

Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose und deren Förderung durch die Soziale Arbeit im Schulkontext

Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit ADHS-diagnostizierte Kinder und Jugendliche im Schulkontext angemessen fördern?

Bachelor-Thesis im Rahmen des Bachelor-Studiums Sozialer Arbeit an der Hochschule für Soziale Arbeit, HSA FHNW Muttenz

Eingereicht bei Nora Locher, MA, HSA FHNW

Erik de Quero, Dornach, im Juli 2020

Abstract

In der vorliegenden Bachelorthesis wird ausgehend von ausgewähltem Theoriewissen zum Störungsbild ADHS und zur Sozialen Arbeit im Schulkontext die Frage beantwortet, wie Professionelle der Sozialen Arbeit ADHS-diagnostizierte Kinder und Jugendliche im Schulkontext angemessen fördern können. Nach einem theoretischen Exkurs der auf einer Literaturrecherche beruht, wird in einem weiteren Teil spezifisches Methodenwissen vorgestellt, das sich in diesem Zusammenhang anbietet. Anschliessend werden die Erkenntnisse diskutiert, die Fragestellung beantwortet und ein Ausblick gegeben, wo weitere Forschung zu der Thematik ansetzen kann.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Erkenntnisinteresse und Fragestellung	2
1.3	Gliederung und Methodik der Arbeit.....	4
1.4	Abgrenzung.....	5
2	Begriffserklärungen	6
2.1	ADHS.....	6
2.2	Lebensphasen Kindheit und Jugend.....	7
2.3	Schule und Bildung.....	7
2.4	Soziale Arbeit.....	7
2.5	Schulsozialarbeit	8
2.6	Sozialpädagogik in der Schule.....	8
3	ADHS bei Kindern und Jugendlichen.....	9
3.1	Symptomatik	9
3.2	Internationale Klassifikationssysteme zur diagnostischen Einordnung der Symptome	10
3.3	Ursachen der ADHS	12
3.4	Indikation von Medikamenten	14
3.4.1	Methylphenidat (MPH).....	14
3.5	Stärken von Kindern und Jugendlichen mit ADHS	15
3.6	Entwicklung der ADHS vom Grundschulalter bis in die Pubertät	16
3.7	Fazit und Schlussfolgerungen für die pädagogische Praxis.....	17
4	Schule und Bildung aus der Perspektive der Sozialen Arbeit im Schulkontext	20
4.1	Der Begriff Schule aus Perspektive der Schulsozialarbeit (SSA).....	20
4.2	Definition Bildung	21
4.3	Formelle, nicht-formelle und informelle Bildung.....	22
4.4	SSA in einer Doppelfunktion.....	23
4.5	Bildungsziele und Kompetenzen für Schülerinnen und Schüler gemäss SSA	24
4.6	Einstellung und Haltung von (sozial-)pädagogischen Fachpersonen gegenüber Schülern mit einer ADHS-Diagnose.....	26
4.7	Einstellung, Haltung und Perspektive der Klienten	27
5	Die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS durch die Sozialpädagogik im Schulkontext	28

Kooperation.....	29
5.1.1 Kooperation zwischen Eltern und Kind.....	30
5.1.2 Kooperation zwischen Schule und Eltern.....	31
5.1.3 Kooperation zwischen den (pädagogischen) Fachkräften.....	32
5.2 Förderplanung.....	33
5.3 Interventionsmöglichkeiten im Schulunterricht.....	34
5.3.1 Allgemeine Unterrichtsprinzipien und präventive Unterrichtsmethoden bei ADHS.....	34
5.3.2 Sozialräumliche Angebote – Gestaltung des Klassenzimmers.....	36
5.3.3 Behaviorale Interventionen in der Schule.....	37
5.3.3.1 Positive Verstärkung.....	37
5.3.3.2 Response Cost.....	37
5.3.3.3 Time-out.....	38
5.3.4 Selbstregulations-, Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstrainings.....	38
5.3.4.1 Mentales Kontrastieren.....	38
5.3.4.2 Wenn-Dann-Pläne.....	39
5.3.5 Multimodales Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten.....	39
6 Beantwortung der Fragestellung und Diskussion.....	41
6.1 Beantwortung der Fragestellung.....	41
6.2 Diskussion.....	42
7 Ausblick.....	44
8 Literatur.....	46
9 Abbildungsverzeichnis.....	49
10 Anhang.....	51
10.1 Anhang 1: Zuständigkeitsbereiche, Interventionsmöglichkeiten und Kooperation von Sozialpädagogik und Schule am Beispiel der Schule in Kleingruppen, Dielsdorf.....	51
10.1.1 Erster Aufgabenbereich für die Sozialpädagogik in der Schule - Schulische Unterstützung.....	51
10.1.2 Zweiter Aufgabenbereich für die Sozialpädagogik in der Schule - Mitentwicklung sozialer Förderziele.....	52
10.1.3 Dritter Aufgabenbereich für die Sozialpädagogik in der Schule – Erlebnispädagogik.....	53
11 Ehrenwörtliche Erklärung.....	54

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

In meiner studienbegleitenden Praxisorganisation – einem Wohnheim für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen und besonderen Bedürfnissen – wurde ich mehrfach mit dem Störungsbild *ADHS* konfrontiert. Dies zum einen in der fallführenden Bezugspersonenarbeit mit einem ADHS-diagnostizierten jugendlichen Klienten, zum anderen in der Alltagsgestaltung mit mehreren, mir weniger vertrauten Jugendlichen mit ebendieser Diagnose. Allen diesen Jugendlichen war gemein, dass sie umgänglich wirkten, viele Beziehungsangebote machten und generell an sozialem Kontakt interessiert waren. Sie schienen zudem lebhaft, feinfühlig und mit «sensiblen Antennen» ausgestattet zu sein. Ging es jedoch darum eine Sache zu planen, deren Ziel nicht sofort erreichbar war, schienen sie schnell das Interesse zu verlieren und wirkten unangemessen sprunghaft. Sich selbst vorgenommene Handlungsvorsätze, oder in Kooperation mit ihnen ausgehandelte Abmachungen, konnten sie nur schwer einhalten, an gemeinsamen Essen oder Spielen teilzunehmen empfanden sie mitunter als Herausforderung und nicht selten standen sie unvermittelt auf, um eine ihnen offensichtlich unangenehme Situation in düsterer Stimmung oder begleitet von einem Wutausbruch zu verlassen. Dieses Verhalten liesse sich als *impulsiv* bezeichnen. Wurden sie anschliessend im Gespräch mit ihrem Verhalten konfrontiert, zeigten sie Verständnis, jedoch nicht ohne dieses Verhalten später erneut zu zeigen. Dadurch wirkten sie *getrieben*, wenig lernfähig und auf Unterstützung angewiesen. In einer Gemeinschaft, die auf gemeinsamen Abmachungen, dem Einhalten von Regeln und weiteren sozialen Herausforderungen fusst und in einer Gesellschaft die davon ausgeht, dass die Vernunft handlungsleitend für deren Individuen ist, wirkten sie einerseits individuell, freiheitsliebend und voller Lebensenergie, waren andererseits jedoch nicht in der Lage sich selbständig an Abmachungen zu erinnern, die sie in der Folge als aufoktroziert wahrnahmen. Durch ihr mangelndes Selbstmanagement machten sie sich verhältnismässig stark abhängig von Professionellen der Sozialen Arbeit, insbesondere dahingehend, als dass diese sie immer wieder an Termine, Vorsätze, Handlungsplanungen etc. erinnern mussten. Insbesondere die Bezugspersonenarbeit als angehender Sozialpädagoge mit einem von ADHS betroffenen, 14-jährigen Jungen, liess mich so gefühlt zum Manager über mehrere seiner Lebensbereiche werden.

1.2 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

Da das Berufsethos der Sozialen Arbeit mich verpflichtet Klienten¹ in ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen (vgl. Berufskodex Avenir Social 2010), wurde ich während meiner Praxisausbildung oft vor die Frage gestellt, wie dies unter diesen Umständen zu leisten sei, da ich es war, der bspw. den Überblick über die Termine meines Klienten hatte. Nun lässt sich sicherlich zu Recht einwenden, dass Termine und Abmachungen nicht alles im Leben sind, aber es soll in der vorliegenden Arbeit weniger um kritische Theorie gehen, denn um die Frage, in welchen Lebensbereichen ADHS-diagnostizierte Kinder und Jugendliche Unterstützung brauchen und wie diese Unterstützung methodisch aussehen kann, ohne dabei autonomiebeschränkend zu sein. Dies mit dem Ziel Kinder und Jugendliche als Klienten Sozialer Arbeit in ihrer Persönlichkeitsentwicklung hin zu einem Mehr an Selbständigkeit angemessen zu unterstützen. Mein Erkenntnisinteresse liegt dabei einerseits darauf, das Störungsbild ADHS besser zu verstehen und zum Anderen in der Aufarbeitung der Frage, *wie Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose im Schulkontext von Professionellen der Sozialen Arbeit angemessen unterstützt werden können*. Folgende Fragestellungen ergeben sich dadurch:

Allgemeine Fragestellung

Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit ADHS-diagnostizierte Kinder und Jugendliche im Schulkontext angemessen unterstützen?

Unterfragestellung

Wie können insbesondere Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ADHS-diagnostizierte Kinder und Jugendliche im Schulkontext angemessen unterstützen?

Denn nach meiner Ausbildung, die ich mit dieser Arbeit abschliesse, werde ich als Sozialpädagoge Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose in einer Schule unterstützen,

¹ Der Begriff *Klient* wird, wenn nicht näher bezeichnet, geschlechtsneutral verwendet. Alle Geschlechter sind damit gemeint.

mit dem Ziel, sie zusammen mit einer Klassenlehrkraft nach Lehrplan 21 (gemäss Regelschule) zu einem Sekundar-Schulabschluss zu führen.

Die Forderung nach sozialpädagogischer Unterstützung in der Schule lässt sich strukturell einerseits vor dem *Hintergrund* der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch den Schweizer Bundesrat im 2014 und der damit verbundenen Forderung nach mehr Inklusion verstehen, die vorsieht, dass Kinder mit Beeinträchtigungen möglichst in inkludierenden Gesellschaftsformen wie z.B. im Regel-Schulkontext unterstützt werden (vgl. UN-BRK 2006) – vermutlich mit dem Ziel Folgekosten zu sparen und exkludierende Sonderformen wie bspw. Sonderschulen und Internate obsolet werden zu lassen – und andererseits ist Inklusion seit Ende der 1990er Jahren in der Schweiz gängige Praxis (vgl. Brunner/Pfiffner/Ambord/Hostettler 2018: 38). Sonderschulen existieren hingegen bis anhin.

Die *Zielgruppe* der Arbeit stellen Kinder und Jugendliche dar. Dies aufgrund der Tatsache, dass eine weitere Besonderheit an meinem zukünftigen Arbeitsplatz darin besteht, dass es keine Jahrgangsbeschränkung in der Klasse gibt, womit Kinder und Jugendliche in derselben Klasse unterrichtet werden. Ein weiterer Grund stellt die Literatur dar, die in den meisten Fällen beide Altersgruppen in den Blick nimmt. Forschung und Theorien, die das Thema speziell im Hinblick auf die Lebensphase Jugend beleuchten scheinen kaum vorhanden zu sein. Dies könnte einen Kritikpunkt im Schlussteil der Arbeit bilden, da sich beide Altersgruppen in ihrer Lebenswelt und Lebenslage, sowie mit den von der Umwelt an sie herangetragenen Anforderungen, doch erheblich unterscheiden.

Bei der sozialpädagogischen Arbeit im Schulkontext – ob in der Regel- oder Sonderschule – interessiert mich neben der Frage nach dem konkreten Zuständigkeitsbereich der Sozialpädagogik besonders die präventive Arbeit mit ADHS-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen. Demzufolge mündet der Theorieteil in einen methodischen Teil, in welchem beschrieben werden soll, auf welche Weise Kinder und Jugendliche mit ADHS im Schulalltag von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen unterstützt werden können, damit sie sich gemäss ihrer Ressourcen auf den Schulalltag einlassen und in Bezug auf ihre Lernfähigkeit und im Sinne einer gelingenden Persönlichkeitsentwicklung profitieren können.

1.3 Gliederung und Methodik der Arbeit

Die vorliegende Bachelorthesis beruht auf einer Literaturrecherche ausgewählter Theorien zur Thematik.

In einem ersten Theorieteil (Kapitel 3) geht es um die genaue Betrachtung des Störungsbilds ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Darin werden die Kernsymptome, die Klassifikationssysteme, die Ursachen und der Entwicklungsverlauf der Störung vom Kindesalter bis zur Jugend erläutert, sowie die Stärken der Betroffenen erwähnt.

In einem zweiten Theorieteil (Kapitel 4) wird auf die Sozialpädagogik in der Schule, und auf die Schulsozialarbeit als Handlungsfelder Sozialer Arbeit im Schulkontext eingegangen. Die Schulsozialarbeit fungiert dabei weniger als von der Sozialpädagogik abzugrenzendes Handlungsfeld, denn als brauchbare Perspektive Sozialer Arbeit auf den Bildungs-ort Schule.

Im Hauptteil der vorliegenden Arbeit (Kapitel 5) werden anschliessend die Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten in Bezug auf ADHS im Schulkontext und spezifisch die Unterstützung der davon betroffenen Klienten durch Sozialpädagogik in der Schule erörtert.

Anschliessend wird die erarbeitete Literaturrecherche diskutiert und die Fragestellung der vorliegenden Bachelorthesis beantwortet (Kapitel 6).

Im Schlussteil (Kapitel 7) wird die Arbeit reflektiert und ein möglicher Ausblick vorgenommen.

1.4 Abgrenzung

Die medizinisch-psychiatrische Diagnostik zum Störungsbild ADHS wird als wichtig angesehen, jedoch nicht im Detail erläutert, da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Auf *neurochemische Vorgänge* und *medizinische Indikationen* kann aus demselben Grund nur oberflächlich eingegangen werden.

Die Themen *Kindheit* und *Jugend* als Lebensphasen werden lediglich in Bezug auf das Störungsbild ADHS eingehender behandelt und nicht als eigenständige Themen, da der Fokus auf dem Störungsbild ADHS und dessen Auftreten bei heranwachsenden Schülerinnen und Schülern liegen soll.

Auf den Themenkomplex *Disziplin und Profession* >Soziale Arbeit< wird rudimentär eingegangen, jedoch nicht allgemein, sondern in Bezug auf *Soziale Arbeit im Schulkontext*.

Auf die Themen *Inklusion* und *Kooperation von Fachkräften der Schule und der Sozialen Arbeit* wird im Verlauf der Arbeit immer wieder eingegangen, obwohl diese nicht explizit im Titel genannt werden. Sie stellen jedoch implizite Bedingungen dar, die für ein spezifischeres Verständnis der Thematik, die Beantwortung der Fragestellung, sowie für eine gelingende Praxis wichtig erscheinen.

2 Begriffserklärungen

Im Kapitel 2 werden die Begriffe des vorliegenden Titels und die Fragestellung erklärt und definiert: ADHS, Jugend und Soziale Arbeit im Schulkontext. Im Kapitel 3 wird anschließend das Störungsbild ADHS näher betrachtet und im Kapitel 4 wird auf die Soziale Arbeit im Schulkontext eingegangen.

