M. (1994). Attention deficit disorder and methylphenidate: Normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 882-893.
- Redlich, A. & Schley, W. (1981). *Kooperative Verhaltensmodifikation im Unterricht*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Reeves, J. C., Werry, J. S., Elkind, G. S. & Zametkin, A. (1987). Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: I. Clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 144-155.
- Reid, R., Vasa, S. V., Maag, J. W., & Wright, G. (1994). An analysis of teachers' perceptions of attention deficit-hyperactivity disorder. *The Journal of Research and Development in Education*, 27(3), 195-202.
- Reid, R., Hertzog, M., & Snyder, M. (1996). Educating every teacher, every year: The public schools and parents of children with ADHD. *Seminars in Speech and Language*, 17(1), 73-90.
- Rhode, G., Morgan, D. P., & Young, K. R. (1983). Generalization and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource rooms to regular classrooms using self-evaluating procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 171-188.
- Riccio, C. A., Hynd, G. W., Cohen, M. J., Hall, J. & Molt, L. (1994). Comorbidity of central auditory processing disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 849-857.

- Richters, J. E., Arnold, E., Jensen, P. S., Abikoff, H., Conners, K., Greenhill, L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E. & Swanson, J. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(8), 987-1000.
- Rosenthal, R. & Jacobsen, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Roth, N. (1990). A link between atopic and behavioral disorders: indirect evidence from stimulant drug effects letter. *Allergy*, 45, 316-317.
- Rothenberger, Aribert (1990). The role of the frontal lobes in child psychiatric disorders. In: Rothenberger, A. (Ed.). *Brain and behavior in child psychiatry*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Ruddat, H. & Cropley, A. J. (1995). *Weiterbildung von Beratern und Betreuern für Aussiedler und Asylsuchende: Ein Weiterbildungskonzept*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T., & Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: II Empirical research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 19-55.
- Safer, Daniel J. (2000). Commentary. . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 989-992.
- Saile, Helmut (1996). Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Behandlung hyperaktiver Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 190-207.
- Saile, Helmut (1997). Wenn sich alles nur noch um das hyperaktive Kind dreht: Zur Integration verschiedener Behandlungsansätze unter systemischer Perspektive. In: Baumgärtel, Frank, Wilker, Friedrich W. & Winterfeld, Ulrich (Hrsg.). *Innovation und Erfahrung. Analysen, Planungen und Erfahrungsberichte zu psychologischen Arbeitsfeldern*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Sarakanidis, Domniki (1995). *Vermittlung einer Strategie zur Vermeidung von Flüchtigkeitsfehlern. Ein Versuch zur Aufmerksamkeitsförderung in einer 5. Förderschulklasse*. Unveröff. Hausarbeit zur 2. Staatsprüfung für das Lehramt an Volks- und Realschulen mit sonderpädagogischen Fachrichtungen. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Staatliches Studienseminar.
- Sarimski, K. & Warndorf, P. K. (1990). Individuelle Verhaltensdisposition geistigbehinderter Kinder und familiäre Belastung. *Heilpädagogische Forschung*, 26(4), 166-171.
- Sassenscheidt, Hajo (1992). *Welche Wirkung hat Einzelfallberatung?* Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.

- Schachar, R., & Tannock, R. (1993). Childhood hyperactivity and psychostimulants: A review of extended treatment studies. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 3(2), 81-97
- Schachar, R., Taylor, E., Wieselberg, M., Thorley, G. & Rutter, M. (1987). Changes in family function and relationships in children who respond to Methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(5), 728-732.
- Schopler, E., Mesibov, G. B., & Hearsey, K. (1995). Structured teaching in the TEACCH system. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Learning and cognition in autism* (pp. 243-268). New York: Plenum Press.
- Schulrecht Hamburg. Verwaltungshandbuch für Schulen (2000). *Ordnung der Aufnahme in Sonderschulen vom 27. Mai 1986*. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung. Neuwied; Kriftel: Hermann Luchterhand Verlag GmbH.
- Schulte-Körne, G., Deimel, W., Gutenbrunner, C., Hennighausen, K., Blank, R., Rieger, Ch. & Remschmidt, H. (1996). Der Einfluß einer oligoantigenen Diät auf das Verhalten von hyperkinetischen Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 24, 176-183.
- Seidman, L. J., Benedict, K. B., Biederman, J., Bernstein, J., Seiverd, K., Milberger, S., Norman, D., Mick, E. & Faraone, S. (1995). Performance of children with ADHD on the Rey-Osterrieth complex figure: a pilot neuropsychological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(8), 1459-1473.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Sone, M. E., Lahey, B. B., Bourdon, K., Jensen, P. S., Bird, H.R., Canina, G., & Regier, D. A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Shapiro, E. S., DuPaul, G. J., Bradley, K. L., & Bailey, L. T. (1996). A school-based consultation program for service delivery to middle school students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4(2), 73-81.
- Sherman, D., Iacono, W. G. & McGue, M. K. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 745-753.
- Smith, S. J., Jordan, L., Corbett, N. L. & Dillon, A. S. (1999). Teachers learn about ADHD on the web: An online graduate special education course. *Teaching exceptional children*, 31(6), 20-27.

- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D. & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409-432.
- Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (1999). *Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht*. Donauwörth: Auer.
- Stadtbildstelle Nürnberg in Zusammenarbeit mit dem Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung ISB München (1997). *Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder im Unterricht*. [Film 42 45670]. Stadtbildstelle Nürnberg.
- Stoner, G. & Green, S. K. (1992). *A pilot study of instruction in and understanding of classroom rules in the primary grades*. Unpublished manuscript, University of Oregon, Eugene, OR.
- Stork, Jochen (Hrsg.) (1993). Ansichten eines Zappelphilipps – das hyperkinetische Syndrom und seine psychischen Hintergründe. [Themenheft]. *Kinderanalyse*, 1(2)
- Swanson, James M. (1992). *School-based assessments and interventions for ADD students*. Irvine, CA: K.C.
- Swanson, J. M., Lerner, M. & Williams, L. (1995). More frequent diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 333(14), 944.
- Swanson, J. M., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L. J., Lerner, M. A., Williams, L., Christian, D. L., Tamm, L., Willcutt, E., Crowley, K., Clevenger, W., Khouzam, N., Woo, C., Crinella, F. M. & Fisher, T. D. (1993). Effect of stimulant medication on children with attention deficit disorder: a „review of reviews“. *Exceptional children*, 60, 154-162.
- Tannock, R., Purvis, K. L. & Schachar, R. J. (1993). Narrative abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(1), 103-117.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. & Giles, S. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. *The Maudsley Monographs* 33. Oxford: Oxford University Press.
- Taylor, E., Sergeant, J., Döpfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H.-J. & Eisert, H.-G. (1998). Clinical Guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(4), 184-200.
- The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Tripp, Gail, Luk, Siu L., Schaughency, Elizabeth. and Singh, Rajiv (1999). DSM-IV and ICD-10: A comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 156-164.

- Trott, Götz-Erik (1993). *Das hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung*. Leipzig, Berlin, Heidelberg: Barth.
- Trott, Götz-Erik (1996). Editorial. Psychotherapie und Pharmakotherapie als sich ergänzende Verfahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 24, 229-230.
- Walter, Jürgen (in Vorbereitung). Ritalin und Schulleistungen bei HKS: Befunde bei Langfrist- und Kombinationsbehandlungen auf der Basis US-amerikanischer Forschung. *Sonderpädagogik*.
- Wagner, Ingeborg (1984). *Aufmerksamkeitsförderung im Unterricht. Hilfen durch Lehrertraining*. Frankfurt: Lang.
- Weiss, M., Hechtman, L. & Weiss, G. (2000). ADHD in Parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1059-1061.
- White, K. J., Sherman, M. D. & Jones, K. (1996). Children's perceptions of behavior problem peers: Effects of teacher feedback and peer-reputed status. *Journal of School Psychology*, 34(1), 53-72.
- Wilson, J. M. & Marcotte, A. C. (1996). Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with childhood diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 579-587.
- Winer, B. J. (1962). *Statistical principles in experimental design*. New York, San Francisco, Toronto, London: McGraw-Hill Book Company.
- Winneke, G., Cellet, W., Krämer, U., Brockhaus, A., Ewert, T. & Krause, L. (1989). Followup studies in lead exposed children, In: Smith, M., Grant, L. & Sors, A.: *Lead exposure and child development: An international Assessment*. Dordrecht.
- Wolke, D. & Meyer, R. (1999). Ergebnisse der Bayerischen Entwicklungsstudie: Implikationen für Theorie und Praxis. *Kindheit und Entwicklung*, 8(1), 23-25.
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Baumgaertel, A. & Feurer, I. D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 19, 162-168
- Wolraich, M. L., Hannah, J. N., Pinnock, T. Y., Baumgaertel, A. & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 319-324.
- World Health Organization (1992). *The International Classification of Diseases, 10th Revision*. Geneva: World Health Organization
- Worthington, L. A., Wortham, J. F., Smith, C. R. B., & Patterson D. (1997). Project Facilitate: An inservice education program for educators and parents. *Teacher Education and Special Education*, 20(2), 123-131.

Zentall, S. S. & Goetze, H. (1994). Kinder mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen (ADHD) – Neuere experimentelle Befunde und Anwendungen für den Unterricht. *Sonderpädagogik*, 24(2), 82-91

Zentall, S. S. & Javorsky, J. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder. Research-to-practice through distance education. *Teacher Education and Special Education*, 20(2), 146-155.

21.2.2000

Marlis Rossbach

Betr.: AD/HS-Fortbildung für Beratungslehrerinnen

Sehr geehrte

Noch sind es 14 Tage bis zu den Frühjahrsferien, die ich intensiv zur Vorbereitung des Kurses nutzen will.

Um mich erstens noch besser auf die Gruppe einstellen zu können und zweitens Zeit im Kurs zu sparen, bitte ich Sie vorab schon einmal, die Fragen zu beantworten, die Sie auf den **fünf Blättern in der Anlage** finden. Ich weiß dann schon, mit welchen Vorkenntnissen und Vorerfahrungen Sie kommen (Lernausgangslage!!) und was Sie vom Kurs erwarten.

Den *Mayo-Fragebogen „Fakten und Mythen“* dürfen Sie gern – bevor Sie ihn ausfüllen - kopieren und Ihren Kollegen und Kolleginnen vorlegen. Stellen Sie sich schon jetzt drauf ein: Sie kriegen ihn am Ende des Kurses noch einmal vorgelegt und können dann selber vergleichen und ihren Lernzuwachs in den angesprochenen Punkten (Störungsbild) einschätzen. Dasselbe können Sie dann, wenn Sie mögen, mit Ihren Kollegen und Kolleginnen machen, wenn Sie sich entschließen, das Thema AD/HS z. B. einmal auf einer Konferenz zu behandeln.

