

Der schulische Blick: Das Response-to-Intervention(RTI)-Modell

Ursprünglich aus den USA stammend, findet seit einigen Jahren das RTI-Modell auch Einzug in die deutsche Bildungslandschaft. Angestoßen durch das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) und die daraus folgenden Bemühungen zur inklusiven Beschulung wurde es für Regelschulen immer notwendiger, sich mit Verhaltensproblemen gezielter auseinanderzusetzen. Auch wenn seit Jahrzehnten Unterrichtsstörungen, Gewalt und Konzentrationsprobleme zu den am häufigsten berichteten Schwierigkeiten im Alltag von Lehrkräften gehören, gab (und gibt) es doch vergleichsweise wenig strukturierte Herangehensweisen, um diesen Problemen zu begegnen. Im Gegensatz zu den detailliert ausgearbeiteten Curricula im Bereich des Lernens, begleitet von einer Vielzahl an Fördermaterialien, -kursen und -trainings, gibt es bedeutend weniger Ansätze zur gezielten Verhaltensförderung. Der Einsatz einer Intervention hängt viel stärker von der zufälligen Kenntnis über diese Ansätze und den Vorlieben des Unterrichtenden ab, als von der planvollen, vorausschauenden Überlegung, welches die nachgewiesen effektivste Herangehensweise ist. Das RTI-Modell bietet eine Möglichkeit zur Strukturierung der Unterstützungsangebote – egal ob es sich um Lernhilfen oder Verhaltensförderung handelt.

Grundsätzlich geht es darum, Kindern angemessene Hilfestellungen anzubieten. Als angemessen versteht man dabei die optimale Passung zwischen dem Angebot (der Intervention) und den Bedürfnissen des Kindes. Es soll weder nach dem Motto „Viel hilft viel!“ vorgegangen, noch die Probleme im Sinne einer „Das wächst sich schon aus!“-Mentalität bagatellisiert werden. Konkret bedeutet dies, dass nicht jedes Kind, das mit dem Stuhl wackelt oder im Unterricht unaufmerksam ist, ein Verhaltenstraining oder Medikamente benötigt. Im umgekehrten Fall reichen ermunternde Gespräche mit dem Schüler ebenfalls nicht aus, wenn er seit mehreren Monaten wiederholt ausrastet und andere Kinder verletzt.

Die besondere Herausforderung im Bereich der Verhaltensförderung liegt darin, dass jedes Kind im Laufe seiner Schulzeit irgendwann einmal Verhaltensprobleme zeigen wird. D. h., jedes Kind wird irgendwann einmal aus dem Fenster schauen, obwohl es zuhören soll, ein anderes Kind treten oder beleidigen, zu irgendeinem Zeitpunkt in einer unpassenden Situation aufstehen und dazwischenrufen. Auch wenn all dies mögliche Symptome einer ADHS (Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störung) sein können, so bedeutet dies noch lange nicht, dass jedes dieser Kinder tatsächlich diese Störung hat. Entsprechend benötigt nicht jedes Kind ein Training, eine Therapie oder medikamentöse Unterstützung. ABER: Jedes von ihnen benötigt eine angemessene Reaktion, um wieder erfolgreich sein zu können!

Um dies zu erreichen, untergliedert das RTI-Modell die möglichen Reaktionen (sprich: Interventionen) in drei große Gruppen, die jeweils einer Präventionsebene zugeordnet sind:

In die erste Gruppe gehören diejenigen grundlegenden Maßnahmen zur Verhaltensförderung, die bei allen Kindern und Jugendlichen Anwendung finden. Sie sind auf Ebene 1 (siehe Schaubild 2) angesiedelt, meist zeitlich kürzer, weniger aufwendig und werden häufig spontan und intuitiv eingesetzt. Anwender sind sich häufig nicht bewusst, dass es sich hierbei um eine Intervention handelt.

Zaid schaut während des Unterrichts verträumt aus dem Fenster. Damit er sich wieder aufmerksam dem Unterricht zuwendet, klopft seine Lehrkraft zweimal auf

Zaids Tisch und deutet auf die Tafel. Sie verliert kein Wort – und Zaid beteiligt sich wieder am Unterricht.

Typische Interventionen der Ebene 1 finden sich im Methodenplan, S. 51:

- strukturierende Maßnahmen (z. B. die Organisation des Raumes und Routineabläufe, wie z. B. das Leisezeichen, S. 78),