2.1 ADHS

ADHS ist die Abkürzung für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Darunter werden die drei Symptome Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität und motorische Unruhe verstanden, welche in Kapitel 3.1 genauer erläutert werden. Die Ursachen sind aus heutiger Sicht als multifaktoriell zu betrachten, d.h. das Störungsbild hat nicht eine letzte Ursache. Es wird jedoch von einer neurobiologischen Störung mit genetischen Ursachen ausgegangen, welche durch gewisse Bedingungen und Lebensumstände verstärkt werden kann (vgl. Frölich 2014). Die Ursachen werden in Kapitel 3.3 erörtert.

Nach ICD (vgl. ICD10: 2016) wird ADHS folgendermassen definiert: „Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einem **Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen**, die kognitiven Einsatz verlangen, und einer Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine **desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität**. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft **achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen** und werden **oft bestraft**, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer **Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung** geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. **Beeinträchtigung kognitiver Funktionen** ist häufig, spezifische **Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung** kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind **dissoziales Verhalten** und **niedriges Selbstwertgefühl**.“ (vgl. ICD10: 2016).

2.2 Lebensphasen Kindheit und Jugend

Der vorliegenden Arbeit liegt ein Verständnis und eine Haltung zu Grunde, die Kinder und Jugendliche – nach dem Agency-Konzept (vgl. Betz/Esser 2016) – als handelnde Subjekte und Mitgestalter ihrer Umwelt begreift. Gleichzeitig werden sie, gemäss der UN-Kinderrechtskonvention (insbesondere Art. 2) als Mitglieder unserer Gesellschaft angesehen, deren Wohl Schutz bedarf und Vorrang genießt.

Kenntnisse aus der Entwicklungspsychologie (Bindungstheorie nach Bowlby/Ainsworth, Modell-Lernen nach Bandura, Adaptation nach Piaget, Stufenmodell nach Erikson, Motivationsforschung nach Deci/Ryan) und aus der Soziologie (Entwicklungsaufgaben nach Havighurst und Hurrelmann) werden vorausgesetzt.

Da der Fokus dieser Thesis auf sozialpädagogischen Interventionen im Schulkontext in Bezug auf das Störungsbild ADHS bei Kindern und Jugendlichen liegt und da eine eingehende Erläuterung dieser zwei Lebensphasen und deren Implikationen den Umfang dieser Arbeit sprengen würde, wird auf eine ausführliche Beschreibung dieser Lebensphasen verzichtet.

2.3 Schule und Bildung

Die Schule wird als ein heterogen-lebendiger Bildungsort begriffen, an dem unterschiedliche Haltungen, Motive und Erwartungen aufeinandertreffen, die sich widersprechen können. Sie dient einerseits der formellen Wissensvermittlung, übergeordnetes Ziel ist jedoch die Herausbildung der Persönlichkeit von Schülern und Schülerinnen. Die Begriffe *Schule* und *Bildung* werden in Kapitel 4 aus der Perspektive der Schulsozialarbeit ausführlich erläutert.

Soziale Arbeit

Meint die wissenschaftliche Disziplin und in verschiedenen Arbeitsfeldern angewandte Profession, mit dem Ethos die Entwicklung von Menschen in Bezug auf deren Selbstbestimmung und Chancengleichheit innerhalb der Gesellschaft zu fördern. Menschenrechte, Soziale Gerechtigkeit und die Achtung der Vielfalt sind Grundlagen der Sozialen Arbeit. (vgl. Berufskodex, Avenir Social 2010)

2.4 Schulsozialarbeit

Meint die Soziale Arbeit an Schulen mit dem Ziel Schüler und Schülerinnen in ihrer gelingenden Persönlichkeitsentwicklung durch adäquate Rahmenkonzepte und niederschwellige Beratungsangebote zu unterstützen. Sie richtet sich an alle Schüler und Schülerinnen und basiert auf Freiwilligkeit (vgl. Chiapparini et al. 2018: 8f.).

2.5 Sozialpädagogik in der Schule

Meint die präventive und intervenierende Soziale Arbeit an Schulen und dabei insbesondere die Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit sozialen Benachteiligungen oder individuellen Beeinträchtigungen durch Einzelunterstützung und/oder in einer Arbeit mit Gruppen (vgl. Chiapparini et al. 2018: 8f.).

3 ADHS bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Symptomatik

Etwa 5% der deutschen Kinder und Jugendlichen sind von einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (im Folgenden ADHS) betroffen, was die ADHS zu einer der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter macht (vgl. Gawrilow 2012: 13).

Zu den *Kernsymptomen* gehören laut Frölich et al. *Unaufmerksamkeit, Impulsivität und motorische Hyperaktivität*, wobei diese Symptome zwingend "situationsübergreifend, aber nicht in allen Situationen, für das Alter und den Entwicklungsstand in unangemessenem Ausmass und zeitlich überdauernd auftreten müssen." (Frölich et al. 2014: 9) Grundsätzlich stellen Frölich et al. fest, dass die Kernsymptome einer ADHS *Extreme eines Spektrums normaler Verhaltenszüge* darstellen (vgl. ebd.: 10). Dies bedeutet, dass bei einer klinischen Abklärung die Aufgabestellung darin besteht, zu evaluieren, inwiefern die genannten Symptome sich *ausserhalb der Norm* befinden, also *stark ausgeprägt* sind. Erschwerend für die Diagnose tritt hinzu, dass "wie bei allen Merkmalen, die kontinuierlich verteilt sind – wie bei Bluthochdruck, Übergewicht, oder eben ADHS – die Grenze zwischen Normalität und Unauffälligkeit relativ fließend ist." (ebd.) Ausserdem entscheidend, im Sinne einer Differentialdiagnose, welche die diagnostizierenden Fachpersonen durchzuführen haben, ist, dass die ADHS nicht durch "andere psychische Störungsbilder, organische Erkrankungen oder situative Bedingungen" erklärt werden kann. (ebd.)

Diagnostiziert wird das Störungsbild laut Neuhaus von ausgewiesenen Fachpersonen zu denen im Kinder- und Jugendbereich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, sowie klinische Psychologinnen und Psychologen gehören (vgl. Neuhaus 2012: 114). Nicht zur Stellung einer Diagnose berechtigt sind gemäss Neuhaus – unabhängig ihres Geschlechts – Erzieher, Lehrer, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Logopäden, Heilpraktiker etc. (vgl. ebd.).

Zur diagnostischen Einordnung können Fachpersonen dabei auf zwei international anerkannte psychiatrische Klassifikationssysteme zurückgreifen, zum einen auf das Diagnostische Manual Psychischer Störungen (DSM), welches besonders in Amerika Anwendung findet, und zum anderen auf die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), das von der WHO (World Health Organization) in der 10. Version herausgegeben wird.

Im Folgenden soll v.a. auf das ICD-10 als diagnostisches Instrument eingegangen werden, da es den internationalen Standard darstellt und im deutschsprachigen Raum mehrheitlich auf dieses zurückgegriffen wird.

3.2 Internationale Klassifikationssysteme zur diagnostischen Einordnung der Symptome

Das weltweit massgebende Klassifikationssystem ICD-10 formuliert folgende Kriterien und charakteristische Kennzeichen, die bei einer ADHS-Diagnose zu berücksichtigen sind, bzw. auftreten (vgl. Dilling et al. 2010, zit. nach Frölich et al. 2014: 10):

Die *Symptome* müssen im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit vergleichbarer Intelligenz zu erwarten wäre, *stark ausgeprägt* sein. Neben einer starken Ausprägung, muss die Symptomatik *situationsübergreifend beobachtbar* sein, was bedeutet, dass die Symptomatik in verschiedenen Situationen von verschiedenen Beobachtern gleich oder ähnlich vorhanden und als gleich oder ähnlich *störend* erlebt werden muss, was wiederum bedeutet, dass für eine Diagnose durch eine klinisch ausgebildete Fachperson, in aller Regel, Eltern, Lehrpersonen oder Erzieherinnen und Erzieher beigezogen und befragt werden. Gleichzeitig wird festgehalten, dass die Kernsymptomatik *nicht zwingend in jeder Situation und immer ausgeprägt* sein muss. So können Menschen mit einer ADHS zwar bspw. neben einer mangelnden Fähigkeit sich in monotonen, Ausdauer erfordernden Leistungssituationen konzentrieren zu können, durchaus die Fähigkeit haben, sich in persönlich stark motivierenden Situationen zu hyperfokussieren. Hier liesse sich pädagogisch ansetzen, was im späteren Verlauf der Arbeit auch geschehen soll. Die folgende Grafik fasst die Diagnosekriterien nach ICD-10 nochmals zusammen:

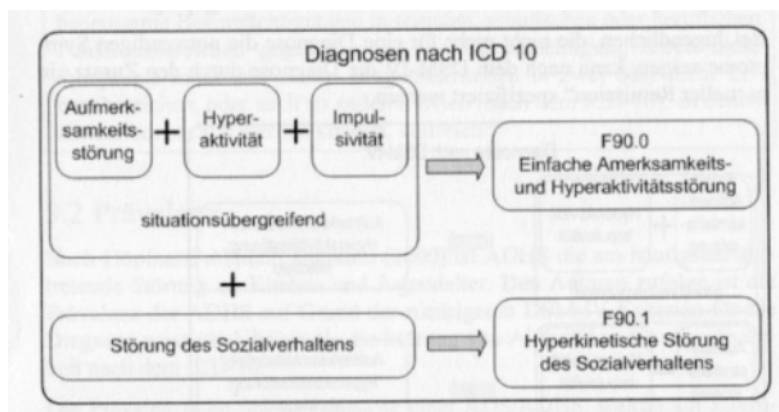


Abbildung 1: Diagnosekriterien einer hyperaktiven Störung nach ICD-10 (Brandau 2008: 25)

Des Weiteren führen Frölich et al. aus, dass die Symptomatik in hoch strukturierten Situationen im 1:1 Kontakt mit einer oder nur wenigen Personen lediglich marginal oder überhaupt nicht zum Vorschein kommen kann (vgl. Frölich et al. 2014: 10). Dies verweist ggf. auf ein Dilemma eines engen Betreuungsrahmens, der zum Einen angezeigt scheint, sich jedoch andererseits der Kritik stellen müsste, auf diese Weise lediglich sozial erwartetes Verhalten zu produzieren, welches ohne Unterstützung des Klienten/der Klientin bei diesem/dieser wieder wegfallen würde. Dies wäre auf einer weiteren Ebene problematisch, gehört es doch zum erklärten, übergeordneten Ziel Sozialer Arbeit, ihre Klienten zu mehr Selbstbestimmung zu führen, die mit sozial erwarteten Antworten nicht verwirklicht scheint (vgl. Berufskodex, Avenir Social 2010: 8).

Bei der Beurteilung der Symptomatik einer ADHS spielt nach Frölich et al. zudem die *Reife des Kindes* eine wichtige Rolle, ist doch in entwicklungspsychologischer Hinsicht von einem jüngeren Kind ein deutlich höheres Mass an motorischer Unruhe, impulsbezogenem Handeln und Aufmerksamkeitsdefiziten zu erwarten (vgl. Frölich et al. 2014: 10). Nichtsdestotrotz fordert das internationale Klassifikationssystem ICD-10, dass die *Kernsymptome vor dem 6. Lebensjahr auftreten* müssen. Das amerikanische DSM-5 formuliert dabei eine signifikant höhere Altersgrenze von 12 Lebensjahren bis zum Beginn einer beeinträchtigenden ADHS-Kernsymptomatik (vgl. ebd.: 11). Dies verweist auf den Umstand, dass sich bei beiden Diagnosesystemen, die sich zwar nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien unterscheiden, ein erheblicher Unterschied bei der Altersgrenze finden lässt, was in letzter Konsequenz bedeuten kann, dass Kinder im Vergleich zu den USA deutlich früher auf das psychiatrische Störungsbild ADHS abgeklärt werden (vgl. ebd.: 11). Dieser Umstand soll an dieser Stelle nicht eingehender überprüft werden, da es in der vorliegenden Arbeit nicht hauptsächlich um Unterschiede der Klassifikationssysteme gehen soll. Es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass Abklärungen und Diagnosestellungen in der frühen Kindheit erhebliche Auswirkungen auf den späteren Lebenslauf eines Kindes haben können, im Positiven dahingehend, dass eine frühe Diagnose dem Kind und seinem Unterstützungssystem helfen kann, es frühestmöglichst adäquat zu fördern; im Negativen dahingehend, dass damit eine mögliche Stigmatisierung durch sein Umfeld, das als Nebenerscheinung einer klinischen Diagnose leider immer wieder auftritt, schon in frühen Kindesjahren einsetzen könnte, womit der psychische Druck auf das Kind u.U. unangemessen erhöht würde.

Neben dem Alter, bzw. der Reife des Kindes, wird bei einer psychiatrischen Abklärung die Symptomatik zusätzlich im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen in den Blick genommen. D.h., dass die *Symptomatik nicht durch andere psychische Störungen erklärbar* sein soll, insbesondere psychiatrisch abgegrenzt werden soll von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wie autistischen Störungsbildern, der Affektregulation, der Manie, von Depressionen, Angststörungen oder Störungen des Sozialverhaltens. Hierbei ist anzumerken, dass die genannten Störungsbilder in Teilaspekten Symptome einer ADHS aufweisen können und jene trotzdem gleichzeitig oder in Folge einer ADHS auftreten können, was die Diagnosestellung zusätzlich erschweren kann (vgl. ebd.: 11).

3.3 Ursachen der ADHS

Laut Gawrilow gibt es keinen singulären Verursachungsfaktor der ADHS. Es wird eine Interaktion biologischer und psychosozialer Faktoren vermutet (vgl. Gawrilow 2012: ebd., zit. nach Banaschewski et al. 2004.) (Zur Entstehung und Verbreitung des biopsychosozialen Modells im Gesundheitswesen (vgl. Pauls 2013)). In biologischer Hinsicht kann das Vorhandensein mehrerer Faktoren – wie beispielsweise einer genetischen Prädisposition und einem gestörten Neurotransmitterstoffwechsel – in Kombination zu diesem Störungsbild führen und sich zusätzlich durch psychosoziale Einflüsse – beispielsweise durch eine ungünstige Eltern-Kind-Interaktion – verstärken (vgl. ebd.: 61, 68).