Was die Einschätzung Ihrer *Beratungskompetenz* anbetrifft, so lassen Sie natürlich den Teil unter der durchgezogenen Linie jetzt noch aus. Auch diesen bekommen Sie am Ende des Kurses vorgelegt.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich bald an die Beantwortung der Fragen machen und die fünf Blätter bald zurückschicken würden. Dann kommt´s für mich nicht so geballt in den Frühjahrsferien.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

AD/HS-Fortbildung für Beratungslehrerinnen im März/April 2000

Zur Person:

Ich bin Jahre als Lehrerin tätig,
davon Jahre als Beratungslehrerin.

Prävalenzschätzung:

Ich bin z. Zt. Klassenlehrerin einer Klasse. Das ist eine

- Regelklasse
- IR-Klasse
- I-Klasse.

Die Klasse setzt sich zusammen aus Schülern und Schülerinnen.

Darunter sind Schüler und Schülerinnen,

bei denen ein Arzt eine AD/HS diagnostiziert hat bzw. bei denen ich den Verdacht auf eine AD/HS habe.

Im laufenden Schuljahr bin ich bei Schülern/Schülerinnen als Beratungslehrerin eingeschaltet worden. Bei dieser Schüler/Schülerinnen ist eine

AD/HS von einem Arzt diagnostiziert worden bzw. habe ich den Verdacht auf eine AD/HS.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Fakten und Mythen	richtig	falsch
Eine ADHS kann durch ungünstiges Erziehungsverhalten verursacht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine ADHS kann oft durch Zucker oder Nahrungsmittelzusätze verursacht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder mit einer ADHS werden mit biologischen Anfälligkeiten bezüglich Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle geboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Kind kann die Diagnose ADHS gestellt werden, ohne dass es hyperaktiv ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder mit einer ADHS brauchen immer eine ruhige, sterile Umgebung, um sich auf eine Aufgabe konzentrieren zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder mit einer ADHS benehmen sich primär deshalb schlecht, weil sie Regeln nicht befolgen und Aufgaben nicht beenden wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Unaufmerksamkeit von Kindern mit einer ADHS ist primär Folge von trotzigem oder oppositionellem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ADHS ist eine medizinische Störung, die nur medikamentös behandelt werden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder mit einer ADHS könnten mehr leisten, wenn sie sich nur mehr anstrengen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den meisten Kindern wächst sich die ADHS in der Pubertät aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ADHS kann erblich sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ADHS kommt bei Jungen und Mädchen gleich häufig vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Kind medikamentös behandelt wird, sind psychoedukative Interventionen oft unnötig ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Kind an einem Tag hervorragende Leistungen erbringt und an einem anderen schlechte, dann hat es keine ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Diät ist in den meisten Fällen hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Kind stundenlang Nintendo spielen kann, hat es vermutlich keine ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder mit einer ADHS verhalten sich besser im Einzelkontakt als in Gruppensituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine ADHS ist oft das Ergebnis eines chaotischen, gestörten Familienlebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird geschätzt, dass 1% bis 2% der Schulkinder von einer ADHS betroffen sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Verfahren wie Bluttests, Röntgen, Bild gebende Verfahren und EEG sind für die Diagnostizierung einer ADHS nützlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Diagnose einer ADHS stützt sich auf die Beobachtung der Symptome in verschiedenen Situationen, dokumentiert durch verschiedene Quellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente haben bei 70% der Kinder mit einer ADHS eine stark positive Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Hauptursache einer ADHS ist mangelnde Disziplin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente wie Ritalin® haben zahlreiche Nebenwirkungen und sollten nur als letztes Mittel gegeben werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder, die über einen längeren Zeitraum Ritalin nehmen, können davon süchtig werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meistens kann eine ADHS vom Arzt in seiner Praxis diagnostiziert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltbelastungen (Blei, Zink, Lärm) spielen für die Verursachung eine geringe Rolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kindern mit atopischen Störungen (Asthma, Heuschnupfen, atopische Dermatitis) kommt eine ADHS besonders häufig vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen des Mayo Survey Research Center. Mayo Foundation for Medical Education and Research.
Übersetzung und Bearbeitung von Marlis Rossbach, Psychologisches Institut II der Universität Hamburg, 2000.

AD/HS-Fortbildung für Beratungslehrerinnen März/April 2000

Woher stammen Ihre Kenntnisse über AD/HS (Mehrfachnennungen möglich)?	Wie hilfreich war ggf. die jeweilige Informationsquelle für Sie?			
	○ gar nicht	○ etwas	○ mittel	○ sehr
<input type="checkbox"/> Universität	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Studienseminar	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Fortbildung im IfL	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Fortbildung durch andere Institutionen, nämlich	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Fachzeitschriften	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Printmedien	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Funk und Fernsehen	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Eltern eines Kindes mit AD/HS	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Schul- oder anderer Psychologe	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> KollegInnen	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> andere, nämlich	○	○	○	○
.	○	○	○	○