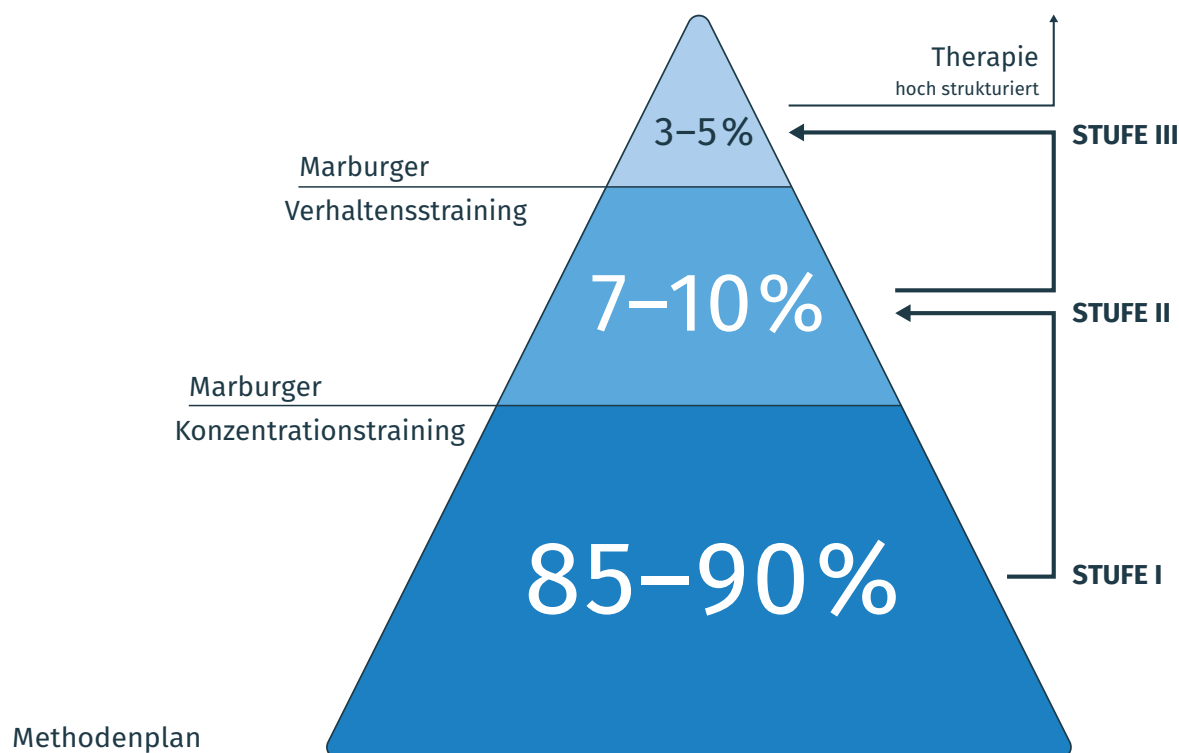


Schaubild 2 | RTI-Pyramide

- das Aufstellen von Regeln im Sinne eines prinzipienorientierten Unterrichts (siehe Wingert, G., 2018) und Maßnahmen zur Überprüfung, ob sich auch an diese gehalten wird (Prinzipien, S. 61/323, Regeln, S. 67/323),
- der Aufbau einer positiven Beziehung über zwanglose Kontakte und kurze, konsequente und unmittelbar folgende Konsequenzen auf Fehlverhalten (z. B. Ignorieren mit positivem Modell, S. 104, etc.).

Der planvolle Einsatz dieser Maßnahmen führt in der Regel dazu, dass sich 85–90 % der Schülerinnen und Schüler zu 90 % der Zeit angemessen und erfolgreich verhalten.

Als wissenschaftlich fundiertes und in der Praxis vielfach bewährtes Konzept ist hier der STOIK Ansatz (u. a. Sprick, R. & M. Garrison [2008], Wingert et al., in Vorb.) zu nennen. Er ermöglicht den erfolgreichen Umgang mit Gruppen und bildet deshalb die Grundlage für den Methodenplan im Rahmen des MVT.

Die zweite Gruppe von Interventionen richtet sich an etwa 7–10 % der Schülerschaft. Diese benötigen zusätzliche Unterstützung. Maßnahmen der Ebene 2 erfolgen nicht statt sondern zusätzlich zu den Interventionen der Ebene 1. Sie finden häufig in speziellen Gruppen statt.

Lara hat ein schlechtes Gedächtnis und weiß häufig nach kurzer Zeit nicht mehr, was in einer Aufgabenstellung geschrieben stand. Ihre Lehrerin geht sehr behutsam damit um und bittet sie in regelmäßigen Abständen, die Aufgabenstellung zu wiederholen. Dies ermöglicht es Lara meistens die Aufgabe zu lösen (erfolgreiche Intervention der Ebene 1). Leider reicht – bei einer Klas-

senstärke von 24 Kindern – die Unterstützung von Frau K. nicht aus. Deshalb besucht Lara das Marburger Konzentrationstraining

(MKT), um sich in der Methode des Inneren Sprechens besser zu üben (Intervention der Ebene 2).

Stufe 2
z. B. Marburger
Konzentrations-
training (MKT)

Maßnahmen der **Ebene 2** beanspruchen i. d. R. mehr Zeit und sind aufwendiger. Sie finden normalerweise in speziellen Phasen des Unterrichts oder in separaten Gruppen statt. Meist liegen sie in manualisierter Form vor und werden von speziell ausgebildeten Fachkräften in der Schule oder im außerschulischen Kontext angeboten.

Hierzu zählen insbesondere Selbstinstruktionstrainings (Das Marburger Konzentrationstraining, Krowatschek, D. et al., 2019, Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern, Lauth, G. W. & P. F. Schlottke, 2009, etc.) aber auch Programme zur Förderung des Sozialverhaltens.

Etwa 3–5 % der Schülerschaft benötigen hoch strukturierte und langfristige Unterstützung. Hierzu zählen beispielsweise Kinder mit einer ADHS-Diagnose. Sie haben neben Aufmerksamkeitsproblemen meist große Schwierigkeiten mit ihrer Frustrationstoleranz, Impulsivität und der Emotionsregulation. Sie sind in großen Gruppen nur schwer zu steuern. Es ist

plausibel, dass diese Kinder ein umfangreicheres Paket an Maßnahmen benötigen, um erfolgreich zu sein. Sie brauchen neben den Interventionen der Ebenen 1 und 2 noch mehr. Das Marburger Verhaltenstraining ist am Übergang von Ebene 2 auf Ebene 3 anzusiedeln. Es stellt ein strukturiertes Trainingsprogramm dar, das über einen langen Zeitraum laufen kann, ist aber nicht so individualisiert wie bspw. eine Verhaltenstherapie. Diese gilt als eine Ebene 3-Intervention.