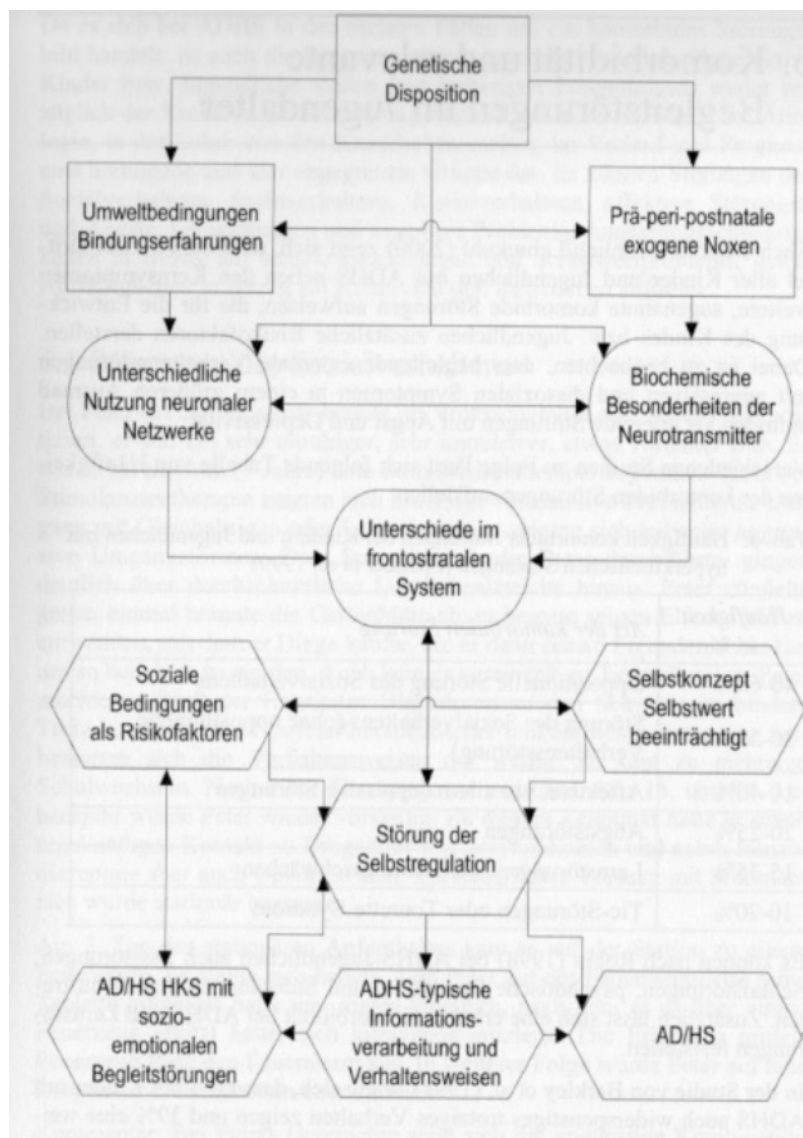
Fröhlich et al. gehen von einem dysfunktionalen Dopaminstoffwechsel aus, der zu multiplen Lern- und Verhaltensproblemen führt (vgl. Fröhlich et al. 2014: 45, 48, 51).

Gawrilow führt zudem aus, dass sich mittlerweile ein Konsens herausgebildet hat, der die ADHS weniger als eine Aufmerksamkeitsproblematik versteht, denn als eine Störung der selbstregulativen Fähigkeiten (vgl. ebd.: 61). Das Selbstregulationsdefizit entsteht dabei durch eine Störung im Gehirn, genauer im präfrontalen Cortex, wobei exekutive Funktionsbereiche wie *Arbeitsgedächtnis, Selbstregulation von Affekt, Motivation und Erregung, Internalisierung von Sprache* sowie *Rekonstruktion* betroffen sind (vgl. ebd.). Eine mögliche Entwicklung des Störungsbildes lässt sich dabei gemäss Gawrilow folgendermassen skizzieren: Eine genetische Disposition führt zu einem gestörten Neurotransmitterstoffwechsel, der beim betroffenen Kind bzw. Jugendlichen exekutive und motivationale Dysfunktionen im Gehirn verursacht, die sich auf der Verhaltensebene in den Symptomen *Un-*

aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität manifestieren. Das hyperkinetische Verhalten des betroffenen Kindes bzw. Jugendlichen, hat in der Folge einen negativen Einfluss auf Interaktionen mit den unmittelbaren Bezugspersonen, was schliesslich in Kombination mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen (z.B. einem geringen sozioökonomischen Status oder einer Scheidungsproblematik innerhalb der Familie des betroffenen Kindes bzw. Jugendlichen) den Schweregrad und Verlauf der Störung negativ beeinflussen kann. Umgekehrt kann jedoch auch ein günstiges soziales Umfeld (bzw. ein entsprechendes Lernumfeld) die Symptomatik der Störung positiv beeinflussen. (vgl. ebd.: 63f.)

Brandau fasst das biopsychosoziale Phänomen und dessen Vernetzung in folgender Grafik zusammen.

Abbildung 2: ADHS als biopsychosozial vernetztes Interaktionsphänomen (Brandau 2008: 53)



3.4 Indikation von Medikamenten

3.4.1 Methylphenidat (MPH)

Gawrilow führt aus, dass in den häufigsten Fällen eine pharmakologische Behandlung der ADHS-Symptomatik in der Verabreichung des Wirkstoffs Methylphenidat (MPH, Handelsname z.B. Ritalin, Medikinet Retard) besteht (vgl. Gawrilow 2012: 136). Für Fröhlich et al. stellt es das Mittel der ersten Wahl dar (Fröhlich et al. 2014: 76). Der Wirkstoff hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin an den Rezeptoren, wodurch eine höhere Konzentration an Dopamin im synaptischen Spalt verfügbar ist, was wiederum für eine bessere Aufmerksamkeit des Patienten sorgt. Die Wirkung tritt nach ca. 30 Minuten ein und lässt sich durch sog. Retard-Präparate bis zu zehn Stunden aufrechterhalten. Nebenwirkungen sind Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Sedierung, Agitation, Magen-, sowie Kopfschmerzen. (vgl. Gawrilow 2012: 136f.) Sie fallen jedoch im Regelfall, wenn überhaupt, mild aus (vgl. Fröhlich et al. 2014: 77). Eine Suchtgefahr bei wiederholter Einnahme von MPH konnte zudem nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Amerikanische und deutsche Untersuchungen konnten belegen, dass Kinder mit ADHS, die mit MPH behandelt wurden im Laufe ihres Lebens weniger häufig Suchtstörungen entwickelten, als unbehandelte (vgl. Gawrilow 2012: 137). Empfohlen wird eine Pharmakotherapie mit MPH jedoch nur im Zusammenhang mit einer Verhaltenstherapie, denn „langanhaltende Verhaltensveränderungen über den Wirkungszeitraum hinaus lassen sich durch alleinige Medikation nicht erreichen.“ (Mackowiak/Schramm 2018: 165).

3.5 Stärken von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Nach Lauth und Naumann (Gawrilow 2012: 22, zit. nach Lauth und Naumann: 2009) besitzen Kinder und Jugendliche mit ADHS ausgeprägte Stärken: Sie gelten als sehr spontan und können sich flexibel auf etwas Neues einlassen; sie haben einen ausgeprägten Sinn für Humor und Komik, sind sehr kreativ und ideenreich; sie sind sportlich und haben Spass an Bewegung. Gawrilow führte selbst eine eigene, nicht veröffentlichte Befragung von Betroffenen durch und kam zu einem ähnlichen Ergebnis (vgl. ebd.). Ergänzend zu erwähnen ist das Bedürfnis nach Harmonie und ein ausgeprägter Gerechtigkeitssinn. Dieser tritt beispielsweise in Erscheinung, wenn in einem Spiel die Regeln gebrochen werden oder die Lehrperson nicht alle Kinder gleich behandelt. Da greifen sie ein – wenn auch oft aufbrausend und emotional. Diese Stärken gilt es im Schulkontext wahrzunehmen und zu fördern (vgl. Gawrilow 2012: 22).

3.6 Entwicklung der ADHS vom Grundschulalter bis in die Pubertät

ADHS ist eine lebenslange Störung. In diesem Abschnitt wird ein typischer Entwicklungsverlauf beschrieben, wobei deutlich hervorgehoben werden muss, dass ADHS sich sehr unterschiedlich entwickeln kann. Im Folgenden wird der Entwicklungsverlauf vom Grundschulalter bis zum Erwachsenenalter betrachtet.

Im **Grundschulalter** können für Kinder mit dem Störungsbild ADHS Probleme auftreten, die ggf. bis zu diesem Lebensabschnitt nicht sichtbar waren. Hier tritt das Kind in eine Institution ein, wo klare Aufgabenstellungen bewältigt und erledigt werden müssen und die Aufmerksamkeit auf einen gemeinsamen Lerngegenstand gerichtet wird. Das Kind mit einer ADHS hat Mühe, sich länger auf eine Aufgabe zu konzentrieren und diese zu beenden. Schnell treten die Kernsymptome in Form von Unaufmerksamkeit, Unruhe und Bewegungsdrang auf. Das Kind ist unmittelbar und bei kleinster Störung abgelenkt und nicht mehr bei der Sache (vgl. Gawrilow 2012: 94).

Frölich et al. erwähnen zudem, dass Kinder mit ADHS ein langsames Arbeitstempo haben. Der Stress mit den anderen mithalten wird immer grösser. Dadurch entsteht ein enormer Leistungsdruck. Ungenau und überhastet werden die Aufgaben erledigt. Der Leistungsdruck mündet dabei häufig in eine Lernstörung und die ADHS-Kinder reagieren mitunter mit heftigen Aggressionen auf Anforderungen aus ihrem Umfeld. Ein Teufelskreis beginnt: Die Leistungen werden oft noch schlechter, der Selbstwert des Kindes und deren Motivation sinkt (vgl. Frölich et al. 2014: 21).

Gawrilow erwähnt, dass Kinder mit einer ADHS meist nicht weniger intelligent sind und dennoch oft mit dem Wiederholen der Klasse oder sogar einem Schulausschluss konfrontiert werden. Ein grosses Problem ist die Reaktion der Peers auf das Verhalten des ADHS-Kindes: ADHS-Kinder sind weniger beliebt und erfahren häufiger Ablehnung. Sie sind deshalb eher mit anderen verhaltensauffälligen Kindern befreundet (vgl. Gawrilow 2012: 94). Die Folgen sind, dass Kinder weniger positive Beziehungen erfahren und keine dauerhaften Freundschaften entwickeln können. Diese negativen Erfahrungen können psychischen und sozialen Stress verstärken (vgl. Frölich 2014: 21).

Problematisch ist ADHS insbesondere in der **Pubertät**. Der Bewegungsdrang lässt zwar nach, die Hyperkinetik mündet jedoch in eine innere Unruhe. Die Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität bleiben unverändert bestehen. Während der Pubertät erfahren Jugendliche

zudem wichtige Veränderungen: Die obligatorische Schule wird abgeschlossen, die Auseinandersetzung mit dem Berufswunsch und den eigenen Möglichkeiten findet statt. Nach Gawrilow haben Jugendliche aufgrund einer entwickelten Lernstörung, Unaufmerksamkeit und einem mangelnden Durchhaltevermögen bereits eine Lernblockade entwickelt und bleiben häufig ohne Schulabschluss (vgl. Gawrilow 2012: 94f.). Zudem findet in der Pubertät die Identitätssuche statt, wo Jugendliche mit ADHS ein auffällig erhöhtes Risikoverhalten zeigen. Biederman et al. untersuchten in einer Studie, wie sich dieses Risikoverhalten, bspw. durch oppositionelles Verhalten bei männlichen ADHS-Jugendlichen ohne Behandlung der ADHS über 10 Jahre entwickelt. Sie fanden heraus, dass eine erhöhte Gefahr bestand, Suchtmittel zu konsumieren, sowie an einer Depressionen und/oder einer bipolaren Störung zu erkranken (vgl. Gawrilow 2012: 95, zit. nach Biederman et al.: 2008).

Gemäss Fröhlich et al. (vgl. 2014: 22) besteht auch eine grössere Gefahr, dass sie spielsüchtig, insbesondere computerspielsüchtig werden.

Früher war die Annahme verbreitet, dass ADHS sich **im Erwachsenenalter** ‚auswachse‘. Neue Studien belegen zwar, dass im Erwachsenenalter lediglich ein Drittel der ursprünglich Betroffenen noch Symptome einer ADHS zeigen, nach bisher vorliegenden Langzeitstudien wiesen jedoch 50% der ursprünglich im Kindesalter mit einer ADHS diagnostizierten Studienteilnehmer und -Teilnehmerinnen im Erwachsenenalter mindestens eine psychiatrische Störung auf – fast doppelt so häufig wie bei der Kontrollgruppe – und die Suizidrate war dreimal höher (vgl. Fröhlich et al.: 146).

Nach Fröhlich et al. verweisen die erhobenen Studienergebnisse denn auch auf „die hohen Entwicklungsrisiken mit schwersten Langzeitbeeinträchtigungen durch Aufmerksamkeitsstörungen“ (ebd.) hin und verbieten eine Bagatellisierung oder den Vorwurf einer zu häufigen Feststellung des Störungsbildes.

3.7 Fazit und Schlussfolgerungen für die pädagogische Praxis

Zusammenfassend betrachtet ist ADHS das am häufigsten diagnostizierte Störungsbild bei Kindern und Jugendlichen. Drei Kernsymptome werden dabei definiert: ein Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität und Hyperaktivität. Diese Symptome müssen nach ICD10-Klassifikation alle situationsübergreifend und in einem übertriebenen Masse gegenüber Gleichaltrigen vorhanden sein (vgl. ICD10: 2016).

Diagnostiziert wird ADHS von Fachpersonen wie Kinderärzten und Kinderärztinnen, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und – psychiatern oder klinischen Psychologinnen und Psychologen. Die Forschung spricht heute von multifaktoriellen Ursachen, welche sich aus biologischen und psychosozialen Faktoren zusammensetzen. Eine ungünstige familiäre Situation kann ADHS verstärken (vgl. Gawrilow 2012: 93f.). Häufig kommt der Verdacht einer Erkrankung erst während des Schuleintritts auf, bei dem Kinder gefordert sind, sich auf einen gemeinsamen Lerngegenstand in der Klasse zu fokussieren, Aufgaben nacheinander abzuarbeiten und eine längere Zeit ruhig sitzen zu bleiben. Oftmals erleben ADHS-Kinder und Jugendliche Ablehnung von Lehrpersonen und Peers, arbeiten langsamer und reagieren auf jede Ablenkung. Dadurch beginnt ein Teufelskreis, welcher in schwachen Lernleistungen und oftmals in Lernstörungen und Demotivation und sogar in Lernblockaden mündet. Kinder mit ADHS treten deshalb oft ohne Schulabschluss aus der Schule aus (vgl. Gawrilow 2012: 94f.) Oftmals treten auch noch psychische und somatische Komorbiditäten wie Depressionen oder Angststörungen im Verlaufe der Schullaufbahn auf, sowie Lernstörungen wie Dyskalkulie (Rechenschwäche) oder Legasthenie (Schreib-/Leseschwäche) (vgl. Gawrilow: 2012: 95). Nach Born und Oehler stellen ADHS-Betroffene Kinder und Jugendliche für das Schulsystem eine besondere Herausforderung dar. Sie fordern jedoch, dass genau diese Besonderheit nicht lediglich als Schwierigkeit, sondern als Herausforderung und Chance zu betrachten sei (vgl. Born/Oehler 2016).

Wie kann eine angemessene Förderung von ADHS-Betroffenen Kindern und Jugendlichen demnach aussehen? Im Kapitel 5 wird dieser Frage im Hinblick auf Förder- und Interventionsmöglichkeiten von ADHS im Schulkontext nachgegangen. Nachfolgend soll jedoch zuerst der Schulkontext aus Sicht der Sozialen Arbeit beschrieben werden.

In diesem Zusammenhang wird das reziproke Verhältnis von Schulsozialarbeit (im Folgenden SSA), Sozialpädagogik im Schulkontext und der Schule als Bildungsort aus der Perspektive der Schulsozialarbeit skizziert und mithilfe interdisziplinärer bzw. interprofessioneller Kooperation ein Weg aufgezeigt werden, wie eine gelingende Zusammenarbeit zwischen den Handlungsfeldern aussehen kann. Dadurch wird in einem ersten Schritt das Begriffsverständnis von Schule und Bildung durch die SSA theoretisch beschrieben, in einem zweiten Schritt die Rolle der SSA und ihre Bildungsziele vorgestellt und aus diesen Bedingungen heraus eine angemessene Haltung für sozialpädagogische Fachkräfte im Schulkontext formuliert, die jedoch auch für Lehrkräfte gilt. Wie anhand dieser Implika-

tionen und denjenigen, die das Störungsbild ADHS mit sich bringt, im Schulunterricht methodisch angemessen interveniert werden kann, wird in Kapitel 5 untersucht.