AD/HS-Fortbildung für Beratungslehrerinnen März/April 2000

Mit welchen <i>außerschulischen Interventionen</i> haben Sie Erfahrungen gemacht (Mehrfachnennungen möglich)?	Wie hilfreich war ggf. die jeweilige Intervention im Hinblick auf die Kernsymptomatik?			
	○ gar nicht	○ etwas	○ mittel	○ sehr
<input type="checkbox"/> medikamentöse Behandlung z. B. mit Ritalin®	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> analytische Spieltherapie	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> non-direktive Spieltherapie	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie des Kindes	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Psychomotorik	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Entspannungsverfahren	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Edukinesiologie	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Diät	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Elternberatung	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Elterntraining	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> Familientherapie	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> andere, nämlich	○	○	○	○
.....	○	○	○	○

Anhang 06

Name:

Schätzen Sie bitte Ihre aktuelle Beratungskompetenz am 21.3.2000 hinsichtlich der Schüler mit einer AD/HS ein:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wo wollen Sie am Ende der Fortbildungsveranstaltung stehen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Woran würden Sie merken, dass Sie von auf gekommen sind?

.....

.....

.....

.....

am 4.4.2000 am Ende der Fortbildung auszufüllen:

Schätzen Sie bitte Ihre aktuelle Beratungskompetenz am 4.4.2000 - nach Absolvierung der Fortbildung - hinsichtlich der Schüler mit einer AD/HS ein:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nina, geb. 10/93

Kath. XY-Schule, Kl. 1

Hospitation am 11.1.00, 8:45 - 11:30 Uhr

Nina ist seit 8 Uhr in der Schule (offene Eingangsphase). Der Unterricht beginnt um 8:45 Uhr bei der Klassenlehrerin mit einem Ritual: Gebet und Singen im Nebenraum. Nina wechselt von ihrem ursprünglichen Platz an meine Seite. Nach dem Ritual gehen die Kinder ruhig an ihre Plätze. Nina sitzt an einem der 6er-Tische in der mittleren Reihe mit dem Rücken zu den Fenstern. Früher hatte sie dichter am L-Tisch gesessen, und die L konnte schneller eingreifen. Jetzt ist sie an einer etwas "längeren Leine". Die Kinder sind aufmerksam und melden sich eifrig, aber nur das jeweils aufgerufene Kind spricht. Die Klasse wirkt nach einem halben Jahr Schule schon ausgesprochen diszipliniert und routiniert.

1. Std. Deutsch: Im Unterschied zu den anderen Kindern hat Nina ihren Kopf auf den Tisch gelegt. Sie meldet sich auch nicht zu Wort. Die L fragt, ob sie einen Tafeltext ("NORA HALT") lesen will. Sie verneint, doch die L ermuntert sie, und mit Hilfe schafft sie es. Beim "L" guckt sie auf die Buchstaben-Blätter, die auf der Leine hängen, und erinnert sich an den Laut anhand des Bildes. Gegen Ende der mündlichen Einführungsphase fängt sie an, unter ihrem Tisch zu kramen, was sie nicht daran hindert, trotzdem eine richtige Antwort zu geben, als sie aufgerufen wird. Bei der Beschreibung des Bildes kommt sie nicht auf den Namen des Jungen ("RALF"), obwohl der Name an der Tafel stand und in der mündlichen Einführungsphase mehrfach gelesen worden ist.

Als die Kinder unter jedes der vier Bilder einen kurzen Satz schreiben sollen - sie können die Sätze von der Tafel abschreiben oder sich neue ausdenken -, sehe ich Nina mehr radieren und auf das Blatt von Dirk, ihrem rechten Nachbarn, gucken als schreiben. Als sie - wie die anderen Kinder - zur L geht und ihre Sätze kontrollieren lässt, muss sie sie verbessern, während die meisten anderen Kinder gelobt werden. Nina radiert wieder einmal, verbessert aber nicht zielstrebig, sondern hält ein Schwätzchen mit Dirk, wirft ihm das Radiergummi zu, holt es sich wieder.

Als die L die Klasse wieder sammelt und sich von einzelnen Kindern deren Sätze vorlesen lässt, melden sich fast alle, um dran zu kommen, Nina jedoch nicht. Sie klebt ihren Mund mit einem Klebestreifen zu, nimmt den Streifen wieder ab, wickelt ihn um ihren Daumen usw. Die verbale Aufforderung der L ("Nun das letzte Bild!") befolgt sie aber prompt wie auch die Anweisung, das Blatt in der roten Deutsch-Mappe abzuheften, obwohl sie gerade noch den Klebestreifen um den Bleistift gewickelt hatte.

2. Std. Religion: Nina hockt wie die meisten der Mitschüler am "See Genezaret" (einem blauen Tuch auf dem Boden), hält es aber nicht lange in dieser Position aus, steht auf, bewegt den Zeigefinger im Mund hin und her, hockt sich wieder hin. Beim Arbeiten am Platz (Ausschneiden eines Schafes) ist sie kurze Zeit konzentriert bei der Sache, hält zwischendurch wieder ein kleines Schwätzchen mit Dirk, guckt sich dessen Arbeit an. Als Dirk nach vorn geht, um sich Watte zu holen, um sie als Fell auf das Papier zu kleben, nutzt Nina die Zeit für eine kleine Korrektur. Als Dirk wieder an seinem Platz sitzt, wirft sie mit einem kleinen, harten Gegenstand (Anspitzer?) knapp über seinen Kopf hinweg. Dirk lässt sich dadurch weder provozieren, noch stören.