Das RTI-Modell in der Praxis

Markus ist ein typisches Kind des Verhaltenstrainings. Schon in der zweiten Klasse beschwerte sich die Lehrkraft ständig über ihn: Er rief permanent dazwischen, konnte keine Minute stillsitzen und ärgerte seine Mitschüler. Auch seine Eltern hatten Probleme: Bei den Hausaufgaben gab es viele Tränen, das Heft flog in die Ecke, wenn er wieder einmal frustriert war und gefühlt drehte sich der ganze Tag nur um seine schulischen Leistungen. Der kleine Bruder kam völlig zu kurz. Gemeinsam mit der Lehrkraft holten sich seine Eltern Hilfe beim Schulpsychologen. Im Erstgespräch wurde schnell deutlich, dass hinter den ganzen Problemen ein aufgeweckter, hilfsbereiter und durchaus lernwilliger junger Mensch, eine hoch unterstützende und kreative Kollegin und zwei liebende und humorvolle Eltern steckten. Gemeinsam nahm man sich der Sache an. Zunächst wurde in einem gemeinschaftlichen Brainstorming geschaut, welche bisherigen Maßnahmen hilfreich waren. Diese sollten weiter verfolgt werden (Sammlung von Ebene 1-Interventionen). Zufrieden und voller Tatendrang verließen Eltern und Lehrkraft das Gespräch. Ein Termin zur neuerlichen Besprechung wurde vereinbart.

Nach 6 Wochen zogen die Beteiligten Bilanz: Vieles konnte verbessert werden, aber Markus' Konzentrationsleistung war

nicht so, dass er erfolgreich am Unterricht teilnehmen konnte. Die Aufgabenstellungen „rauschten an ihm vorbei“ (so drückte sich die Lehrkraft aus), weshalb er immer wieder frustriert aufgab und sich verweigerte. Gemeinsam entschloss man sich, ihn an einem Konzentrationstraining teilnehmen zu lassen. In 6 Sitzungen und zwei Lehrkräfte-/Elternabenden erhofften sich alle, die Situationen bei den Hausaufgaben und im Unterricht besser in den Griff zu bekommen (Implementierung einer Ebene 2-Intervention). Ein weiterer Termin in 6 Wochen wurde vereinbart.

Auch wenn sich die Klassensituation verbesserte und er nun bei den Hausaufgaben schneller fertig wurde, da er die Aufgabenstellung angemessen wahrnahm, drückte in der Schule immer noch der Schuh: In den Pausen, beim Phasenwechsel im Unterricht und beim Übergang in eine andere Klasse geriet Markus immer wieder in Auseinandersetzungen. Ständig rastete er aus. Im gemeinsamen Gespräch zeigte er sich reumütig und versprach Besserung.

Damit Markus eine alltagsnahe Übungssituation erhalten konnte, meldeten die Eltern ihn zum Marburger Verhaltenstraining an. Hier lernte er schrittweise mit offeneren Situationen in einer großen Gruppe umzugehen. Die Trainer schauten besonders auf seine Ressourcen und unterstützten ihn dabei, erfolgreich zu agieren. Im Rahmen der

Eltern- und Lehrkräfteworkshops kam es immer wieder zu Treffen, die es ermöglichten, Markus' Fortschritte zu besprechen und bei Problemen schnell zu reagieren. Markus nahm am Training mit Begeisterung teil. Hier konnte er eine Vielzahl an Situationen erleben, die ihm Spaß machten: Sei es beim Gruppenspiel, den Konzentrationsübungen oder auch in der Intervention, wenn er kreativ werden konnte. Die Entspannung war „nicht so seins“, aber auch diese machte er mit. Schließlich gab es viel anderes im Training, das ihn entschädigte.

Insgesamt hat er drei Mal für jeweils 6 Monate am Training teilgenommen. Schritt für Schritt hat er sich verbessert. Natürlich gab es immer wieder Phasen, in denen es

nicht so gut lief. Aber im Großen und Ganzen haben Schule, Eltern und Schulpsychologie gemeinsam für ihn diejenige Intervention gefunden, die für Markus angemessen war – nicht zu viel und nicht zu wenig. Eine anfänglich angedachte medikamentöse Behandlung war zu keinem Zeitpunkt notwendig.

Markus nahm am Training mit Begeisterung teil.

P.S.: Zur Zeit läuft es wieder ein wenig schlechter mit seiner Konzentration. Er ist verliebt – aber wenn das kein Grund ist, auch mal ein Auge zuzudrücken ...

Markus' Werdegang zeigt exemplarisch das Vorgehen nach dem RTI-Modell: Zunächst werden die einfacheren und bereits erprobten Maßnahmen genauer betrachtet, um dann schrittweise die Unterstützung zu intensivieren. Grundlegend wichtig ist dabei der Austausch mit allen Beteiligten. Bei jedem neuen Gespräch wird die Frage gestellt, ob die bisherigen Maßnahmen ausreichen oder verstärkt werden sollen. Zusätzlich stellt man eine neue Hypothese auf. Diese bezieht sich auf die Wirksamkeit neuer Interventionen. Da es sich lediglich um eine Hypothese, sprich eine begründete Idee, handelt, muss immer wieder überprüft werden, ob sich der Erfolg einstellt. Es hat sich bewährt, alle sechs Wochen die Auswirkungen zu besprechen.

Die Pfeile im Schaubild 2 illustrieren das vorgeschlagene Vorgehen. Natürlich ist es wichtig, in akuten Situationen zu reagieren und ggf. Teilschritte zu überspringen. Das RTI-Modell erhebt nicht den Anspruch, ein festgelegter Fahrplan zu sein.