Ein passendes Praxisbeispiel, welches diese Implikationen aufgreift, konnte durch Literaturrecherche nicht gefunden werden. Es werden daher in Kapitel 4 und 5 theoretische Positionen und methodische Hinweise im Umgang mit ADHS im Schulkontext gegeben. Ein Beispiel aus der deutschsprachigen Schweiz, in welchem praxisnah eine Möglichkeit zur gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften und der Sozialpädagogik im Sonderschulkontext aufgezeigt wird, wurde im Anhang abgelegt. Aufgrund des Sonderschulsettings und dem lediglich allgemeinen Bezug zu Beeinträchtigungen, also dem fehlenden spezifischen Bezug zum Störungsbild ADHS, wurde darauf verzichtet im Hauptteil näher darauf einzugehen.

4 Schule und Bildung aus der Perspektive der Sozialen Arbeit im Schulkontext

Im Schulalltag werden Lehrpersonen häufig mit Schwierigkeiten von Schülerinnen und Schülern konfrontiert, die den Schulbetrieb beeinträchtigen können: Verhaltensprobleme, Leistungsschwäche aufgrund familiärer Probleme, Kindeswohlgefährdungen, Gewalttätigkeiten im Umfeld der Schule sowie Sucht- oder Integrationsprobleme. Die angemessene Bearbeitung solcher Problemstellungen kann die Schulen und Lehrkräfte schnell überfordern, was seit Ende der 1990er Jahre zur raschen Verbreitung der Schulsozialarbeit an deutschsprachigen Schulen geführt hat. (Brunner/Pfiffner/Ambord/Hostettler 2018: 38, zit. nach Hafen 2005)

Unterrichtsbezogene Schule und Soziale Arbeit im Schulkontext sind zum Einen eigene Handlungsfelder, die sich voneinander abgrenzen lassen, da sie jedoch die gleiche Adressatengruppe (heranwachsende Schüler und Schülerinnen) ansprechen und mit der Verbesserung der Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen dieselbe übergeordnete Zielsetzung verfolgen, entstehen Schnittstellen und Überschneidungen der beiden Arbeitsbereiche, was eine hohe Anforderung an die Arbeitsteilung im schulischen Alltag und eine Forderung nach interdisziplinärer Kooperation der verschiedenen Akteure mit sich bringt. (vgl. Brunner/Pfiffner/Ambord/Hostettler 2018: 38).

Soziale Arbeit im Schulkontext findet sich dabei selbst in zwei zu unterscheidenden Tätigkeitsfeldern wieder: Zum einen in der Schulsozialarbeit (SSA) mit dem Ziel alle Schüler und Schülerinnen in ihrer gelingenden Persönlichkeitsentwicklung durch adäquate Rahmenkonzepte und Beratungsangebote zu unterstützen, zum anderen als sozialpädagogische Unterstützung und Förderung von einzelnen Schülerinnen und Schülern mit sozialen Benachteiligungen oder individuellen Beeinträchtigungen.

4.1 Der Begriff Schule aus Perspektive der Schulsozialarbeit (SSA)

Wenn die Schule als Stätte des Lehrens, Lernens und Lebens begriffen wird, an der heterogene Interessen zusammentreffen, dann ist nach Thimm (2000: 354, zit. nach Winkel 1997: 31) die Schule ein widersprüchlicher Ort, an dem "die verschiedensten Spannungen, Herrschaftsverhältnisse, Visionen, Bedürfnisse, Erfahrungen" ein Rolle spielen. Die SSA be-

greift Schule deshalb auch weniger als homogenen Raum, an dem von Lehrern als fachliche Experten formelle Wissensinhalte verteilt werden, denn als multiperspektivischen Sozialraum, an dem unterschiedliche Lebenswelten aufeinandertreffen, die aus der jeweiligen Subjektperspektive zu denken sind. Böhnisch/Schröer nennen dieses Konzept nach Schubarth/Ackermann *Lebensweltschule*, die als solche Erlebnis- und Handlungsfelder schaffen möchte (vgl. Böhnisch/Schröer 2004: 201, zit. nach Schubarth/Ackermann 1997: 77). Dies um die Schüler nicht nur als lernende Wesen zu behandeln, sondern neben dem Fördern auch das Fühlen zulassen, "da Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter sich vor allem durch Mit-Machen, Mit-Erleben und Mit-Fühlen vollziehen" (ebd.). Aus der Adressatenperspektive ist vor diesem Hintergrund, neben dem traditionellen Spannungsverhältnis zwischen "Schulklasse und Gleichaltrigenkultur" (ebd.: 199), in der Schule eine Entwicklung eingetreten, gemäss derer Kinder und Jugendliche die Schule als Sozialraum verstehen. "Dieser sozialräumliche Aufforderungscharakter wird umso stärker, je weniger sozialräumliche Möglichkeiten die Kinder und Jugendlichen im ausserschulischen Bereich haben." (ebd.)

4.2 Definition Bildung

Bedeutet der Begriff der Erziehung eher „das direktive Einwirken auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen“ (Baier 2011b: 108), so bezieht sich der Begriff Bildung primär auf den „Selbstzweck für Kinder und Jugendliche, indem die Entwicklung von Kompetenzen und Sichtweisen gefördert wird, die eine selbstbestimmte Bewältigung des Lebens ermöglichen“ (ebd.). Sind beide Formen der Pädagogik – Erziehung und Bildung – auch untrennbar miteinander verbunden, so „liegt der primäre Fokus einer bildungsorientierten SSA auf der Subjektperspektive“ (ebd.).

Bildung meint also die zweckfreie Entwicklung und die freie Entfaltung der Persönlichkeit und stellt eines der grundlegendsten Rechte für Kinder und Jugendliche dar (vgl. Baier 2011a: 94). Wird der Begriff „Bildung“ im alltäglichen Sprachgebrauch häufig lediglich auf die Schule und den schulischen Unterricht angewendet, so meint Bildung im ursprünglichen bildungstheoretischen Sinne „das humanistische Ideal der umfangreichen Entfaltung individueller Persönlichkeit“ (vgl. ebd.) und damit etwas Umfangreicheres als schulischer Frontalunterricht. Artikel 29 der UN-Kinderrechtskonvention verbürgt ein solches Recht auf umfassende Bildung für Kinder und Jugendliche und stellt die Entfaltung

der Persönlichkeit, das Leben in Freiheit und die soziale Verantwortung stärker als den schulischen Unterricht in den Vordergrund (vgl. UN-KRK 1989). Und so fordert Baier, dass „Bildungsinstitutionen wie die Schule und sämtliche Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe [...] ihren Beitrag dazu zu leisten [haben], dieses Recht auf umfassende Bildung gegenüber Kindern und Jugendlichen einzulösen.“ (Baier 2011a: 95)

„Bildung ist mehr als Schule!“ (Baier 2011a, zit. nach Bundesjugendkuratorium; Sachverständigenkommission für den Elften Kinder- und Jugendbericht; Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (AGJ) 2002). Mit diesem programmatischen Satz, mit dem auch eine deutliche Aufforderung verbunden zu sein scheint, wird klar, dass im Schulkontext unter dem Begriff *Bildung* nicht länger nur die Vermittlung, bzw. der Wissenserwerb von Schulstoff verstanden wird, sondern mehr dazu gehört. Baier/Deinet verstehen darunter insbesondere die Persönlichkeitsentwicklung und die Entfaltung der Sozial- und Selbstkompetenzen der Schüler und Schülerinnen (vgl. Baier/Deinet 2011).

Aus dem Satz lässt sich zudem ableiten, dass Schule nicht der einzige Ort sein kann, an dem Bildung stattfindet, sondern beispielsweise auch die Familie und die Peer-Group wesentlich zur Persönlichkeitsentwicklung eines Schülers, bzw. einer Schülerin beiträgt. Familie und Peer-Group stellen für sich genommen unterschiedliche Bildungsorte dar, die zusammengenommen eine Bildungslandschaft bilden (vgl. Mack 2008, zit. nach Baier/Deinet 2011: 97). Aufgrund der Komplexität des Bildungsbegriffs wurde das Konzept der „lokalen Bildungslandschaften“ (Baier/Deinet 2011: 97) entwickelt. Dieses Konzept ermöglicht es, die Vielfalt von Bildungsorten in einem systematischen Bezug zueinander zu bringen und diesen darzustellen.

4.3 Formelle, nicht-formelle und informelle Bildung

Gemäss Baier muss beim Bildungsbegriff zwischen verschiedenen Bildungsformen differenziert werden. Dabei hat sich eine Unterscheidung zwischen formeller, nichtformeller und informeller Bildung etabliert (vgl. Baier/Deinet 2011: 97, zit. nach BMFSFJ 2001). *Formelle Bildung* meint den verpflichtenden Charakter, geordnete Strukturen und die Vergabe von Zeugnissen. Dabei stellt Schule den wichtigsten Bildungsort für formelle Bildung

dar (vgl. ebd.). Deren Regelfächer wie beispielsweise Mathematik, Deutsch, Musik und Sport etc. gehören ebenfalls zur formellen Bildung.

Nicht-formelle Bildung zeichnet sich durch freiwillige Teilnahme aus, kann dennoch strukturiert sein und findet in Institutionen statt. Als Beispiel dienen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe wie z.B. Sport- und Freizeitvereine.

Der Bereich der informellen Bildung beschreibt Bildungsprozesse, die sich im privaten Bereich vollziehen, namentlich in der Familie, oder in Peer-Groups (vgl. ebd.: 98). Damit sich die Persönlichkeit eines bzw. einer Heranwachsenden gesund entwickeln kann, ist es gemäss Baier wichtig, dass dieser, bzw. diese sich in mehreren, verschiedenen Bildungsorten bewegt (vgl. ebd.). Ist einem Kind oder Jugendlichen² der Zugang zu einer solchen Bildungslandschaft verwehrt – z.B. wegen Armut oder Krankheit – kann dies unter Umständen negative Folgen auf die Persönlichkeitsentwicklung haben. Um Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung trotz fehlendem oder mangelhaftem Zugang zu Bildungsorten und -Landschaften zu unterstützen, wurde u.a. die SSA entwickelt (vgl. ebd.: 98f.).

4.4 SSA in einer Doppelfunktion

Die SSA nimmt dabei eine doppelte Rolle ein. Einerseits stellt sie selbst einen Bildungsort dar, andererseits leistet sie bildungsorientierte Unterstützung, indem sie Kindern und Jugendlichen ermöglicht, Bildung an verschiedenen Bildungsorten zu erhalten (vgl. Baier/Deinet 2011: 99).

Unter der bildungsorientierten Unterstützung ist gemeint, dass die SSA die Kinder und Jugendlichen dabei unterstützt, sich an den diversen Bildungsorten, an welchen sie sich aufhalten, gesund entwickeln können (vgl. Baier 2011b: 106). Hier trägt die SSA unterstützend

dazu bei, dass andere Bildungsorte (z. B. Familie, Peer-Group und Vereine) ihre Bildungsqualitäten steigern oder mögliche Dysfunktionalitäten abgebaut werden (vgl. Baier/Deinet 2011: 99). Um Schüler und Schülerinnen bei ihren Herausforderungen zu unterstützen, verfolgt Bildungsziele für die Schüler und Schülerinnen, die sich aus den zu erwerbenden Kompetenzen ergeben.

² Der Begriff wird hier geschlechtsneutral im Dativ verwendet.

4.5 Bildungsziele und Kompetenzen für Schülerinnen und Schüler gemäss SSA

Die Kontexte in denen sich die Schüler und Schülerinnen befinden – wie z.B. die Familie, Peer-Group, die Schule, die Gesellschaft, Migrationshintergründe etc. – stellen unterschiedliche Qualitäten und ggf. auch Probleme dar (vgl. Baier (2011b)).

Baier/Deinet sprechen von einer *Bildungswelt* (vgl. Baier/Deinet 2011). Damit wird die gesamte Umwelt gemeint, in der sich die Kinder und Jugendlichen bewegen. Schüler und Schülerinnen in einer dysfunktionalen Bildungswelt ist die Aneignung, sowohl von formeller wie auch von informeller Bildung erschwert. Dementsprechend haben gleichaltrige Schüler und Schülerinnen trotz derselben formellen Bildungsform (Unterricht in der Schule) einen unterschiedlichen Bildungsstand. Die SSA hat diesbezüglich das Ziel, die Bildungsorte und somit auch die Bildungswelt, in der die Schüler und Schülerinnen gebildet werden, zu optimieren (vgl. ebd.: 99). Da SSA nicht lediglich auf formelle Bildung abzielen möchte, weil Bildung mehr als nur formelle Bildung meint, hat sie das übergeordnete Ziel die gelingende Persönlichkeitsentwicklung ihrer Klienten zu fördern (vgl. ebd.: 100).

Die Persönlichkeitsentwicklung beinhaltet verschiedene Aspekte. Generell arbeitet die SSA darauf hin, Kindern die Möglichkeit zu geben, ihre sozialen Kompetenzen und die Kompetenzen zur Lebensbewältigung zu entwickeln, um die Aneignung von formeller und informeller Bildung zu fördern (vgl. Baier 2011b: 104). Dabei stellt sich die Frage, welche Bildungswelt für Kinder zur Aneignung geschaffen werden soll, denn Bildungsprozesse sind nur dann als solche ausweisbar, wenn sie sich an Bildungszielen orientieren (vgl. ebd.: 110).

Die Entwicklung von Persönlichkeit ist zudem eine sehr allgemeine Forderung. Die rasanten Veränderungen der heutigen Gesellschaft verlangen eine stetige Anpassung der notwendigen Kompetenzen. Reale Herausforderungen wie der Umgang mit Migration und kultureller sowie religiöser Vielfalt, der Umgang mit prekären Arbeitsverhältnissen, mit vielfältigen Formen des familiären Zusammenlebens, mit technischem Fortschritt, mit Globalisierung etc. sollten Orientierungshilfen sein für die Bildungsziele, die die SSA mitentwickelt (vgl. ebd.)

Diese Herausforderungen, von Baier nach Klafki auch „epochaltypische Schlüsselprobleme“ genannt (Baier 2011b: 110, zit. nach Klafki 1996), können Ursachen

für heutige psychosoziale Probleme und somit eine Herausforderung für Kinder und Jugendliche darstellen.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen wurden von der SSA folgende Kompetenzen für Schüler und Schülerinnen formuliert:

1. Zusammenhangskompetenz
2. Identitätskompetenz
3. Technologische Kompetenz
4. Gerechtigkeitskompetenz
5. Ökologische Kompetenz
6. Historische Kompetenz
7. Ökonomische Kompetenz

Durch die Förderung dieser Kompetenzen, soll die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen für das spätere Leben gestärkt werden (vgl. Baier 2011b: 109). Um die Persönlichkeitsentwicklung zu fördern und möglichst funktionale Bildungswelten herzustellen, ist dabei eine Zusammenarbeit der einzelnen Bildungsorte notwendig. Demnach ist es die Aufgabe der SSA eine soziale Vernetzung herzustellen, um eine Brücke zwischen Schule, Familie, Peer-Group und weitere Aspekte von Bildung aufbauen zu können (vgl. Baier/Deinet 2011: 100). Somit wird ermöglicht, dass Kinder und Jugendliche einen ähnlichen Bildungsstand erreichen können. Insbesondere kann Schülern und Schülerinnen aus sozial benachteiligten Familien die Möglichkeit gegeben werden, das Recht auf Bildung zu genießen und zu nutzen. Somit wird mehr Chancengleichheit hergestellt (vgl. Baier 2011a: 94) – eine Forderung, die sich im Hinblick auf eine inklusive Schule, genauso für andersweitig beeinträchtigte Schüler und Schülerinnen, bspw. mit einem psychischen Störungsbild wie ADHS, stellen lässt.