Nina spielt etwas mit ihrem noch nackten Schäfchen, meckert, holt sich dann Watte, die sie konzentriert aufklebt, lässt ihr fertiges Schäfchen danach meckernd durch die Klasse nach vorn laufen, wobei sie keinen Unterschied macht, ob das Schäfchen nun einen Tisch oder den Rücken oder Arm eines Mitschülers überquert. Die Mitschüler nehmen's gelassen.

Wieder folgt sie der L-Anweisung prompt und nimmt sich ihr Mal-Blatt vom Stapel und malt ihren Irrgarten zu Ende. Die Phasen, in denen Nina zusammenhängend arbeitet, werden nun immer rascher von anderen, selbst gewählten Aktivitäten unterbrochen: Sie holt spielerisch aus, um Dirk mit der Faust leicht auf die Nase zu boxen, benutzt ihren Stift drohend als "Waffe". Dirk spielt eine Abwehrhaltung, beide lachen und kehren zu ihrer Aufgabe zurück. Als die L die Kinder nun anweist, die Zettel in der weißen Religionsmappe abzuheften, malt Nina noch weiter, auch, als sie und Dirk von der L vom Pult aus noch einmal gesondert aufgefordert werden. Erst, als die L zu ihr an den Platz kommt, befolgt sie die Anweisung. Beim abschließenden Singen hat sie ihren Kopf wieder auf den Tisch gelegt, singt nicht mit, krabbelt mit einer Hand über den Tisch zum Kind gegenüber.

Beim Frühstück hat sie nur etwas zu trinken, aber nichts zu essen mit. Sie greift gern zu den von der L angebotenen Keksen.

3. Std. Mathematik: Die Einführungsphase erfolgt im Nebenraum im Sitzkreis. Der Kreis ist etwas zu klein geraten, so dass einige Kinder sehr gedrängt oder - wie Nina - in der zweiten Reihe sitzen. Sie sitzt nicht ganz im Blickbereich der L, so dass diese nicht mitbekommt, wie Nina die Bauklötze anstatt zum Addieren zum Bauen benutzt. Als es ihr gelingt, einen kurzen Klotz waagrecht auf einen langen senkrechten zu tun, ohne dass der Klotz umkippt, erntet sie von einem Mitschüler einen aner kennenden Blick, was sie offensichtlich stolz macht. Beim Arbeitsblatt, das sie an ihrem Platz in der Klasse bearbeitet, kommt sie nur sehr langsam voran, weil sie immer wieder eigene Zwischenaktivitäten einlegt: mit Dirk ein Schwätzchen beginnt, ihn anpustet, blicklos in die Klasse guckt, auf dem Stift kaut u. a. m. Die Aufgaben schreibt sie von Dirk ab, eine 4 schreibt sie spiegelbildlich. Auf dem Weg zum Ablage-Korb gibt sie Pascal ein paar leichte Schläge mit dem Bleistift auf den Kopf, auf dem Rückweg trifft es Daria. Beim zweiten Arbeitsblatt, das sie selbständig bearbeitet, rechnet sie die erste Aufgabe richtig, die zweite falsch, bei der dritten schreibt sie die Aufgabe richtig, vergisst aber, das Ergebnis auszurechnen oder aufzuschreiben (oder weiß sie nicht, wie die 9 aussieht und geschrieben wird?). L-Anweisungen befolgt sie zu diesem Zeitpunkt nicht durchgehend, teilweise erst nach einer Orientierung am Beispiel der Mitschüler. Sie sitzt mit dem Rücken zur L, so dass sie deren optische Signale nicht mitbekommt. Sie bemalt mit dem Bleistift den Tisch, spielt mit ihrem Kuscheltier. Die L muss sich ihr individuell zuwenden, damit sie das Zeichen für Hausaufgaben (ein rotes Kreuz) einträgt. Gegen 11:15 Uhr, also nach 2 Zeit- und noch nicht ganz 3 Unterrichtsstunden, kann Nina nicht mehr aufpassen.

- I. *Definieren Sie das Problemverhalten!*
- II. *Bilden Sie Hypothesen zur Verursachung!*
- III. *Machen Sie Vorschläge für schulische Interventionen!*

Fragebogen zur Aufmerksamkeitsstörung*
für Kinder im Grundschulalter

Das Kind
geb. am

		nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig
(1)	... beachtet Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten oder anderen Tätigkeiten	0	1	2	3
(2)	... hat Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrecht zu erhalten	0	1	2	3
(3)	... scheint nicht zuzuhören, wenn es angesprochen wird	0	1	2	3
(4)	... führt Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund opp. Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten)	0	1	2	3
(5)	... hat Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	0	1	2	3
(6)	... vermeidet, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern	0	1	2	3
(7)	... verliert Gegenstände, die es für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte oder Bücher)	0	1	2	3
(8)	... lässt sich durch äußere Reize leicht ablenken	0	1	2	3
(9)	... ist bei Alltagstätigkeiten vergesslich	0	1	2	3

Bitte kreuzen Sie die Ziffer an, die Ihrer Beobachtung nach am ehesten für die letzten sechs Monate zutrifft.