Ein Vorgehen, wie bzgl. Markus beschrieben, ermöglicht es erfahrungsgemäß spätestens nach 6 Monaten, eine angemessene Interventionsebene zu finden. Dies entspricht dem Zeitraum, den Eltern betroffener Kinder üblicherweise auf den Beginn einer Therapie warten müssen. Ein zusätzlicher Vorteil liegt darin, dass in dieser Zeit bereits eine Vielzahl an Maßnahmen erfolgen und darüber Erfahrungen gesammelt werden können.

Der Blick des Trainings: Möglichkeiten der Anfangsdiagnostik

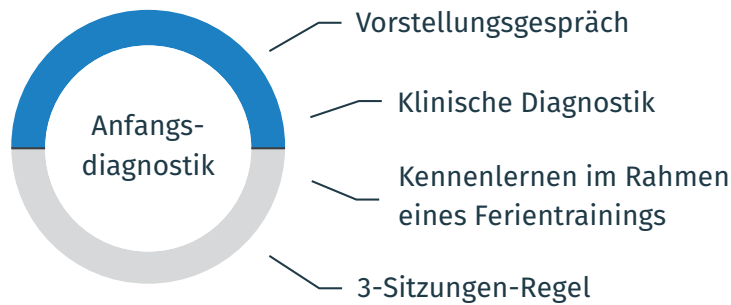


Schaubild 3 | Anfangsdiagnostik

Vor dem Training steht die Entscheidung, ob das Kind von der Maßnahme profitieren kann. Das MVT ist nach RTI eine Intervention an der Grenze zwischen Ebene 2 und 3. Damit ist es weder ein Grundlagentraining, bei dem Kinder ohne genaueres Ansehen angemeldet werden können, noch eine Therapie, bei der es für jedes Kind einer ausführlichen Diagnostik bedarf.

Der Anwender entscheidet, welches Ausmaß an Diagnostik er für seine Einschätzung braucht.

Erstgespräch

Jedes Kind sollte vor dem Training mindestens einmal zusammen mit den Sorgeberechtigten zum Erstgespräch erscheinen. Von einer reinen Anmeldung bzw. einem Vermitteln direkt in das Training raten wir dringend ab.

Ziel des Erstgesprächs ist es

- das Kind kennenzulernen,
- Trainingsmotivation beim Kind zu ermitteln bzw. herzustellen,
- seine Vorgeschichte mit den Sorgeberechtigten zu besprechen,
- zu entscheiden, ob weitergehende Diagnostik notwendig ist,
- den Beteiligten das weitere Vorgehen transparent zu machen.

Hierfür hat es sich als förderlich herausgestellt,

- mindestens eine halbe Stunde, eher eine Stunde, Zeit anzusetzen.
- vorab (z. B. durch ein vorher mit den Eltern geführtes Telefonat) mindestens eine positive Eigenschaft oder ein Hobby des Kindes zu kennen. Dieses kann beim Gespräch mit dem Kind als Einstieg genutzt werden, z. B. : „*Ich habe gehört, Du kannst tolle Kunststücke auf dem Fahrrad.*“ oder „*Jan, stimmt es, dass Du so gut auf Deine junge Schwester aufpassen kannst?*“.



- eine Zielsetzung für das Training zu erarbeiten. Diese kann durchaus ein globales Ziel sein, an dem man mit dem Kind arbeiten möchte. Spezifizierungen ergeben sich häufig im Laufe des Trainings. Mögliche globale Ziele können sein: „*Jan ist im Umgang mit anderen Kindern sensibler.*“, „*Jan schafft es häufiger, seine eigenen Bedürfnisse zurückzustellen.*“, „*Jan kann sich besser konzentrieren.*“.
- gemeinsam mit dem Kind eine Liste seiner Stärken zu erstellen. Nicht wenigen Kindern fällt dies schwer. Hilfreich kann hier das Spiel „Was gelingt Dir besonders gut bzw. was ist an Dir besonders liebenswert?“ (nach Sommers-Flanagan, J. & R. Sommers-Flanagan, 2014) sein. Hierzu bietet man dem Kind ein Spiel an, bei dem es zehnmal dieselbe Frage gestellt bekommt und diese nicht zweimal gleich beantworten darf. Alle Antworten (auch: „*Weiß ich nicht.*“, „*Keine Ahnung*“, etc.) sind erlaubt, aber nur einmal! Der Trainer stellt (ähnlich wie bei der „Schallplatte mit Sprung“, S. 106) jedes Mal dieselbe Frage. Weit über 90% der Kinder können nach anfänglichen Schwierigkeiten (i. d. R. „*Weiß ich nicht!*“ oder „*Nix!*“) eine beachtliche Anzahl positiver Dinge über sich nennen, und die Atmosphäre und Trainingsbereitschaft verbessert sich merklich.
- mit den Eltern das weitere Vorgehen konkret zu bereden. Bei einem Teil der Kinder wird das nächste Treffen die erste Trainingssitzung sein. Bei einem anderen Teil kann es weitere Treffen geben.

Klinische Diagnostik

Bei manchen Kindern werden die Informationen aus der Vorgeschichte nicht ausreichen. Eine detaillierte klinische Diagnostik je nach Fragestellung ist dann eine Möglichkeit. Diese wird im Kapitel „Der diagnostische Blick: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“, S. 25 ff., von Frau Prof. Dr. C. Gawrilow und Frau Dr. F. Blume dargestellt.