An dieser Stelle wird das Handlungsfeld Schulsozialarbeit verlassen und auf die Sozialpädagogik im Schulkontext fokussiert. Dabei interessiert neben der Frage einer spezifischen Haltung, die den Schulkontext berücksichtigt, besonders die Antwort auf die Frage, welche präventiven Interventionsmöglichkeiten sich sozialpädagogischen Fachpersonen in Bezug auf die Unterstützung von ADHS-Diagnostizierten Schülern und Schülerinnen im Schulkontext, bieten.

4.6 Einstellung und Haltung von (sozial-)pädagogischen Fachpersonen gegenüber Schülern mit einer ADHS-Diagnose

Brandau fordert, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS nicht primär als Kranke und Träger von Symptomen betrachtet werden, sondern ganzheitlich als aktiv handelnde kompetente und mitgestaltende Akteure 'wahr-genommen' werden sollten (vgl. Brandau 2008: 110).

Da die Verhaltensmuster von ADHS als Anpassungsschwierigkeiten an gesellschaftliche Erwartungsstrukturen aufgefasst werden können, sollte mit der Stigmatisierung einer 'krankhaften Störung' vorsichtig umgegangen werden (vgl. ebd.). Denn die offensichtlichen Schwierigkeiten dieser (Kinder und) Jugendlichen würden "häufig erst durch die Reaktionen und gut gemeinten 'Lösungsvorschläge' der sozialen Umwelt zum eigentlichen Problem." (ebd.) Brandau betont deshalb: „Es hängt auch stark vom pädagogischen Verständnis des Lehrenden ab, ob Schule ein Ort der Selbstachtung, Zuwendung und eine Insel der Ordnung wird oder ein Ort des Versagens, der Entmutigung und Demütigung.“ (Brandau 2008: 113).

Die emotionale Einstellung der Fachperson gegenüber dem Jugendlichen und die Anerkennung des Störungsbildes ist also entscheidend für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem Klienten. Dies gilt im Schulkontext für Lehr-, sowohl als auch für Fachpersonen der Sozialen Arbeit, sowie generell für Bezugspersonen. Oftmals kommt jedoch erst durch die Reaktion des Jugendlichen auf eine Handlungsanweisung der Lehrperson das Störungsbild an die Oberfläche, da die Herausforderung des Lernens für Kinder und Jugendliche mit ADHS besonders hoch ist, da Lernen bedeutet sich Wissen anzueignen, zu behalten und reproduzieren zu können. Diese Prozesse, die sich neurologisch gesehen v.a. in den Synapsen und im Hippocampus abspielen (vgl. Max-Planck-Gesellschaft: mpg.de/gehirn), sind bei von ADHS Betroffenen jedoch erschwert. Lauth und Naumann empfehlen daher der Lehrperson, sich Wissen zum Thema ADHS anzueignen und sich auf einen kompetenzorientierten Blick zu fokussieren (vgl. Gawrilow 2012: 134). Die Stärken und Ressourcen des ADHS-Jugendlichen zu erkennen und diesen auch Raum zu geben, wirkt sich positiv auf die Haltung und Einstellung aus sowie hilft dem Jugendlichen, diese selbst anzunehmen. Lauth und Naumann erarbeiteten dazu das Programm „ADHS in der Schule: Übungsprogramm für Lehrer.“ (Gawrilow 2012: 134, zit. nach Lauth und Naumann 2009)

4.7 Einstellung, Haltung und Perspektive der Klienten

Auch Klienten können sich der Einstellung zu ihrer Erkrankung und hinsichtlich ihrer Möglichkeiten bewusst werden. Wichtig erscheint neben der externen Diagnostik durch Fachpersonen, dass Kinder und Jugendliche sich über ihre Probleme im Alltag selber bewusst werden und diese benennen können (vgl. Brandau 2008: 110 - 111). Kinder und Jugendliche haben meist Schwierigkeiten zu erkennen, dass sie Hilfe und Unterstützung benötigen. Diese Erkenntnis ist ein erster Schritt zur Bewusstmachung und Verbesserung des Lebensalltags.

Zahlreiche Trainingsprogramme für Kinder und Jugendliche sind vorhanden, bei dem der Schwerpunkt neben der Eltern-Kind-Interaktion, besonders auf der Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz des Kindes bzw. des Jugendlichen liegt (vgl. Gawrilow 2012: 130-136). Eigene Gefühle und die Gefühle anderer werden wahrgenommen und benannt. Festgefahrene Gedankenmuster wie „Wenn ich einen Fehler mache, bin ich ein Versager.“ (Gawrilow 2012: 136) werden betrachtet und in rationale und irrationale Gedanken differenziert.

5 Die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS durch die Sozialpädagogik im Schulkontext

Subjekt- bzw. lebensweltorientierte Soziale Arbeit bedeutet Respekt gegenüber der alltäglichen *Erfahrungswelt* von Klienten und deren Familien zu haben (vgl. Brandau 2008: 109, zit. nach Thiersch 1992). Konkret verlangt dies ein Sich-Öffnen gegenüber dem Alltag der Betroffenen und eine flexible Anpassung der pädagogischen Angebote an die jeweils konkrete Lebenswelt von Klienten. Brandau führt weiter aus, dass anders als bei einer Therapie, die Alltagslebenswelt stets Teil der Intervention ist, die mit den Betroffenen vor Ort in einem gemeinsamen kooperativen Prozess ausgehandelt wird. Deshalb würden mobile Arbeitsformen bevorzugt, die zu einer "konkreten Bewältigung von schwierigen Lebens- und Alltagssituationen im natürlichen Lebensraum der Jugendlichen beitragen". (ebd.) Dabei „zielt sozialpädagogisches (...) Handeln auf Integration von Kindern und Jugendlichen in belasteten Lebenslagen, die in Gemeinschaften an den Rand gedrängt oder ausgegrenzt werden.“ (ebd.: 115)

Für Humbert-Droz besteht denn auch eine wesentliche Arbeitseigenschaft der Sozialpädagogik im Schulkontext darin, sich vom ordentlichen Stundenplan loslösen zu können, womit sie nicht nur die Möglichkeit hat mit einem Klienten oder einer Klientin das Klassenzimmer zu verlassen, sondern diese Eigenschaft der temporären Unabhängigkeit auch dazu zu nutzen kann in einen interdisziplinären Austausch, bzw.- interprofessionelle Kooperation mit weiteren Fachkräften wie z.B. Ärzten, Therapeuten und anderen, am Fall des Klienten beteiligten Unterstützern und Unterstützerinnen, zu treten. Für jede Kooperation und Intervention scheint dabei die Haltung bzw. Einstellung der sozialpädagogischen Fachperson entscheidend, die der späteren Tätigkeit in den Bereichen Kooperation und Intervention zugrundeliegt. Dies gilt im Übrigen auch für schulische Lehrpersonen, die stärker mit der Aufgabe formaler Wissensvermittlung betraut sind (vgl. Humbert-Droz 2018: 111).

5.1 Kooperation

Um ADHS im Schulkontext zu begegnen empfehlen Frölich et al. – neben der generell angezeigten Indikation von kombinierter Medikamenten- und Verhaltenstherapie – einerseits die frühe Erkennung und Diagnostik in den ersten Schuljahren sowie eine enge Zusammenarbeit aller Bezugspersonen. Denn gemeinsam getroffene, klare Abmachungen und Strukturen können die Schüler und Schülerinnen in ihrem Alltag unterstützen (vgl. Frölich et al.: 59-61). Gawrilow spricht von konstruktiven Vereinbarungen zwischen Eltern und Bezugspersonen, welche die Entwicklungsmöglichkeiten des Schülers, der Schülerin wahren (vgl. Gawrilow 2012: 134).

Dabei kommt nach Frölich et al. der Schule eine Schlüsselrolle zu: Sie ist oftmals die erste Stelle, die den Verdacht von ADHS äussert und kann in der Rolle des Vermittlers den Austausch zwischen Eltern, Fachpersonen und Ärzten anregen und leiten. Gemeinsam mit ihnen und in Kooperation mit dem Klienten, der Klientin werden mögliche individuelle Ursachen und Problemfelder des Schülers, bzw. der Schülerin definiert und Vereinbarungen über die Interventionsmöglichkeiten getroffen. Entscheidend dabei ist, dass jemand als »Fallmanager« bzw. »Fallmanagerin« die Schlüsselrolle übernimmt und die Planung erstellt, koordiniert und überwacht. Diese Planung muss und darf flexibel bleiben, braucht beispielsweise das Kind oder der Jugendliche nicht rund um die Uhr eine kognitive Verhaltenstherapie (vgl. Fröhlich et al. 2014: 61-63).

Nachfolgend wird die Kooperation in drei Teilgebieten – die Kooperation zwischen Eltern und Kind, die Kooperation zwischen Schule und Eltern, sowie die Kooperation im Pädagogischen Team - betrachtet. Bei dieser Auswahl fällt auf, dass in der ausgewählten spezifischen Literatur zur Förderung von ADHS-Diagnostizierten Kindern und Jugendlichen im Schulkontext nicht von Kooperation zwischen Fachkräften und Schülern, bzw. Schülerinnen gesprochen wird, anders als dies in der Sozialen Arbeit der Fall ist, wenn an Modelle wie die Kooperative Prozessgestaltung (KPG) nach Hochuli-Freud oder an Texte wie *Die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses in der Sozialen Arbeit* von Ulrich Oevermann gedacht wird. Die Kooperation zwischen sozialpädagogischen Fachkräften und Schülern, Schülerinnen mit ADHS ist für jegliche Förderung entscheidend, es wird jedoch aufgrund der spezifischen Ebene – in diesem Kapitel soll es um die sozialpädagogische Förderung von Schülern und Schülerinnen mit ADHS im Schulkontext gehen – darauf verzichtet allge-

mein über Kooperation zwischen Fachkräften der Sozialen Arbeit und Klienten zu sprechen. Der Umstand, dass die Kooperation zwischen Fachkräften und Schülern, Schülerinnen in der ausgewählten Literatur nicht vorzukommen scheint, bzw. nicht explizit als solche ausgewiesen wird, bietet jedoch Anlass zu Kritik und wird in Kapitel 6 diskutiert.

5.1.1 Kooperation zwischen Eltern und Kind

Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeit und Selbstregulation fordern Eltern in ihrer Erziehungskompetenz heraus. „Sie benötigen deutlich mehr Unterstützung und externe Regulation, zeigen sich gleichzeitig aber oft wenig kooperativ.“ (Mackowiak/Schramm 2016: 131f.) Es fällt ihnen zudem schwer auf unpräzise Aufforderungen, implizite soziale Normen und allgemeine elterliche Erwartungen angemessen zu reagieren, weil sie die inhärenten Regeln nicht erkennen und in entsprechendes Verhalten umsetzen können. Deshalb werden Ermahnungen oder Disziplinierungen seitens der Eltern als ungerecht erlebt und missachtet oder boykottiert, was zu Konflikten führen kann (vgl. ebd.).

Mackowiak/Schramm führen aus, dass das elterliche Verhalten zwar in der Regel nicht die kindlichen Verhaltensprobleme verursacht jedoch stabilisieren kann und damit eine entscheidende Rolle für die weitere Entwicklung der Schwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen mit ADHS spielt. Da sie selten die gewünschte Kontrolle über ihr Kind erlangen und es zu einem angemessenen Verhalten bringen können, fühlen sie sich oft hilflos und neigen zu einem ungünstigen, negativ kontrollierenden Erziehungsstil, der mit kritisieren, drohen und wenig einfühelndem Verhalten einhergeht. Da das Kind in der Regel mit trotzigem, oppositionellem Verhalten reagiert, führt das zu einem Teufelskreis von wechselseitigen Vorwürfen und Sanktionen, woraus ein angespanntes emotionales Klima, ein hohes Belastungserleben und ein beeinträchtigt psychisches Wohlbefinden resultiert (vgl. ebd.).

Vor diesem Hintergrund wird die Zusammenarbeit mit den Eltern offensichtlich. Indem Eltern sich um die schulischen Belange ihrer Kinder kümmern, eine positive Einstellung zur Schule haben und Interesse an der schulischen Entwicklung haben, tragen sie dazu bei, dass ihre Kinder in der Schule besser zurechtkommen und höhere Abschlüsse erreichen. Daher ist es notwendig, so Mackowiak/Schramm, die Eltern in die schulische Entwicklung ihres Kindes miteinzubeziehen (vgl. Mackowiak/Schramm 2016: 133).

5.1.2 Kooperation zwischen Schule und Eltern

Das Ziel Eltern in schulischen Belangen miteinzubeziehen, findet sich laut Mackowiak/Schramm häufig im Leitbild einer Schule (vgl. Mackowiak/Schramm 2016: 134). Sie führen aus, dass es lange Zeit üblich war eher die Pflichten der Eltern gegenüber der Schule zu thematisieren, es heutzutage jedoch darum geht, auf die Elternrechte und deren Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten in schulischen Entscheidungen zu fokussieren. Wie sich jedoch die Zusammenarbeit konkret gestalten lässt, wird dabei selten klar definiert (vgl. ebd.).

Übergeordnet lässt sich festhalten, dass die Kooperation sensibel und empathisch gestaltet werden sollte, da eine gute Beziehung zwischen Eltern und pädagogischen Fachpersonen letztlich im Interesse beider Seiten ist, da sie eine „wesentliche Grundlage für die Kompetenzentwicklung der Kinder schafft.“ (ebd.)