Datum: Unterschrift:

vom Psychologen auszufüllen:

Zahl der häufig/sehr häufig beobachteten Symptome:

Summe der Symptomintensität/9:

*) Auswertung nur in Verbindung mit den Diagnostischen Kriterien für 314 des DSM-IV

Fragebogen zur Hyperaktivität/Impulsivität^{*)} für Kinder im Grundschulalter

Das Kind
geb. am

		nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig
(1)	... zappelt mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum	0	1	2	3
(2)	... steht in Situationen auf, in denen es auf seinem Platz sitzen soll	0	1	2	3
(3)	... läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist	0	1	2	3
(4)	... hat Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	0	1	2	3
(5)	... ist „auf Achse“ oder handelt wie „getrieben“	0	1	2	3
(6)	... redet übermäßig viel	0	1	2	3
(7)	... platzt mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist	0	1	2	3
(8)	... kann nur schwer warten, bis es an der Reihe ist	0	1	2	3
(9)	... unterbricht oder stört andere (platzt z. B. in Gespräche und Spiele anderer hinein)	0	1	2	3

Bitte kreuzen Sie die Ziffer an, die Ihrer Beobachtung nach am ehesten für die letzten sechs Monate zutrifft.

Datum:

Unterschrift:

vom Psychologen auszufüllen:

Zahl der häufig/sehr häufig beobachteten Symptome:

Summe der Symptomintensität/9:

*) Auswertung nur in Verbindung mit den Diagnostischen Kriterien für 314 des DSM-IV

Fragebogen zum oppositionellen Trotzverhalten^{*)}
für Kinder im Grundschulalter

Das Kind
geb. am

		nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig
(1)	... wird schnell ärgerlich	0	1	2	3
(2)	... streitet sich mit Erwachsenen	0	1	2	3
(3)	... widersetzt sich aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen	0	1	2	3
(4)	... verärgert andere absichtlich	0	1	2	3
(5)	... schiebt die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere	0	1	2	3
(6)	... ist empfindlich oder lässt sich von anderen leicht verärgern	0	1	2	3
(7)	... ist wütend und beleidigt	0	1	2	3
(8)	... ist boshaft und nachtragend	0	1	2	3

Bitte kreuzen Sie die Ziffer an, die Ihrer Beobachtung nach am ehesten für die letzten sechs Monate zutrifft.

Datum:

Unterschrift:

vom Psychologen auszufüllen:

Zahl der häufig/sehr häufig beobachteten Symptome:

Summe der Symptomintensität/8:

*) Auswertung nur in Verbindung mit den Diagnostischen Kriterien für 313.81 des DSM-IV

Problemsituationen in der Schule SSQ-H^{*)}

Sind bei dem Kind, geb., Kl.

in den folgenden Situationen in der letzten Zeit Probleme im Verhalten beobachtet worden?

Wenn nicht, kreisen Sie bitte NEIN ein und gehen zur nächsten Situation weiter.

Wenn ja, kreisen Sie bitte JA ein und eine der Ziffern von 1 (wenig problematisch) bis 9 (äußerst problematisch).

Streichen Sie bitte Situationen durch, die nicht vorgekommen sind bzw. von denen das Kind ausgeschlossen worden ist (ggf. bitte erläutern).

Situation	proble- matisch?		wie problematisch?								
	NEIN	JA	wenig								äußerst
Ankunft in der Schule	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frontalunterricht	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Stillarbeit	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Partnerarbeit	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Gruppenarbeit	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
offene Arbeitsphasen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Klassengespräche	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
freie Spielzeiten	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
in der Turnhalle	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
im Musikraum	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
auf Fluren/in Treppenhäusern	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
in den Wasch-/Umkleideräumen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pausen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Schul-/Nachhauseweg	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ausflüge	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aufführungen/Vorführungen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Datum:

Unterschrift:

vom Psychologen auszufüllen:

Zahl der Problemsituationen:

Summe der Problemintensität/16:

^{*)}aus Barkley, Russell A. (1987). *Defiant Children: A Clinician's Manual for Parent Training*. New York: Guilford Press. Übersetzung und Bearbeitung von Marlis Rossbach, Psychologisches Institut II der Universität Hamburg, 2000.

Problemsituationen in der Familie HSQ-H^{*)}

Haben Sie bei dem Kind, geb., Kl.

in den folgenden Situationen in der letzten Zeit Probleme im Verhalten beobachtet?

Wenn nicht, kreisen Sie bitte NEIN ein und gehen zur nächsten Situation weiter.

Wenn ja, kreisen Sie bitte JA ein und eine der Ziffern von 1 (wenig problematisch) bis 9 (äußerst problematisch).

Streichen Sie bitte Situationen durch, die nicht vorgekommen sind.

Situation	proble- matisch?		wie problematisch?								
	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn das Kind allein spielt	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn das Kind mit anderen spielt	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
bei den Mahlzeiten	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
beim An- und Ausziehen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
beim Waschen und Baden	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn Sie telefonieren	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
beim Fernsehen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn Besuch kommt	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn Sie andere besuchen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
in der Öffentlichkeit (z. B. in Geschäften)	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn die Mutter zu Hause beschäftigt ist	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn der Vater zu Hause ist	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
wenn das Kind etwas erledigen soll	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
bei den Hausaufgaben	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
beim Zubettgehen	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
im Auto	NEIN	JA	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Datum:

Unterschrift:

vom Psychologen auszufüllen:

Zahl der Problemsituationen:

Summe der Problemintensität/16:

^{*)} aus Barkley, Russell A. (1987). *Defiant Children: A Clinician's Manual for Parent Training*. New York: Guilford Press. Übersetzung und Bearbeitung von Marlis Rossbach, Psychologisches Institut II der Universität Hamburg, 2000.