Ferientraining

Unserer Erfahrung nach ist die optimale Vorbereitung auf ein MVT eine Trainingsfahrt (S. 304). Bei einer Trainingsfahrt oder einem Ferientraining vor Ort hat das Trainer-Team eine Fülle an Möglichkeiten, die vielen Facetten der Kinder kennenzulernen und das Training im Anschluss daran auf sie abzustimmen.

Die 3-Sitzungen-Regel („Foot in the door“-Technik)

Besteht keine Möglichkeit, dem Kind ein Ferientraining anzubieten, und würde ein umfangreicher diagnostischer Prozess „über das Ziel hinausschießen“, kann man dem Kind anbieten, an drei Sitzungen teilzunehmen. Im Anschluss daran trifft man sich mit den Eltern und dem Kind und entscheidet gemeinsam, ob ein Training Sinn macht.

Diese Regel hat sich besonders bei Kindern bewährt, die am Anfang nicht teilnehmen wollen. Hat man selbst das Gefühl, dass nach einem Einstieg die Bereitschaft zur Mitarbeit da sein könnte, macht man dem Kind dieses Angebot. Die allermeisten Kinder nehmen den Vorschlag an und sind dann vom Training begeistert. Sollte sich ausnahmsweise einmal ein Kind nach der dritten Sitzung gegen das MVT entscheiden, wird das ohne Nachfrage akzeptiert.

Der diagnostische Blick: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Autorinnen: Prof. Dr. C. Gawrilow und Dr. F. Blume

Julia ist jetzt 12 Jahre alt und war schon immer ein wildes Mädchen – in der Grundschulzeit kamen noch weitere Probleme hinzu. Sie hatte Schwierigkeiten, die Anweisungen und Instruktionen ihrer Lehrerin zu beachten: Häufig merkte sie erst als die ganze Klasse schon arbeitete, dass sie etwas verpasst hatte und fing dann erst recht an, alle mit ihrem zappeligen und hektischen Verhalten zu stören. Hausaufgaben vergaß sie praktisch immer; ebenso vergaß sie notwendige Schultensilien entweder zu Hau-

se oder in irgendeinem Raum in der Schule, und manchmal fiel ihr sogar erst zu Hause auf, dass sie weder den Schulranzen auf- oder die Busfahrkarte und den Hausschlüssel dabei hatte. Ihre Lehrerin beschreibt sie als freundliche Schülerin – die aber jeden Unterricht sprengen kann, wenn sie erst einmal angefangen habe „den Clown zu spielen“. Ihre Mitschülerinnen haben manchmal Angst vor ihr, weil sie bei Spielen häufig anfängt zu raufen ...

Martin war schon immer ein bisschen verträumt und reagierte in der Regel nicht sofort auf Anweisungen, wenn sie ihm gesagt wurden: Jedes Mal ist er aufs Neue überrascht und auch betroffen, dass er gerade etwas verpasst hat, dabei immer willig und „schwörend“, dass er beim nächsten Mal besser aufpassen wird. Beim Spielen ist er leicht zu frustrieren, eher traurig und fühlt sich nicht gerecht behandelt. Zu Hause ist Martin häufig traurig, weil es mit den Schulaufgaben ewig dauert und er einfach nicht vorankommt. In solchen Situationen gibt es zusätzlich häufig Konflikte mit seinen El-

tern, die nicht glauben können, dass er nach vier Stunden immer noch nicht fertig ist. Sie verbieten ihm dann häufig, mit Freunden zu spielen oder zum Fußball zu gehen. Dass er während der Hausaufgaben immer wieder Quatsch macht und beispielsweise beim Spielen mit der Füllerpatrone Tinte auf dem ganzen Schreibtisch verschmiert, merkt er erst wenn es schon wieder passiert ist. Das bringt seine Eltern noch mehr in Rage. Zudem hat er ein geringes Selbstbewusstsein, fühlt sich häufig „wie ein Klotz am Bein“ – die Noten in der Schule sind aber nicht ganz schlecht ...

Die ADHS ist (wie viele andere Störungsbilder auch) ein Störungsbild, welches eine Abweichung einer Normvariante darstellt. Dies bedeutet, dass sich Schülerinnen und Schüler mit ADHS-Diagnose in der Art ihres Verhaltens meist kaum von Schülerinnen und Schülern ohne ADHS-Diagnose unterscheiden. Allerdings zeigen Kinder mit Diagnose mehr und vor allem intensivere Symptome und haben dadurch auch deutlich mehr Schwierigkeiten, in Bezug auf ihren Lernfortschritt und die Entwicklung sozialer Beziehungen mit anderen Kindern ihrer Klasse mitzuhalten. Des Weiteren zeigen sie intensivere Schwankungen in der Symptomatik, abhängig von Tageszeit, Wochentag, Schulfach, Unterrichtsform oder Sitznachbarn. Dementsprechend wird im Bereich der ADHS-Forschung mittlerweile diskutiert, dass die Symptome eher kontinuierlich („weniger“ versus „mehr“) und nicht rein kategorial („vorhanden“ versus „nicht vorhanden“) betrachtet werden sollten. Das heißt für den schulischen Kontext, dass alle Kinder mit intensiveren sowie häufig und wiederkehrend auftretenden ADHS-Symptomen eine entsprechende frühzeitige gezielte Unterstützung und Förderung für den Schulalltag erhalten sollten – unabhängig von einer klinischen ADHS-Diagnose. Lehrkräfte können somit eigenständig und ohne ärztliche Konsultation (und häufig beträgt die Wartezeit für einen Termin beim Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder -psychiater viele Monate) Maßnahmen ergreifen, die Schülerinnen und Schüler mit ADHS-Symptomen unterstützen und fördern und somit das Lernen für alle am Unterricht Beteiligten entspannter und friedlicher gestalten.