Ein zentrales Kriterium stellt für Mackowiak/Schramm die „Prozessqualität der Kontakte“ dar (ebd.: 135), wobei besonders drei Aspekte zu berücksichtigen sind: a) der Aufbau von gegenseitigem Vertrauen, b) der gegenseitige Informationsaustausch und c) die Koordination von pädagogischen Massnahmen (vgl. ebd.). Eckert et al. haben dazu einen ausführlichen Kriterienkatalog entwickelt (s. Anhang)

Auch Frölich et al. betonen die Wichtigkeit der Kooperation zwischen Eltern und Schule bspw. in Bezug auf Förderplanung, Organisation oder regelmässige Rückmeldungen über Lernaktivitäten: „Fast jegliche Massnahme auf der schulischen Ebene bedarf der Abstimmung mit dem Elternhaus, sei es bei der Implementierung von Verstärker- oder Sanktionsplänen, sei es bei der Anwendung spezifischer, individualisierter pädagogisch-didaktischer Methoden.“ (Frölich et al.: 2014: 84)

5.1.3 Kooperation zwischen den (pädagogischen) Fachkräften

Man benötigt ein ganzes Dorf, um ein Kind grosszuziehen. (Südafrikanisches Sprichwort)

Eine Schulklasse kann unter den Ausbrüchen, unter dem Aufmerksamkeitsdefizit und dem Drang nach Bewegung eines von ADHS betroffenen Schülers bzw. Schülerin, enorm leiden. Die Schülerin, der Schüler benötigt sehr viel Aufmerksamkeit von der Lehrperson und bestimmt oft über das Gelingen einer Schulstunde. Betrachten wir die Situation aus Sicht des Schülers, der Schülerin, spürt dieser, diese genau, wie die Lehrperson mit ihm, ihr und seinem, ihrem Störungsbild umgeht. Reagiert die Lehrperson genervt und hat bereits eine Abneigung entwickelt oder bleibt sie ruhig und wohlwollend? Ihrer Wahrnehmung sollte sich die Lehrperson durch Selbstreflexion bewusst werden. Ansonsten kann ein Teufelskreis beginnen, der die Lehrperson an den Rand ihrer eigenen Kräfte bringt und sich auf die Beziehung des Schülers, der Schülerin und schliesslich auf die gesamte Klasse auswirkt. „In diesem Kontext erscheint bedeutsam, dass Lehrkräfte nicht alleine mit der Komplexität und den schnell entstehenden Teufelskreisen im Kontext von ADHS zurechtkommen müssen.“ (Brandau 2008: 161), sondern bereit sind sich Unterstützung zu holen. Anbieten tun sich dabei die Eltern, sowie Fachpersonen aus den Disziplinen (bzw. Professionen) Medizin, Therapie und Soziale Arbeit. Die Sozialpädagogische Fachperson fungiert dabei als Schnittstelle mit einer Vermittlungsfunktion und andererseits kann sie die Lehrkraft in Bezug auf das Störungsbild coachen und in Kooperation mit ihr geeignete Interventionsmassnahmen ausarbeiten.

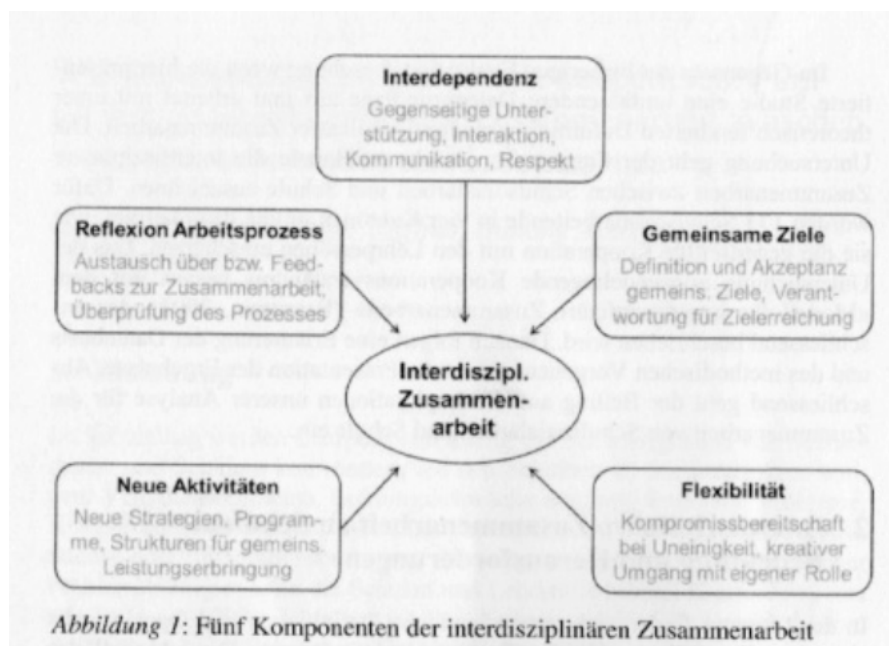


Abbildung 3: 5 Komponenten der interdisziplinären Kooperation (Chiapparini et al. 2018: 40)

5.2 Förderplanung

Fröhlich et al. betonen die Wichtigkeit einer differenzierten Diagnostik. ADHS ist nicht gleich ADHS: Jedes Kind, jeder Jugendliche hat andere Ausprägungen der Kernsymptome (vgl. Fröhlich et al. 2014: 61). Deshalb gilt es, nach einer gestellten Diagnose und ggf. anhand schulpsychologischer Berichte, nach Gesprächen mit Eltern, Ärzten, Therapeuten und Lehrpersonen, massgeschneiderte Fördermassnahmen zu erarbeiten (vgl. Fröhlich et al. 2014: 83). Diese werden später evaluiert und je nachdem angepasst. Dabei wird anhand der Diagnose in Absprache mit der Lehrperson, den Eltern und im Idealfall mit dem oder der Klientin durch die sozialpädagogische Fachperson eine Förderplanung erstellt, bei der Ziele formuliert werden, die definieren, welche Kompetenz der, bzw. die Schülerin in einer bestimmten Zeit erreichen soll bzw. will. Dies kann in halbjährlichen oder jährlichen Abständen erfolgen. Daraus werden anschliessend von allen Fachkräften Unterstützungsmassnahmen abgeleitet, mit welchen Massnahmen sie den, bzw. die Schülerin konkret zu fördern gedenken. Für dem Fachbereich Sozialpädagogik im Schulkontext bedeutet dies die Formulierung von Zielen im Bereich Selbst- und Sozialkompetenz. Hier zeigen sich zwei konkrete Tätigkeitsfelder für die Sozialpädagogik. Einerseits das Erstellen einer Förderplanung, deren Koordination mit weiteren, am Fall beteiligten Fachkräften, sowie das Formulieren von Förderzielen in den Bereichen Selbst- und Sozialkompetenz.

Bei jeglichen Förderzielen und daran anknüpfenden Interventionsmassnahmen gilt es laut Brandau zu beachten, den Schüler, bzw. die Schülerin ganzheitlich und ressourcenorientiert zu fördern. Dies in dem a) die Stärken gefördert werden, um mögliche Schwächen auszugleichen, bspw. wenn bei einem von ADHS betroffenen Schüler, bzw. Schülerin eine Fähigkeit zur schnellen visuellen Informationsverarbeitung vorliegt, diese gezielt zu fördern, b) die integrativen Fähigkeiten hervorzuheben und zu fördern, denn durch die Stärkung des Selbstwertes erfährt der Schüler, die Schülerin sich als sinnvoll Handelnder, bzw. Handelnde und c) dass die Umwelt des Klienten, der Klientin eingebunden wird. Denn entsprechend nach dem Motto 'Das Ganze ist mehr als seine Teile' soll laut Brandau der Schüler, die Schülerin stets vor dem Hintergrund aller seiner, ihrer wichtigen Bezugssysteme betrachtet und gefördert werden, was sich wiederum als Forderung nach Kooperation mit den verschiedenen Bezugspersonen im Unterstützersystem verstehen lässt (vgl. Brandau 2008: 120f.). Ein möglicher Nachteilsausgleich für den Schüler, die Schülerin ist dabei auch unbedingt abzuklären, da dies den Spielraum in der Planung bzw. die Interventionsmöglichkeiten ggf. erweitern kann.

5.3 Interventionsmöglichkeiten im Schulunterricht

5.1.4 Allgemeine Unterrichtsprinzipien und präventive Unterrichtsmethoden bei ADHS

Die folgenden Ausführungen gelten sowohl für Lehrkräfte als auch für sozialpädagogische Fachkräfte im Unterricht, womit es Überschneidungen in den Zuständigkeitsbereichen kommen kann. Da jedoch ein Hauptaufgabenbereich für die Sozialpädagogik in schulischer Unterstützung im Unterricht besteht (vgl. Anhang: Beispiel Schule in Kleingruppen, Dielsdorf), wird deutlich, dass die folgenden Erläuterungen, obwohl diese für Lehrkräfte gelten, notwendigerweise hier auch für die Sozialpädagogik im Schulkontext relevant sind und der Erwähnung bedürfen. Dies ausserdem aus dem Grund, dass sozialpädagogische Fachpersonen über spezifisches Wissen von Störungsbildern verfügen, womit sie eine Coachingfunktion für Lehrkräfte bieten können. Ein Beispiel, wie sich die Zuständigkeitsbereiche von Lehrkräften und der Sozialpädagogik im Schulkontext aufteilen lassen, gibt die Sonderschule Schule in Kleingruppen, Dielsdorf. Aufgrund des spezifischen Settings »Sonderschule« und aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Arbeit, ist dieses Beispiel jedoch im Anhang zu finden (vgl. im Anhang 9.1).

Im Folgenden soll auf die allgemeinen Unterrichtsprinzipien und präventiven Unterrichtsmethoden eingegangen werden, die auch für Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen als Lehrkraftunterstützer und -Unterstützerinnen im Regelschulkontext gelten. Für Mackowiak/Schramm gilt es folgende Unterrichtsprinzipien zu berücksichtigen:

- **Klarheit und Strukturierung:** Hierbei geht es darum, Regeln im Klassenzimmer, die Lernziele einer Stunde, einer Unterrichtseinheit oder eines Tages vorab zu verdeutlichen und Schülern, Schülerinnen aufmerksamkeitslenkende Hinweise zur Orientierung zu geben. Dies führt zu Klarheit in Bezug auf erwünschtes Verhalten und die zu erreichenden Ziele und steigert somit die Lernmotivation.

Bei der Gestaltung von Arbeitsmaterialien für Schüler und Schülerinnen mit ADHS ist besonders darauf zu achten, dass möglichst wenig Ablenkung von den Aufgabenstellungen herrscht. Auf zusätzliche Informationen, die nicht unbedingt notwendig sind, ist zu verzichten. Dadurch können sich Schüler und Schülerinnen mit einer ADHS auf die relevanten Informationen konzentrieren (vgl. Mackowiak/Schramm 2016: 72f.).

- **Schülerorientierung:** Motivationsfördernd für Schüler und Schülerinnen mit ADHS ist zudem eine Schülerorientierung seitens der pädagogischen Fachpersonen. Es gilt ihre Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen, sie für kompetent zu halten und ihre Stärken wahrzunehmen, dahingehend, dass sie sich mitverantwortlich für ihren Lernerfolg fühlen. In diesem Zusammenhang, sind positive Erwartungen der Lehrkräfte bzgl. Lernfortschritt und -Erfolg wichtig, um insbesondere Schüler und Schülerinnen mit ADHS zu ermutigen (vgl. ebd.: 74).
- **Differenzierung:** Wenn Schüler und Schülerinnen erkennen, dass die gestellten Aufgaben für sie zu bewältigen sind, behalten sie ihre Lernmotivation. Gleichzeitig entwickeln sie ein Wissen um ihre Kompetenzen und erlangen die Zuversicht Aufgaben lösen und Ziele erreichen zu können, womit sich ein Erfolgserleben einstellt. Die Angemessenheit an die Möglichkeiten des Schülers, der Schülerin mit ADHS ist dabei von besonderer Bedeutung und wird durch Differenzierung erreicht. Diese kann sich auf unterschiedliche Aspekte beziehen, so z.B. auf die Art und den Inhalt der Aufgaben (z.B. Aufgaben in Mathematik vs. Deutsch, Aufgaben zu verschiedenen Inhaltsthemen), den Schwierigkeitsgrad (z.B. Umfang der Aufgaben und Bearbeitungszeit), das Lernmaterial (z.B. Lesebuch oder PC), die Aufgabenstellung (z.B. schriftliche oder grafische Darstellung der Antwort), den Lernort (z.B. Klassenzimmer oder separater Raum) oder die Sozialform (alleine, zu zweit oder in Lerngruppe). Eine Reduzierung der Aufgabenanforderungen kann bei Schülern und Schülerinnen mit ADHS ausserdem dazu führen, dass sie weniger oft abgelenkt sind und weniger störendes Verhalten zeigen. Einen Vorteil können dabei auch Wahlmöglichkeiten bieten (vgl. Mackowiak/Schramm 2016: 75).
- **Kognitive Aktivierung:** „Kognitive Aktivierung umfasst alle Handlungen, die die aktive geistige Auseinandersetzung mit einem Sachverhalt anregen und unterstützen.“ (ebd.: 77) Dies lässt sich z.B. erreichen, indem von den pädagogischen Fachkräften Fragen gestellt werden, die zum Nachdenken auffordern und Schüler, sowie Schülerinnen dazu ermutigen, eigene Meinungen und Lösungsvorschläge zu äußern und zu begründen. Jedes Kind, bzw. jeder Jugendliche sollte dabei möglichst häufig sprachlich oder handelnd etwas zum Unterricht beitragen können, wobei es

weniger um abrufbares Wissen, denn um den Aufbau neuer Wissens- und Denkstrukturen gehen sollte (vgl. ebd.: 77).

Weitere präventive Umsetzungshilfen im Unterricht bzgl. ADHS gibt Brandau, der für Lehr- und sozialpädagogische Fachkräfte fordert:

- Klare Regeln und Konsequenzen vorher aufzuzeigen
- Aufgaben in Teilschritte zu strukturieren
- Erklärungen kurz und klar zu formulieren
- Abläufe vorher zu kommunizieren und zu ritualisieren
- Den Unterricht rhythmisch zu gestalten in Form von: Unterbrechungen wie bspw. Bewegungspause, Singen, Entspannungsphasen, Pausen, etc.
- Selbstinstruktionen für eine bessere Selbstkontrolle zu fördern
- Individuelle Lernaufgaben zu geben
- Bei Gelegenheit Feedback und bei positivem Verhalten positive Verstärker wie Lob zu geben (siehe Kapitel 5.3.3 Behaviorale Interventionen)
- Die Kooperation mit Eltern zu suchen (siehe separates Kapitel 5.1)
(vgl. Brandau 2008: 161f.).

5.1.5 Sozialräumliche Angebote – Gestaltung des Klassenzimmers

Mackowiak/Schramm führen zudem aus, dass ein gut gestalteter Klassenraum der komplexen Tätigkeit von Lehren und Lernen Struktur geben kann. Nicht umsonst würde ein gut gestaltetes Klassenzimmer bisweilen bspw. von Dahlinger als »dritter Pädagoge« bezeichnet (vgl. Mackowiak/Schramm 2016: 101, zit. nach Dahlinger 2008).

Mackowiak/Schramm führen Evertson an, der fordert, in Bezug auf Selbstregulation und Aufmerksamkeit folgende drei Grundprinzipien zu beachten:

- **Einsehbarkeit** (»visibility«): Die Lehrkraft kann alle Schüler und Schülerinnen zu jeder Zeit sehen, und alle Schüler und Schülerinnen können die relevanten Schauplätze des Unterrichts sehen
- **Erreichbarkeit** (»accessibility«): Die Lehrkraft kann problemlos zu den Schülern und Schülerinnen gelangen; sowohl alle Schüler und Schülerinnen als auch die Lehrkraft können alle notwendigen Materialien mühelos erreichen.

- **Ablenkungsfreiheit** (»*distractibility*«): Ablenkungsquellen werden beseitigt oder in ihrer Wirkung reduziert; Schüler und Schülerinnen, die sich gegenseitig ablenken, werden auseinandergesetzt (vgl. Mackowiak/Schramm 2016: 102, zit. nach Evertson 2010)

Brandau beschreibt ausserdem folgende Anforderungen an eine adäquate Raumgestaltung für Kinder und Jugendliche mit ADHS:

- Eine Atmosphäre von Geborgenheit vermitteln
- Übersichtliche Gestaltung des Klassenzimmers
- Für psychomotorische Aktivitäten geeignet
- Rückzugsmöglichkeiten, Ruhezeiten und Nischen ermöglichen
- Gegen Unfallgefahren gut gesichert
- Möglichkeit der Mitgestaltung durch die Kinder und Jugendlichen
- Ökologischen Kriterien genügen (Luftzirkulation, Helligkeit etc.)