Problemverhaltensliste

Geben Sie bitte an

- a) wie häufig das Problemverhalten in der vergangenen Woche aufgetreten ist und
- b) wie sehr Sie von dem Problemverhalten in der vergangenen Woche beansprucht worden sind.

Problemverhalten	wie häufig durchschnittlich pro Tag?					wie beansprucht?												
	kein Mal	einmal	2-3 mal	mehrmals	ständig	gar nicht												äußerst
1.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
2.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			

Datum:

Unterschrift:

Klassenlehrer/in

Fachlehrer/in

AD/HS-Projekt-Tagebuch

Name des Kindes:

Datum	Dauer	Tätigkeit	beteiligte Personen	Gegenstand	bes. Ereignisse
-------	-------	-----------	---------------------	------------	-----------------

Für die <i>Verursachung</i> einer AD/HS spielen ...	keine Rolle	eine geringe Rolle	eine mittlere Rolle	eine große Rolle
	Nahrungsmittelzusätze, Zucker	x		
Umweltbelastungen (Blei, Zink, Lärm)		x		
atopische Störungen (Asthma, Heuschnupfen, atopische Dermatitis)		x		
prä-, peri- und postnatale Faktoren		x		
psychosoziale Benachteiligung (z. B. Depression der Mutter, Alkoholismus des Vaters)		x		
familiäre Konflikte	x			
genetische Faktoren				x

Ecke vom Trainer vor der Aushändigung ausschneiden

Rand vom Trainer vor der Aushändigung nach innen umknicken

**Schulische Diagnostik, Intervention und Evaluation
bei AD/HS-bezogenen Anliegen
Leitfaden für Beratungslehrer/Beratungslehrerinnen**

1. **Erstkontakt** mit dem Lehrer/der Lehrerin des Kindes

- Welche Probleme haben zu der Meldung geführt?
- Warum gerade jetzt?
- Von wem ging die Initiative für die Meldung aus?
- Wer leidet unter den Problemen?
- Erwartung an die Tätigkeit des Beratungslehrers/der Beratungslehrerin

2. **Diagnostik:**

- Exploration des Lehrers/der Lehrerin des Kindes:
 - Beschreibung der Probleme
 - Wann, wo und wie häufig/intensiv treten die Probleme auf? Wie ist die unmittelbare Reaktion der Lehrer/Mitschüler auf die Probleme?
 - Wann und wo treten die Probleme nicht oder weniger häufig/intensiv auf (Ausnahmen und Ressourcen)? Was ist anders, wenn es die Probleme nicht gibt? Was wäre anders, wenn es sie nicht gäbe?
 - Gab es die Probleme schon immer? Haben sie sich ggf. in der Vergangenheit verändert? Standen die Änderungen ggf. in einem zeitlichen Zusammenhang mit besonderen Ereignissen? Was war dann anders?
 - Haben die Probleme etwas miteinander zu tun?
 - Welche Versuche sind bereits (von wem?) zur Bewältigung der Probleme unternommen worden? Ggf. mit welchem Ergebnis?
 - Wie sind die Leistungen des Kindes?
 - Welches sind die Stärken des Kindes?
 - Wie ist die Klassenzusammensetzung? Welche Stellung hat das Kind in der Klasse?
 - Wie sehen die anderen Lehrer/Lehrerinnen die Probleme? Wie ist die Zusammenarbeit mit ihnen?
 - Wie sehen die Eltern die Probleme? Wie ist die Zusammenarbeit mit ihnen?
- Ratings und Fragebögen (AD/HS-Rating-Skala, SSQ-H, ggf. OPP-Rating-Skala)
- Verhaltensbeobachtung im Unterricht und in den Pausen
- Einsichtnahme in den Schülerbogen
- Tests (CFT, ggf. HSP u.a.)

3. **Interpretation** der Befunde

- Liegt eine bedeutsame AD/HS-Symptomatik vor, ggf. welcher Subtyp?
- Ist die Symptomatik pervasiv oder situationspezifisch?
- Ausmaß der Beeinträchtigung des Kindes durch die Symptomatik
- Könnte die Symptomatik auch andere Ursachen (z. B. leistungsmäßige Überforderung!) haben oder „multikausal“ sein?
- Rolle eventuell vorhandener Komorbiditäten

und Erarbeitung eines **Auftrags**

4. **Planung der schulischen Intervention**

- berücksichtigt
 - Ergebnisse früherer Bewältigungsversuche
 - eventuell vorhandene Komorbiditäten
 - die Ressourcen der beteiligten Lehrer/Lehrerinnen
 - die Akzeptanz der geplanten Intervention/die Interventionsintegrität sowie
 - die (adaptierten) Kriterien von Burcham, Carlson & Milich (1993)*:
Die geplante Intervention ...
 - hat eine positive Wirkung auf das Kind. (Woran zeigt sich die Wirkung?)
 - hat in der Schule eine praktische Bedeutung
 - zielt auf mindestens eine der drei Hauptkomponenten der Störung (Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Überaktivität)
 - geht gleichermaßen auf die Stärken wie auf die Schwächen ein
 - fördert erwünschtes Verhalten nachhaltig
 - bezieht die Eltern des Kindes mit ein
 - berücksichtigt den kulturellen Hintergrund des Kindes
- basiert auf der Bedingungsanalyse (functional assessment analysis)
- Festlegung von Interventionszielen und der Reihenfolge der Schritte (Wann ist die Intervention beendet?)