Zusätzlich ist zu betonen, dass ADHS-typisches Verhalten im Rahmen der kindlichen Entwicklung völlig normal ist. Erst wenn das Verhalten der Kinder verzögert zu reifen scheint und sich das Verhalten Sechsjähriger beispielsweise eher wie das von Vierjährigen, die sich natürlicherweise noch schlechter konzentrieren und das eigene Verhalten schlechter steuern können, erscheint, sind ein genaueres Hinsehen und möglicherweise erste Maßnahmen der Stufe 1 des RTI indiziert. Ein Beleg dafür, dass ADHS-Symptome typische Verhaltensweisen jüngerer Kinder darstellen und sich in aller Regel mit zunehmender Selbstkontrolle verringern, liefern Untersuchungen, die zeigen, dass häufig den jüngeren Schülerinnen und Schülern einer Klasse und solchen, die vorzeitig eingeschult werden, ADHS-typisches Verhalten bescheinigt wird und sie sogar häufiger eine ADHS-Diagnose erhalten.

Die ADHS ist durch die Kernsymptome **Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität**, die sich sowohl **zu Hause, in der Schule** als auch **im Umgang mit anderen Menschen** (z. B. den Eltern oder anderen Erwachsenen, Geschwistern und/oder Mitschülerinnen und Mitschülern) **überdauernd** (für mindestens 6 Monate) **vor dem Erreichen des 12. Lebensjahres** zeigen, gekennzeichnet. Im Folgenden wird illustriert, wie sich diese Symptome in den verschiedenen Lebensbereichen äußern könnten (vgl. Barkley, 2014). An dieser Stelle soll nochmals die starke Heterogenität der ADHS betont werden: Jedes Kind ist anders und bei jedem Kind drücken sich die Symptome möglicherweise anders aus.

Unaufmerksame Kinder fallen in der Schule vornehmlich durch Vergesslichkeit, Zerstreuung und Unselbständigkeit auf. Beispielsweise vergessen die Kinder, ihre Hausaufgaben direkt in ein Heft zu notieren. Somit entsteht zu Hause der Eindruck, es seien in der Schule keine Hausaufgaben gestellt worden und die Kinder kommen am nächsten Tag unvorbereitet und ohne erledigte Hausaufgaben in die Schule. Sie vergessen aber auch Arbeitsanweisungen, die sie während des Unterrichts, beim Bearbeiten von Aufgaben, oder während Klassenarbeiten erhalten. So kann es gut sein, dass Kinder eigentlich Additionsaufgaben bearbeiten sollen und plötzlich anfangen, zu subtrahieren – ganz in dem Glauben, Letzteres sei die Instruktion gewesen. Die Kinder übersehen in der Regel, dass bei den Aufgaben gar kein Minuszeichen vorkommt. Des Weiteren kommt es vor, dass Kinder das Arbeiten ganz vergessen und vor sich hinträumen. In solchen Phasen benötigen die Kinder nicht nur ein deutlich höheres Maß an Strukturierung von außen, sondern auch ein stetiges Kontrollieren und Zurückführen an die eigentliche Aufgabenstellung. Insbesondere kann es hilfreich sein, die Arbeitsanweisungen – ganz im Sinne einer Binnendifferenzierung – kleinschrittiger und somit strukturierter zu gestalten (z. B. nicht mehrere Arbeitsanweisungen auf einmal formulieren; nur eine Arbeitsanweisung pro Seite der Arbeitsblätter).

Die Unaufmerksamkeit zeigt sich im Schulkontext weiterhin auch im Vergessen von Abmachungen, Vereinbarungen und Regeln. So verstoßen die Kinder meistens nicht mutwillig und wissentlich gegen Regeln, sondern einfach, weil sie im Moment des

Handelns vergessen werden. Folglich reagieren sie häufig sehr betrübt, wenn sie darauf hingewiesen werden, Regeln verletzt oder missachtet zu haben – es war schließlich nie ihre Absicht. Außerdem zeigt sich die Unaufmerksamkeit auch darin, dass sie regelmäßig Dinge verlieren oder verlegen und nicht wiederfinden, unabhängig von ihrem materiellen oder ideellen Wert. Beispielsweise lassen sie ihren Turnbeutel auf dem Pausenhof, im Bus oder auf dem Heimweg liegen und merken oft erst, wenn die Eltern nach dem Verbleib der Tasche fragen, oder sie selbst etwas daraus benötigen, dass der Beutel weg ist.

Im häuslichen Umfeld manifestiert sich die Unaufmerksamkeit weiterhin in Vergesslichkeit und in der Unfähigkeit, sich längere Zeit mit einer Sache zu beschäftigen. Während Kinder vor allem vergessen, Arbeitsaufträge zu erledigen (z. B. Tisch decken, Spülmaschine ausräumen, Zimmer aufräumen, sich anziehen) zeigt sich Letzteres in besonderem Maße in Hausaufgaben- oder Lernsituationen, welche in nahezu allen Familien mit Kindern mit ADHS als äußerst problematisch empfunden werden und Eltern und Kinder verzweifeln lassen. Nicht selten dauert das Erledigen von Hausaufgaben viele Stunden. Der Mangel an Aufmerksamkeit zeigt sich zudem im Spielverhalten der Kinder: Es fällt ihnen sehr schwer, sich dauerhaft mit einem Spiel bzw. Spielzeug zu befassen; stets muss etwas Neues her. Im Gegensatz dazu können sich diese Kinder beim Computerspielen oder dem Fernsehen sehr wohl dauerhaft (und auch häufig länger als es den Eltern lieb ist) mit dieser

Unaufmerksamkeit

DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015); ICD-10-TR (WHO, 2008): bis zum Alter von 6 Jahren; für das ICD-11 (in Deutschland für 2022 erwartet) auch bis zum Alter von 12 Jahren.

einen Sache beschäftigen, da eine Fernseh- sendung oder ein Computerspiel ständig etwas Neues (Bilder, Geschichten, Level) zu bieten hat. Insofern darf die Aussage von Eltern *„Mein Kind kann sich kaum dauer- haft konzentrieren, aber vor dem Computer klappt das sehr gut“* mitnichten im Sinne einer guten Konzentrationsfähigkeit inter- pretiert werden.