(vgl. Brandau 2008: 119)

5.1.6 Behaviorale Interventionen in der Schule

Nachdem ein Schüler, eine Schülerin mit ADHS ein Verhalten gezeigt hat, kann die Lehrkraft auf verschiedene Arten reagieren, um es behavioral zu konditionieren.

5.1.6.1 Positive Verstärkung

Idealerweise reagiert sie konsequent auf positives, angemessenes Verhalten des ADHS-Kindes und nimmt so eine positive Verstärkung vor. In diesem Zusammenhang stehen auch sog. »Token-Pläne«, bei denen der Schüler, die Schülerin Punkte sammeln kann, wenn das erwünschte Verhalten gezeigt wurde (vgl. Gawrilow 2012: 125).

5.1.6.2 Response Cost

Wenn die verstärkenden Reaktionen auf angemessenes Verhalten nicht erfolgreich sind, kann eine weitere behaviorale Intervention angewandt werden, die des Response-Cost-Verfahren. Dabei geht es darum, dass Verstärker entzogen werden, nachdem ein problematisches Verhalten aufgetreten ist. Wenn bspw. eine Klassenregel ist, dass andere Kinder bzw. Jugendliche nicht geärgert werden sollen, und ein Schüler, eine Schülerin gegen diese Regel verstösst, dann können dem oder der Schülerin Privilegien entzogen werden.

5.1.6.3 Time-out

„Eine letzte Möglichkeit zu Eindämmung störenden Verhaltens von Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Unterricht ist die Auszeit oder Time-out-Methode.“ (Gawrilow 2012: 125). Bei dieser wird der Schüler, die Schülerin, der, die offensichtlich das störende Verhalten auslöst, aus dem Unterricht herausgenommen. Dies macht jedoch nur dann Sinn, wenn der Unterricht für den betroffenen Schüler, die betroffene Schülerin reizvoll ist. Ansonsten fungierte das Time-out in unbeabsichtigter Weise als Verstärker des ungewünschten Verhaltens (vgl. Gawrilow 2012: 126).

5.1.7 Selbstregulations-, Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstrainings

Gawrilow et al. haben den Nutzen von Lern- und Selbstregulationsstrategien für Sechst- und Siebtklassschüler und -Schülerinnen mit und ohne Risiko für eine ADHS-Diagnose untersucht (vgl. ebd. 127, Gawrilow et al. 2011). Die in zwei Gruppen unterteilt wurden. Die eine Gruppe nahm an einem Lernstrategietraining teil, wobei die Probanden durch Demonstration und Einübung erlernten, welche Lernstrategie (z.B. visuelles oder auditives Lernen), die beste für sie sei.

Die andere Hälfte der Schüler und Schülerinnen nahm zusätzlich an einem Selbstregulationstraining teil. Dabei wurden die Techniken Mentales Kontrastieren und Wenn-Dann-Pläne vorgestellt und die Schüler und Schülerinnen angehalten ihre Erfahrungen in einem Internettagebuch zu dokumentieren.

5.1.7.1 Mentales Kontrastieren

Das Mentale Kontrastieren bezieht sich auf Zukunftsdenken und auf die Frage, wie aus Erwartungen und Phantasien verbindliche Ziele werden, die zum Handeln verpflichten. Die Schüler und Schülerinnen sollen zunächst an ihr wichtigstes aktuelles schulisches Ziel denken (z.B. in der nächsten Deutsch-Prüfung gut abzuschneiden). Danach sind sie angehalten erst an positive Aspekte der Zukunft (z.B. wie sich die Eltern darüber freuen) und im Anschluss daran an hinderliche Aspekte der gegenwärtigen Realität (z.B. wie wenig Lust sie zum Lernen haben) zu denken. Würde sich ein Schüler, eine Schülerin ausschliesslich die positiven Effekte ausmalen, würde keine Handlungsnotwendigkeit entstehen.

Die Studie konnte belegen, dass durch mentales Kontrastieren eine starke Zielbindung entsteht. Die Schüler waren motiviert, ihr Ziel zu verfolgen und konnten sich somit auf das Erlernen weiterer Strategien einlassen (vgl. Gawrilow 2012: 128).

5.1.7.2 Wenn-Dann-Pläne

In der Folge lernten sie die Nutzung von Wenn-Dann-Plänen kennen. Dazu mussten sie sich überlegen zu welchem Zeitpunkt sie Anstrengungen zur Zielerreichung unternehmen wollten, bspw. wann sie für die Deutsch-Prüfung lernen wollten. Dieser Zeitpunkt sollte daraufhin in den Wenn-Teil des Wenn-Dann-Plans eingefügt werden (z.B. immer vor dem Abendessen). Im Dann-Teil sollten die Schüler und Schülerinnen daraufhin ihr Verhalten zur Zielerreichung einfügen (z.B. 30 Minuten Deutschübungsaufgaben machen). Der Wenn-Dann-Plan würde somit lauten: *Immer vor dem Abendessen, mache ich 30 Minuten lang Deutschaufgaben.* Für die Auswertung wurden die Internettagebücher der Schüler und Schülerinnen herangezogen und deren Eltern befragt.

Die Auswertung der Studie ergab, dass Kinder mit Risiko für eine ADHS-Diagnose nach Einschätzung ihrer Eltern mehr Probleme in der Schule haben, als Kinder ohne Risiko für eine Diagnose, Kinder mit ADHS-Risiko sowohl vom Training der Lernstrategien als auch vom Selbstregulationstraining durch Mentales Kontrastieren und durch Wenn-Dann-Pläne profitieren und Kinder ohne ADHS-Risiko nur vom Selbstregulationstraining (vgl. ebd.). In einer weiteren Studie untersuchten Gawrilow et al. die Wirkweise von Wenn-Dann-Plänen bei Kindern mit ADHS-Diagnose im gymnasialen Schulunterricht. Es zeigte sich, dass Kinder mit ADHS nach einem Training mit Wenn-Dann-Plänen gemäss Lehrerurteil eine geringere ADHS-Symptomatik im Unterricht zeigten als jene, die kein Training unternommen hatten (vgl. Gawrilow 2012: 129f.).

5.1.8 Multimodales Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten

Eine mögliche Trainingsmethode, die alle der vorher genannten Aspekte miteinschliesst, jedoch nicht ausschliesslich an Schüler und Schülerinnen mit ADHS adressiert ist, stellt das »Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten« (THOP) von Döpfner et al. dar. Dieses gilt bis heute als Standard in der Verhaltenstherapie von Kindern mit ADHS und gilt als geeignet für Kinder zwischen 3-12 Jahren. Darin werden verschiedene Module angeboten, die sich aus kindzentrierten, familienzentrierten, kindergartenzentrierten und schulzentrierten Interventionen zusammensetzen, wobei der Schwerpunkt auf Eltern-Kind-Interventionen liegt. Das Programm orientiert sich an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2007)

und beginnt mit der psychoedukativen Beratung der Eltern und ihrer Kinder. Anschließend wird in weiteren 20 Therapiebausteinen die ADHS-Symptomatik beim Kind adressiert, wobei die Bezugspersonen aus Familie und Schule immer eingebunden sind, in dem sie Inputs bekommen, Bedingungen und Verhalten analysieren, intervenieren und den Verlauf evaluieren. Bei den kindzentrierten Interventionen liegt der Fokus dabei auf der Stärkung der exekutiven Funktionen und der Selbstregulation. Die klinische Wirksamkeit dieses Training, konnte in mehreren Studien überprüft und bestätigt werden. In Kombination mit einer geeigneten Medikation (z.B. Methylphenidat) gilt das THOP als vielversprechendes Programm und moderner Klassiker zur Behandlung einer ADHS-Symptomatik, jedoch weisen die Autoren darauf hin, dass der Transfer der positiven Effekte auf den schulischen Bereich nicht selbstverständlich passiert (vgl. Gawrilow 2012: 131-134).

6 Beantwortung der Fragestellung und Diskussion

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Anhand der Literaturrecherche wurde deutlich, dass Professionelle der Sozialen Arbeit im Schulkontext über verschiedenes Theorie- und Methodenwissen verfügen müssen, um Kinder- und Jugendliche mit ADHS in Kooperation mit weiteren Fachkräften und elterlichen Bezugspersonen angemessen unterstützen zu können.

Die eingangs formulierte Fragestellung lautete: *Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit und insbesondere Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen Schüler und Schülerinnen mit einer ADHS-Diagnose im Schulkontext angemessen unterstützen?*

Beantworten lässt sich die Fragestellung dahingehend, dass neben spezifischem Theoriewissen über das Störungsbild ADHS sie Methodenwissen zu konkreten Interventionsmassnahmen in Bezug auf das Klientel benötigen und in der Lage sein müssen sich auf ein Arbeitsbündnis mit betroffenen Schülern und Schülerinnen einzulassen, mit anderen Fachkräften auch ausserhalb des Schulkontexts und mit den Eltern zu kooperieren, sowie die Lehrkraft im Umgang mit dem Störungsbild zu unterstützen. Dies an einem heterogenen und dynamischen Bildungsort *Schule* mit bestimmten Organisationsstrukturen und -Logiken, die immer wieder in Frage gestellt werden und der, da er von den Vorstellungen, Motiven und vom Engagement seiner Beteiligten lebt, sich stetig im Wandel befindet.

Folgende spezifische Haltung, Rollen, Zuständigkeitsbereiche und Besonderheiten im Schulkontext sind dabei von sozialpädagogischen Fachkräften zu berücksichtigen und stellen die Grundlage dafür dar, dass Schüler und Schülerinnen mit ADHS angemessen unterstützt werden können:

- **Haltung:** Subjektorientiert, ressourcenorientiert, lebensweltorientiert, systemisch, mit angemessenem Ethos in Bezug auf übergeordnetes Ziel der Persönlichkeitsentwicklung durch Bildung und gemäss Berufskodex Soziale Arbeit, Bereitschaft zur Kooperation, Bereitschaft Arbeitsbündnisse mit Klienten einzugehen, offene, nicht-diskriminierende Grundhaltung.
- **Rollen/Zuständigkeitsbereiche:** Fallmanagement und Vermittlerrolle, Unterstützung in schulischen Belangen, Mitentwicklung der Förderziele, erlebnispädagogische Angebote, Coaching von Lehrkräften in Bezug auf Beeinträchtigungen bei Schülern und Schülerinnen.

- **Besonderheiten:** Nicht an Unterrichtslektionen gebunden, können dadurch interdisziplinär bzw. interprofessionelle Kooperation anstossen und somit weitere Hilfen anderer Professionen, sowie der Eltern erschliessen.

Auf dieser Grundlage lassen sich in einem Arbeitsbündnis ADHS betroffene Schüler und Schülerinnen angemessen unterstützen. Dies unter der Voraussetzung, dass sie kooperationsbereit sind. Und das stellt in meiner bisherigen Berufserfahrung gerade den sprigenden Punkt dar.

6.2 Diskussion

Es wurde bei der Bearbeitung des Themas deutlich, dass inhärente Widersprüche der Sozialen Arbeit wie Nicht-Standardisierbarkeit bei gleichzeitiger Professionalisierung, Mehrfachmandate von sich ggf. widersprechenden Positionen bei gleichzeitiger Loyalität, Status- und Technologiedefizit der Sozialen Arbeit gegenüber etablierten Professionen wie Pädagogik, Jurisprudenz, Medizin etc. im Schulkontext nicht etwa wegfallen (z.B. durch klar geregelte Zuständigkeiten), sondern dort auf einen weiteren heterogenen Ballungsraum unterschiedlicher Motive treffen können, wobei die Komplexität noch zuzunehmen scheint, wenn darüber hinaus noch psychische Störungsbilder ins Spiel kommen. Dieser Umstand allein fordert schon eine starke interprofessionelle Kooperation der Sozialpädagogik mit den anderen beteiligten Professionen und eine besondere Fachlichkeit.

Dass Kooperation in der Fachliteratur jedoch nicht auf Klientenebene diskutiert wird, erstaunt. Das obwohl viele der ausgewählten Texte die Soziale Arbeit als beteiligte Profession im Schulkontext zum Gegenstand haben. Kooperation meint hier jedoch immer die Zusammenarbeit von Erwachsenen. In meinem Studium der Sozialen Arbeit an der FHNW und in der Auseinandersetzung mit dem Thema *Kooperation* war dies hingegen anders. Dort wurde bspw. im Rahmen der Kooperativen Prozessgestaltung (KPG) nach Hochuli Freund/Stotz die Arbeitsbeziehung mit Klienten in den Mittelpunkt gestellt und taucht auch im dazugehörigen Buch als erster Abschnitt im Kapitel »Kooperation« prominent auf (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 87-107).

Auch für Ulrich Oevermann ist das Arbeitsbündnis zwischen Experten und Klienten – sei es zwischen therapeutischen Fachkräften und Klienten oder zwischen pädagogischen Fachkräften und Schülern, bzw. Schülerinnen – ein zentrales Moment im Entwicklungs- bzw. Genesungsprozess der Klienten (vgl. Oevermann 2009). Dass in der ausgewählten

Fachliteratur Begriffe wie *Abstinenzregel* (meint den Verzicht einer Gegenübertragung bei psychologischen Übertragungsphänomenen) oder *Hilfe vs. Kontrolle* vorkommen, lässt entweder darauf schliessen, dass dieses Wissen vorausgesetzt wird, oder dass sich in der pädagogischen Theorie in Bezug auf die Kompetenz Selbstreflexion ein deutlich zu sehender blinder Fleck ausgebildet hat. Dies wäre im Hinblick auf die Forderung nach einer inklusiven Schule und damit einhergehend in Bezug auf den Umgang mit biopsychosozialen Störungsbildern fatal. Andererseits lässt sich vielleicht gerade dadurch der zusätzliche Bedarf an entsprechend geschultem Fachpersonal erklären.

Dass in der Schule laut Böhnisch/Schröer eine Entwicklung eingetreten ist, gemäss derer Kinder und Jugendliche die Schule als Sozialraum verstehen, könnte Professionellen der Sozialen Arbeit entgegen kommen. Böhnisch/Schröer prophezeien: "Dieser sozialräumliche Aufforderungscharakter wird umso stärker, je weniger sozialräumliche Möglichkeiten die Kinder und Jugendlichen im ausserschulischen Bereich haben." (Böhnisch/Schröer 2004: 199)

Inwieweit die Schule als Institution mit inheränten Regeln und ggf. fest verankerten Strukturen und deren Funktionäre und Funktionärinnen jedoch in der Lage sind, diese Perspektive zu übernehmen und entsprechende Angebote zu schaffen, scheint ein weiterer entscheidender Punkt zu sein, in adäquaten schulischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit oder ohne Beeinträchtigungen zu sein.