Bei krisenhafter Zuspitzung werden die Eltern auf die Möglichkeit einer medikamentösen Therapie angesprochen.

* Burcham, B., Carlson, L., & Milich, R. (1993). Promising school-based practices for students with attention deficit disorder. *Exceptional Children*, 30(2), 174-180.

5. Intervention

- Verhaltenssteuerung über Antezedenzen:
 - respektvoller Umgang
 - Strukturierung des Raumes (Sitzordnung, Funktionsbereiche wie Rückzugsraum u. a.), der Zeit (Tagespläne, Rituale u. a.), der Handlungen (Regeln, Routinen, angepasste Arbeitsanforderungen u. a.)
 - Visualisierung
 - Motivierung/Stimulierung
 - Vorausschauendes Denken
 - Partnerarbeit
- Verhaltenssteuerung über Konsequenzen:
 - Häufige Rückmeldungen
 - Lob vor Tadel. Wenn Tadel, dann „unter vier Augen“ mit Blickkontakt und kurz, ruhig und gelassen
 - Vor einer kritischen Situation das Kind den Verstärker benennen lassen, den es verdienen kann
 - Verstärkung der Güte und Vollständigkeit der Leistungen ist gegenüber der Verstärkung bestimmter Verhaltensweisen, die Voraussetzung sind für gute Leistungen (z.B. am Platz bleiben), zu bevorzugen.
 - Kleine Verstärker nach kurzer Zeit sind wirksamer als große Verstärker nach längerer Zeit.
 - Als Verstärker sind Aktivitäten gegenüber Gegenständen zu bevorzugen. Beliebte Aktivitäten werden erst erlaubt nach der Beendigung weniger beliebter.
 - Verstärker sollen zur Vermeidung von Sättigung häufiger gewechselt bzw. aus einem „Menu“ ausgewählt werden („Schatzkiste“).
 - Verstärkung durch die Eltern fördert die Kooperation zwischen Schule und Elternhaus, ist aber nicht in allen Fällen angezeigt.

und **Verlaufskontrolle** während wöchentlicher Treffen mit dem Lehrer/der Lehrerin (dem Kind? den Eltern?); Problemverhaltenslistenⁱ

6. Evaluation

Vor Beginn (Pre) und am Ende einer Intervention (Post) sowie z. B. nach 8 Wochen oder 3 Monaten (Follow-up) mit dem SSQ-H

8 Regeln für die Hausaufgaben*)

Regel 1: Das Kind notiert in der Schule alle Hausaufgaben in ein Hausaufgabenheft.

Regel 2: Das Kind macht seine Hausaufgaben immer am selben Platz.

An diesem Platz

- ist das Kind ungestört und ohne Ablenkungsmöglichkeiten (Blick auf den Spielplatz, Legosteine im Blickfeld u. a. m.)
- sind nur der Behälter mit Stiften, Schere und Radiergummi sowie das jeweils benötigte Buch, Heft oder Arbeitsblatt
- gibt es eine gute Beleuchtung von links bei Rechtshändern und von rechts bei Linkshändern

Regel 3: Das Kind beginnt mit den Hausaufgaben, wenn seine Leistungskurve wieder ansteigt.

Bei den meisten Personen beginnt das zweite Leistungshoch am Tag gegen 15³⁰ Uhr. Ein Kind, das vorher beginnt, muss gegen sein Leistungstief ankämpfen.

Regel 4: Mutter und Kind schätzen für jede Hausaufgabe die maximal benötigte Zeit (ohne Trödeln) und einigen sich auf einen Wert.

- in der 3. Klasse nicht länger als 20 Minuten „im Stück“
- in der 4. Klasse nicht länger als 25 Minuten „im Stück“.

Regel 5: Das Kind entspannt sich vor Beginn einer Aufgabe und stellt sich innerlich auf die Anforderungen ein.

Regel 6: Das Kind fängt mit der leichtesten Aufgabe an.

Regel 7: Das Kind macht nach jedem Fach eine (Bewegungs-)Pause von ca. 5 Min.

Regel 8: Das Kind beschließt die Hausaufgaben damit, dass es seinen Ranzen für den nächsten Tag packt.

Wenn mit einem **Punkte-Plan** gearbeitet wird, kann – abhängig von den Problemen, die gelöst werden sollen – vereinbart werden, dass es 1 Punkt gibt, wenn das Kind

- pünktlich an seinem aufgeräumten Platz sitzt
- alle Hausaufgaben in sein Heft eingetragen hat
- die Aufgabe innerhalb der vereinbarten Zeit „ausreichend“ erledigt hat (hat das Kind z. B. auf, das 1 x 8 zu üben, sich möglichst viele Wörter mit dem Stamm „fahr“ auszudenken und aufzuschreiben, und das Lesen einer Kurzgeschichte zu üben, dann kann es 3 Punkte bekommen)
- sich ohne zu murren oder zu schimpfen hat korrigieren lassen
- u. a. m.

* nach dem Schema von Döpfner, Schürmann & Frölich (1997)