Im Umgang mit anderen Kindern zeigt sich der Mangel an Aufmerksamkeit vor allem darin, dass die Kinder nicht zuzuhören scheinen und ständig mit ihren Gedanken woanders sind. Jeder von uns hat es vermut- lich schon einmal erlebt, dass man sich mit jemandem unterhielt, und der Gesprächs- partner dann plötzlich einfach mit ande- ren Personen eine Konversation begann.

Dies ist äußerst unangenehm und störend. Darüber hinaus vergessen unaufmerksame Kinder Abmachungen mit Freunden und erscheinen beispielsweise zum vereinbar- ten Treffpunkt einfach nicht oder kommen viel zu spät. Bei Treffen werden dann zudem häufig Regeln des sozialen Miteinanders missachtet – so kommt es beispielsweise oft dazu, dass Kinder mit ADHS ohne ersichtli- chen Grund und ohne Verabschiedung ein- fach vom Spielplatz o.ä. verschwinden, um anderen, als attraktiver empfundenen Din- gen nachzugehen oder nach Hause zu lau- fen. Insofern ist es kaum verwunderlich, dass diese Kinder Schwierigkeiten haben, Freundschaften zu schließen und auch zu halten, was sie wiederum sehr unglücklich macht.

Hyperaktives Verhalten ist durch motori- sche Überaktivität oder auch eine innere Unruhe – häufig als *wie von einem Motor angetrieben* bezeichnet – charakterisiert. In der Schule zeigt es sich oftmals darin, dass Kinder einen starken Bewegungsdrang und somit Schwierigkeiten haben, auf einem Stuhl sitzenzubleiben. Sie stehen dann auf, wenn Sitzenbleiben angebracht wäre und/ oder wechseln ständig ihre Sitzposition – mal auf den Knien, mal den Füßen, mal umgekehrt auf dem Stuhl, mal auf dem Tisch und im nächsten Moment wieder anders. Sie kippen mit dem Stuhl, trommeln mit Händen und Stiften auf dem Tisch, spielen mit Stiften oder kauen an ihnen herum. In der Schulkantine können sich Probleme fol- gendermaßen darstellen: Wenn sie sich für die Essensausgabe anstellen müssen, wir- ken sie nervös, überdreht, und hüpfen und

klettern – kein Wunder, dass es dann auch immer wieder zu kleineren Unfällen kommt. Man sollte jedoch nicht annehmen, dass die motorische Aktivität der eigenen Verhal- tenskontrolle der Kinder unterliegt. Folg- lich sind Anweisungen oder Ermahnungen, sitzenzubleiben und sich ruhig zu verhalten, meist nicht zielführend. Viele Kinder leiden massiv unter dieser motorischen Unruhe und so berichten Eltern vielfach, dass die Kinder ihre eigenen Beine an Stuhl- oder Tischbeinen festbinden, damit sich diese nicht mehr bewegen können.

Im häuslichen Umfeld zeigt sich die Hyper- aktivität weiterhin in einem starken Bewe- gungsdrang, aber auch in Ein- und Durch- schlafproblemen. Die Kinder sind rastlos und kommen nicht zur Ruhe. Des Weiteren sind hyperaktive Kinder – vor allem wenn sie zusätzlich unaufmerksam sind – häufig toll-

patschig oder ungenau: Ständig fällt etwas herunter, sie stoßen Dinge um, verschütten etwas. Auch stürzen und verletzen sie sich häufiger als andere Kinder. Zudem spielen sie ständig mit Gegenständen herum, die dann natürlich auch herunterfallen und eventuell kaputtgehen. Es ist vornehmlich die Rastlosigkeit und der ständige Bewegungsdrang, der hyperaktiven Kindern im Umgang mit anderen Schwierigkeiten bereitet. Die Nervosität und Hektik, die sie ausstrahlen, werden meist als äußerst anstrengend empfunden und machen andere nervös. Obendrein missfällt es vielen Kindern, wenn jemand ständig sie selbst oder ihr Eigentum berührt. Dies bleibt aber nicht aus, wenn hyperaktive Kinder ständig mit Gegenständen spielen, die für sie auch immer neu und attraktiv sein sollten und welche sie dann, in Abwesenheit eigener Gegenstände, auch von anderen nehmen. Hyperaktives Verhalten belastet folglich die hyperaktiven Kinder selbst, aber auch ihre

Freunde, Klassenkameraden, Lehrkräfte und Eltern. Allerdings ist Hyperaktivität nicht nur als Beeinträchtigung zu betrachten. Vielmehr stellt sie für unaufmerksame Kinder in Situationen, die Konzentration erfordern, vermutlich auch eine Strategie dar, um sich besser konzentrieren zu können. Der Wissenschaftler Jaap van der Meere (2005) führt Aufmerksamkeitsdefizite bei Patienten mit ADHS auf einen zu geringen physischen Aktivitätszustand zurück. Bewegungen – so nimmt er an – erlauben es, diesen Aktivitätszustand auf ein Niveau zu steigern, das es ermöglicht, sich zu konzentrieren und somit den Anforderungen einer Situation, die Aufmerksamkeit erfordert, gerecht zu werden. Hyperaktives Verhalten sollte folglich nicht ausschließlich als ein störendes Symptom, welches es zu reduzieren gilt, betrachtet werden, sondern könnte für Betroffene durchaus einen wichtigen Zweck erfüllen.