7 Ausblick

Die Forderung nach einer inklusiven Gesellschaft scheint nicht aufzuhalten zu sein, es wird sich jedoch zeigen, wie die damit verbundene Forderung der Eingliederung von Schülern und Schülerinnen mit Beeinträchtigungen im Regelschulkontext umgesetzt wird und für die in der Schule tätigen Fachkräfte tragbar ist. Denn nach wie vor wird im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen immer wieder die Frage nach dem adäquaten Setting für das Klientel gestellt. In einer heterogenen, inklusiven Schule müsste dieser Frage mit individuellen Lösungen begegnet werden, was die strukturellen Bedingungen von Jahrgangsklassen und kollektiven Leistungsnachweisen in Frage zu stellen scheint. Zuvorderst scheint die Forderung nach einer inklusiven Schule jedoch die Haltung der schulischen Fachkräfte, die Kooperation unter ihnen, sowie strukturelle Voraussetzungen zu betreffen, die Inklusion erst ermöglichen.

Eine klare Haltung zur Inklusion wird in der Behindertenrechtskonvention der UNO formuliert, die der Schweizer Bundesrat 2014 ratifiziert hat. Da die Schweiz jedoch ein föderalistisches System darstellt, und die Umsetzung von Schulpolitik den Kantonen obliegt, liegen nach wie vor unterschiedliche Umsetzungsformen vor; auch solche die sich nicht als inklusiv beschreiben lassen, wie z.B. Schulinternate, was eine schweizweite Umsetzung von schulischer Inklusion vmtl. verzögert, oder dieser sogar entgegensteht. Von politischer Seite sind deshalb weitere Anstrengungen nötig. Auf Forschungsebene gilt es einerseits die Auswirkungen von Inklusion im Schulkontext zu untersuchen und andererseits das Verständnis über Beeinträchtigungen und insbesondere biopsychosoziale Störungsbilder weiter zu entwickeln und Ansätze für Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die sich in den verschiedenen Kontexten verträglich anwenden lassen. Dies bedeutet im Umkehrschluss jedoch, dass die verschiedenen Kontexte und deren Akteure, wie z.B. Familie oder Schule in der Lage sind auf diese Benachteiligungen adäquat zu reagieren und sie nicht zu verstärken. Für die, im Schulkontext beschäftigten Fachkräfte, bedeutet es weitere Anstrengungen zur interprofessionellen Kooperation zu unternehmen.

Spezifisch in Bezug auf das Störungsbild ADHS bedeutet es für das Umfeld, sich über die aktuellen Erkenntnisse der Neurologie und die biochemischen Zusammenhänge im Gehirn klar zu werden – bspw. über die Arbeitsweise exekutiver Funktionen im Gehirn, dem Neurotransmitter-Stoffwechsel im synaptischen Spalt, sowie das vegetative Nervensystem von ADHS-Betroffenen – und zu wissen, wie darauf reagiert werden kann (bspw. durch Stress-

reduktion oder durch positive Verstärkungen aus dem sozialen Umfeld). Dies wiederum verweist auf eine soziologische Perspektive, die untersuchen könnte, wie die Umwelt inklusiv auf benachteiligte Individuen zu reagieren hat, damit diese sich in der Gesellschaft möglichst selbstbestimmt und mitbestimmend entwickeln können, sowie auf die Frage welchen Beitrag eine Gesellschaft leisten kann, damit durch sie keine Benachteiligung gefördert wird. Dies kann m.E. nur durch niederschwellige Angebote innerhalb der Gesellschaft geschehen, die Menschen und im Besonderen Kindern und Jugendlichen mit psychosozial auffälligem Verhalten Möglichkeiten zu Entwicklung und Mitbestimmung bieten, wofür sich eine leistungsorientierte Gesellschaft jedoch weiter öffnen müsste. Denn wie deutlich wurde, können Menschen mit ADHS Stärken haben, die für eine Gesellschaft wertvoll sein können. Z.B. Fähigkeiten wie Gerechtigkeitssinn, Empathiefähigkeit, sowie die Fähigkeit zum Hyperfokussieren, um nur einige wenige zu nennen. Wenn Kinder und Jugendliche ihre Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsdefizite kompensieren können, kämen m.E. verschiedene Berufsfelder in Frage, für die sie einen Mehrwert darstellen könnten. Nichtsdestotrotz sind sie in erster Linie Kinder und Jugendliche und als solche Menschen, deren Wohl gemäss UN-Kinderrechtskonvention Vorrang hat und deren Wert von der Gesellschaft nicht lediglich an Berufschancen gemessen werden sollte.

8 Literatur

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. Url: <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/> [Zugriffsdatum: 09.07.2020]

Baier, Florian (2011a). Warum Schulsozialarbeit? Fachliche Begründungen der Rolle Schulsozialarbeit im Kontext von Bildung und Gerechtigkeit. In: Baier, F.; Deinet, U. (Hg.). Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Opladen, Farmington Hills: Verlag Budrich UniPress Ltd., S. 85-96.

Baier, Florian (2011b). Theorie-Praxis-Transfer: Bildungstheoretische Elemente in ihrer Bedeutung für die Praxis. In: Baier, F.; Deinet, U. (Hg.): Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Opladen, Farmington Hills: Verlag Budrich UniPress Ltd., S. 103-114.

Baier, Florian/Deinet, Ulrich (2011). Konzeptionelle Verortungen: Schulsozialarbeit im Spektrum lokaler Bildungs- und Hilfelandschaften. In: Baier, F.; Deinet, U. (Hg.). Praxisbuch Schulsozialarbeit. Methoden, Haltungen und Handlungsorientierungen für eine professionelle Praxis. Opladen, Farmington Hills: Verlag Budrich UniPress Ltd., S. 97-102.

Betz, Tanja/Esser, Florian (2016). Kinder als Akteure – Forschungsbezogene Implikationen des erfolgreichen Agency-Konzepts. Schwerpunkt Heft 3, S. 301-314

Born, Armin/Oehler, Claudia (2016): Lernen mit ADHS-Kindern. Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten (11. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Brunner, Monique/Pfiffner, Roger/Ambord, Simone/Hostettler, Ueli (2018). Wie Schulsozialarbeit und Schule kooperieren: Fünf Merkmale interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeitenden und Lehrpersonen. In: Chiapparini, Emanuela/Stohler, Renate/Bussmann, Esther 2018 (Hg.). Soziale Arbeit im Kontext Schule. Aktuelle Entwicklun-

gen in Praxis und Forschung in der Schweiz. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Budrich UniPress Ltd., S. 38-47.

Chiapparini, Emanuela/Stohler, Renate/Bussmann Esther (Hg.) (2018). Soziale Arbeit im Kontext Schule. Aktuelle Entwicklungen in Praxis und Forschung in der Schweiz. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Budrich UniPress.

Döpfner, Manfred/Schürmann, Stephanie/Frölich, Jan (2007). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. Weinheim: Beltz Verlag.

Eidgenössisches Departement des Inneren (2014). Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Url: edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen](http://edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen) [Zugriffsdatum: 13.07.2020]

Frölich, Jan/Döpfner, Manfred/Banaschewski, Tobias (2014). ADHS in Schule und Unterricht. Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Frölich, Jan/Lehmkuhl, Gerd/Döpfner, Manfred (2009). Computer games in childhood and adolescens: relations to addictive behavior, ADHD, and aggression. In: Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37 Jg., Nr. 5.

Gawrilow, Caterina (2012). Lehrbuch ADHS. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Gawrilow, C./Schultz, R., Morgenrot, K./Oettingen, G./Gollwitzer, P.M. (2011). Inducing selfregulation of goal-pursuit increases self-discipline in schoolchildren at risk and not at risk for ADHD. Manuskript

Humbert-Droz, Joel (2018). "Kann ich mal mit jemandem reden?" Berufsintegration und Sozialpädagogik in der Schule in Kleingruppen Dielsdorf. In: Chiapparini, Emanuela/Stohler, Renate/Bussmann, Esther 2018 (Hg.). Soziale Arbeit im Kontext Schule. Aktuelle Entwicklungen in Praxis und Forschung in der Schweiz. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Budrich UniPress Ltd., S. 107-111

ICD10 (2016): *International Classification of Diseases*. Bern: Dilling, Huber

Krowatschek, D. (2003). *Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe*. Dortmund: modernes lernen.

Mackowiak, Katja/Schramm, Satyam A. (2016). *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Rief, Sandra F. (2016). *How to reach and teach ADD/ADHD children: Practical techniques, strategies, and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity* (3. Ausgabe). San Francisco: Jossey-Bass.

Oevermann, Ulrich (2009). *Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pauls, Helmut (2013). *Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität*. In: *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung* 1(1), S. 15-31. [Url: http://www.resonanzen-journal.org](http://www.resonanzen-journal.org) [Zugriffsdatum: 10.05.2020].

Thimm, K. (2000). *Schulverweigerung. Zur Begründung eines neuen Verhältnisses von Sozialpädagogik und Schule*. Münster: Votum Verlag, S. 354f.

UN-BRK – UN-Behindertenrechtskonvention (2006). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. [Url: http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/index.html](http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/index.html) [Zugriffsdatum: 16.07.2020].

UN-KRK – UN-Kinderrechtskonvention (1989). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Artikel 29*. [Url: http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf](http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf) [Zugriffsdatum: 17.07.2020].

9 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Diagnosekriterien einer hyperaktiven Störung nach ICD-10 (Brandau 2008:25)	10
Abbildung 2: ADHS als biopsychosozial vernetztes Interaktionsphänomen (Brandau 2008: 53)	13
Abbildung 3: 5 Komponenten der interdisziplinären Kooperation (Chiapparini et al. 2018: 40)	32

10 Anhang

Anhang 1: Zuständigkeitsbereiche, Interventionsmöglichkeiten und Kooperation von Sozialpädagogik und Schule am Beispiel der Schule in Kleingruppen, Dielsdorf

Ein konkretes Beispiel wie die Zuständigkeitsbereiche und Interventionsmöglichkeiten von Schule und Sozialpädagogik im Schulkontext aussehen können, sowie Kooperation zwischen beiden Professionen gelingt, wenn eine Beeinträchtigung bei einem Schüler, bzw. einer Schülerin vorliegt, gibt die Schule in Kleingruppen, Dielsdorf. Es sei angemerkt, dass es sich hierbei um eine Sonderschule handelt. Das Konzept lässt sich jedoch nach Ansicht des Verfassers auf Regelschulen übertragen.

Kurzbeschreibung Schule in Kleingruppen Dielsdorf

Die Schule in Kleingruppen Dielsdorf ist eine kommunale Tagessonderschule, die von der Sekundarschule Dielsdorf-Regensberg-Steinmaur geführt wird und vom Kanton Zürich anerkannt ist (vgl. Humbert-Droz 2018: 107). Die Zielgruppe besteht aus normalbegabten Schülern und Schülerinnen im Sekundarschulalter mit Beziehungs-, Verhaltens- und Lernschwierigkeiten, die im Rahmen der Volksschule nicht angemessen gefördert werden können (vgl. ebd.). Die Schule führt zwei Schulklassen mit je sechs Schülern und Schülerinnen. Sämtliche Schüler und Schülerinnen besitzen einen Status der Sonderschulbedürftigkeit, die vorgängig durch einen schulpsychologischen Dienst ermittelt worden ist (vgl. ebd.).

Die Zuständigkeits- bzw. Verantwortungsbereiche der sozialpädagogischen Stelle sind unterschiedlich und lassen sich grob in drei Aufgabenbereiche unterteilen:

10.1.1 Erster Aufgabenbereich für die Sozialpädagogik in der Schule - Schulische Unterstützung

Eine erste Hauptaufgabe der sozialpädagogischen Leistung besteht in der *direkten Begleitung und Unterstützung der Schüler und Schülerinnen, aber auch der Lehrperson im Unterricht* und wird im Folgenden anhand von drei Methoden an einem Beispiel veranschaulicht (vgl. ebd.: 109):

a) Schulische Unterstützung nach Vorgabe durch die Lehrperson

Die Lehrperson erkennt, dass ein Schüler bei der Recherche zu seinem Vortrag über Elefanten mehr Anleitung benötigt. Gemeinsam wird vereinbart, dass die sozialpädagogische Fachperson zusammen mit dem Schüler ein Mindmap erstellt, um die Themen zu erarbeiten, die der Schüler bei seinem Vortrag über Elefanten vorstellen möchte. Weiter kann der Schüler beim Recherchieren zu diesen Themen direkt unterstützt und angeleitet werden (vgl. ebd.: 109f.)

b) Sozialpädagogische Intervention in Form von Aktivierungsspielen

Die Lehrperson und die sozialpädagogische Fachperson nehmen wahr, dass einige Schülerinnen und Schüler müde wirken und die Klassendynamik als träge beschrieben werden kann. Es wird spontan entschieden mit der Klasse auf den Pausenplatz zu gehen und unter Anleitung der Sozialpädagogischen Fachkraft ein Tischtennis-Rundlauf gespielt (vgl. ebd.: 110).

c) Bearbeitung von Konflikten im schulischen Alltag

Zwei Schüler kommen morgens zerstritten und schlecht gelaunt in die Schule. Die Stimmung ist geladen und ein geregelter Unterricht kaum durchführbar. Die sozialpädagogische Fachperson zieht sich mit beiden Schülern in ein Büro zurück und versucht mit ihnen gemeinsam Lösungen für ihren Konflikt zu finden (vgl. ebd.: 110).

10.1.2 Zweiter Aufgabenbereich für die Sozialpädagogik in der Schule - Mitentwicklung sozialer Förderziele

Eine zweite Hauptaufgabe besteht in der *Mitentwicklung von sozialen Förderzielen*, diese zu koordinieren und deren Erreichung zu unterstützen (vgl. ebd.: 110f.). Dies findet in Zusammenarbeit mit den Fallverantwortlichen und den Eltern statt. Nachfolgend werden zwei Methoden an zwei ausgewählten Beispielen von Förderzielen veranschaulicht:

a) Mobilitätstraining

Eine Schülerin wird im nächsten Halbjahr Schnupperlehren absolvieren und muss dafür öfters Zug und Bus fahren. Sie fühlt sich im Umgang mit dem ÖV unsicher. Als Förderziel wird vereinbart, dass sie von der sozialpädagogischen Fachperson darin unterstützt wird,

den Umgang mit Fahrplänen und die Planung von Reisen zu erlernen und anfangs begleitet wird (vgl. ebd.: 111).

b) Unterstützung bei der Suche nach passenden Freizeitaktivitäten

Ein Schüler und seine Eltern wohnen erst seit Kurzem in der Schweiz. Die Eltern äussern in einem Gespräch, dass sie sich leider noch nicht so gut auskennen, sich jedoch für den sportbegeisterten Tim eine regelmässige Freizeitbeschäftigung wünschen. Die sozialpädagogische Fachperson unterstützt die Eltern und den Schüler dabei, seine Interessen zu erkunden, hilft mit, einen Judo-Schnupperkurs zu organisieren und bespricht mit ihnen eine Auswahl von verschiedenen regionalen Sportvereinen (vgl. ebd.).

10.1.3 Dritter Aufgabenbereich für die Sozialpädagogik in der Schule – Erlebnispädagogik

Ein dritter Aufgabenbereich für die sozialpädagogische Stelle der Schule in Kleingruppen Dielsdorf besteht in *erlebnispädagogischen Angeboten*. Wöchentlich ist jeweils ein Nachmittag solchen Inhalten gewidmet. Dabei werden nach einer spezifischen, handlungsorientierten Methode die Elemente Natur, Erlebnis und Gemeinschaft pädagogisch zielgerichtet miteinander verbunden was die zwischenmenschliche Begegnung und Beziehung begünstigen kann (vgl. ebd.).