Hyperaktivität

Impulsivität charakterisiert Verhalten, welches durch das Fehlen von Planung und Voraussicht, dem Bedenken alternativer Handlungsweisen, und dem Abwägen positiver und negativer Konsequenzen charakterisiert ist. Kinder, die impulsiv handeln, haben Schwierigkeiten, abzuwarten, bis sie an der Reihe sind und platzen deshalb im Schulunterricht mit Antworten heraus, ohne sich zu melden oder zu warten, bis sie aufgerufen werden. Häufig sind sie dann in ihrem Redefluss kaum zu stoppen (dies wird häufig auch als hyperaktives Verhalten verstanden). Im Schulkontext bedeutet Impulsivität aber auch, dass Kinder mit dem

Bearbeiten von Aufgaben beginnen, ohne die Aufgabenstellung (komplett) gelesen zu haben. Zudem wird dann überaus hektisch, ohne Aufgaben abschließend nochmals hinsichtlich ihrer korrekten Bearbeitung zu kontrollieren, und in der Regel mit schlechtem Ergebnis gearbeitet.

Zu Hause äußert sich impulsives Verhalten zunächst in der Unfähigkeit, abzuwarten: die Eltern werden beim Telefonieren, im direkten Gespräch mit anderen oder auch beim Kümmern um Geschwisterkinder unterbrochen, mit dem Ziel, sofort das zu bekommen oder zu machen, was im Moment wichtig erscheint. Dies hat zur Folge, dass Eltern ihr

Impulsivität

Kind ständig ermahnen innezuhalten, abzuwarten und nachzudenken, was meist als enorm anstrengend empfunden wird (vor allem, da es in der Regel kaum oder keine nachhaltige Wirkung hat, auf Dauer aber die Beziehung zwischen Kind und Eltern deutlich belastet). Des Weiteren agieren impulsive Kinder – da sie vor ihrem Handeln nicht über negative Konsequenzen und Gefahren nachdenken – oft mit hohem Risiko. Verschiedene Studien belegen, dass Kinder mit ADHS im Vergleich mit Kindern ohne ADHS häufiger Unfälle haben und sich häufiger verletzen. Beispielsweise klettern sie ohne Sicherung hoch hinaus, rennen über die Straße ohne nach links und rechts zu blicken, oder rasen mit dem Fahrrad und ohne Helm einen Berg hinab. Auch schwere Verletzungen wie ein gebrochener Arm, eine Platzwunde oder Gehirnerschütterung bleiben dabei nicht aus. Gleichzeitig geht impulsives Verhalten auch mit einem höheren Risiko für delinquentes Verhalten einher. Beispielsweise werden negative Konsequenzen kleinerer Diebstähle (z. B. das Entwenden von Kaugummi im Supermarkt) nicht bedacht. Somit fallen Kinder mit ausgeprägt impulsiven Verhaltensweisen auch diesbezüglich früh negativ auf.

Im Umgang mit anderen Kindern belasten impulsive Verhaltensweisen ihre Beziehungen und Freundschaften häufig sehr deutlich. Durch ihr Unvermögen, abzuwarten, sprengen Kinder mit ADHS oft die Spiele anderer Kinder. So würde sich ein impulsiv agierendes Kind vermutlich nicht an den Rand des Spielfelds stellen und abwarten, bis es gefragt wird, ob es mit den anderen Fußball spielen möchte – das Kind würde einfach auf den Platz rennen, sich den Ball schnappen und mitspielen (und dies häufig in einer besonders leidenschaftlichen, und dadurch auch rücksichtslosen und möglicherweise sogar aggressiven Art und Weise). Gleichzeitig würde dieses Kind, besonders wenn es sich geärgert oder provoziert fühlt, seine Emotionen nur schlecht im Griff haben, es würde andere anschreien und möglicherweise auch körperlich angehen. Dies verängstigt andere Kinder. Schließlich ist es anderen Kindern auch häufig mulmig zumute, wenn sie sehen, wie risikobehaftet das Verhalten des sich impulsiv verhaltenden Kindes ist. Diesbezüglich können und wollen sie nicht mithalten (sie trauen sich nicht) und sie distanzieren sich von diesem Kind. In der Folge entstehen Freundschaften häufig erst gar nicht oder sie gehen bald wieder zu Bruch.

Wichtig ist, dass alle hier aufgezeigten Verhaltensweisen **in jedem Fall** von bewusstem und willentlichem Fehlverhalten abzugrenzen sind. Kinder mit ADHS wollen nicht auffallen, weder durch unaufmerksames oder hyperaktives, noch durch impulsives Verhalten. Sie wollen nicht stören, nerven, verbal oder körperlich verletzen. Jedoch unterliegt ihr Verhalten – anders als bei Kindern ohne ADHS – nicht ihrer eigenen Kontrolle. In der Folge treten die gezeigten Verhaltensweisen auf. Ein Training, wie das Marburger Verhaltenstraining, kann diese Kinder gezielt dabei unterstützen, Verhaltensselbstkontrolle zu erlangen.

