

Frölich, Jan; Döpfner, Manfred; Biegert, Hans; Lehmkuhl, Gerd

## **Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 6, S. 494-506*

urn:nbn:de:0111-opus-9335

Erstveröffentlichung bei:



[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

### **Nutzungsbedingungen**

pedocs gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Kontakt:**

**peDOCS**

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)

Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,  
Psychologie und Familientherapie

51. Jahrgang 2002

---

## Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –  
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Redakteur

Günter Presting, Göttingen

---

**V&R** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

## Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht

Jan Frölich<sup>1</sup>, Manfred Döpfner<sup>1</sup>, Hans Biegert<sup>2</sup> und Gerd Lehmkuhl<sup>1</sup>

### Summary

Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder is one of the most common behavior disorders in child and adolescent psychiatry. The problems resulting from the core symptoms of the disorder often endure into adolescence and adulthood placing these children at significant long-term risk for academic psychological and social morbidity. Despite the importance of the school in this process relatively few teachers of regular schools have sufficient knowledge about the foundations and principles of treatment concerning ADHD nor do they receive adequate training how to deal with ADHD related problems in the classroom. Moreover there is a significant lack of cooperation between schools, parents and therapeutic institutions inhibiting a multimodal treatment. This article resumes the experiences of a 3 months ADHD intervention program for teachers in a Cologne elementary school. It gives informations and advices for appropriate measurements in the classroom setting that include: 1. intensive information of teachers about the disorder, 2. intensified involvement of teachers in the treatment process and 3. the implementation of distinct didactic elements and well structured principles of behavior therapy in the school lessons.

### Zusammenfassung

Die Hyperkinetische Störung/Aufmerksamkeits-Defizit Hyperaktivitätsstörung stellt eine häufige Störung des Kindes- und Jugendalters dar, die sich aufgrund ihrer Symptomkonstellation sowie der begleitenden Komorbiditäten in hohem Ausmaß auf die

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.

<sup>2</sup> HEBO – Privatschule Bonn.

Schul- und Berufslaufbahn der Betroffenen auswirken kann. Dem gegenüber steht bislang nur ein geringer Kenntnis- und Aus- bzw. Fortbildungsstand der unterrichtenden Lehrer an Regelschulen über einen angemessenen didaktischen und pädagogischen Umgang mit den Kindern. Des Weiteren ist die Zusammenarbeit zwischen Schule, Elternhaus und therapeutischen Institutionen zumeist lückenhaft, so daß die in den klinischen Behandlungsleitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften postulierte sog. multimodale Behandlung keine zureichende Anwendung findet. Dieser Beitrag, der sich auf die Ergebnisse einer an einer Kölner Grundschule durchgeführten Intervention zum Umgang mit hyperkinetischen und oppositionellen Problemverhaltensweisen im Unterricht stützt, soll praktische Anhaltspunkte geben für eine erfolgversprechende pädagogische Arbeit. Diese beinhaltet erstens die umfassende Information von Lehrern über das Störungsbild, zweitens die verstärkte Einbindung des Lehrers in den psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsprozeß und drittens die Durchführung geeigneter didaktischer und einfacher pädagogisch-therapeutischer Maßnahmen im Umgang mit hyperkinetischen Kindern.

## 1 Einleitung

Bei der hyperkinetischen Störung bzw. Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) handelt es sich um eine psychische Störung, von der ca. 3-5% aller Schulkinder in ausgeprägter Form betroffen sind (Szatmari et al. 1989). Häufig kommt es erst nach der Einschulung zum Auftreten von ausgeprägten Verhaltensproblemen, da sich die Kernsymptomatik des Störungsbildes mit kognitiver Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörungen und motorischer Unruhe typischerweise in Situationen mit größerer Strukturierung von Denk- und Handlungsprozessen manifestiert. Aktuell erhalten Diskussionen um angemessene pädagogische Strategien im Umgang mit hyperkinetischen Kindern im Unterricht eine zunehmende Bedeutung. Einmal, weil sich Lehrer in immer größerem Ausmaß mit der Thematik konfrontiert sehen, zum anderen, weil die aktuellen, multimodalen Therapiestudien der Einbeziehung der Schule in den Behandlungsprozeß eine wichtige Rolle beimessen.

Allerdings verfügen vor allem Lehrer von Regelschulen häufig nur über unzureichende Kenntnisse bezüglich der theoretischen Grundlagen, der Behandlungsmöglichkeiten und angemessener pädagogischer Interventionen des Störungsbildes. In einer in den Vereinigten Staaten und Kanada durchgeführten jeweils landesweiten Untersuchung an Grundschulen gaben z. B. 99% der befragten Lehrer an, während oder nach ihrer Ausbildung keinerlei Informationen über das Störungsbild erhalten zu haben und auch sonst diesbezüglich nur über geringe Kenntnisse zu verfügen. Zugleich bekundete die Mehrheit ein hohes Interesse an einer Weiterbildung (Jerome et al. 1994). Darüber hinaus gab 86% an, keinen Kontakt zu den mit der Behandlung der Schüler beauftragten Ärzten oder Therapeuten zu haben. Auch andere Arbeiten aus dem angloamerikanischen Raum erbrachten vergleichbare Ergebnisse (Barbaresi u. Olsen 1998; Di Battista u. Shepherd 1993; Kasten et al. 1992; Brook et al. 2000). Sie decken sich mit den von uns gemachten Erfahrungen im klinischen Alltag und in der Fortbildung von Lehrern.

## 2 Interventionsansätze zum Umgang mit hyperkinetischen Störungen in der Schule

Ganz allgemein gilt, daß Interventionsmaßnahmen innerhalb der Klasse die Wahrnehmung des Lehrers bezüglich der Aufmerksamkeitsproblematik des Kindes als auch bezüglich dessen Verhaltensbeurteilung in erheblichem Maße beeinflussen können (Vitaro et al. 1995; Eddowes et al. 1994). Der Erfolg einer Interventionsmaßnahme in der Schulklasse hängt dabei wesentlich davon ab, ob sich das gewählte Verfahren in den Augen des Lehrers als effektiv erwiesen hat und vor allem davon, wie der Lehrer dessen Anwendbarkeit beurteilt (Reimers et al. 1992; Witt u. Elliott 1985). Der Erfahrung nach bringen Lehrer zunächst beträchtliche Einwände gegen die Durchführung von pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen in ihren Unterricht vor: Vor allem Sorge über einen zu hohen Zeitaufwand und vor einem zu starken Eingriff in die Klassen- und Unterrichtsstruktur, aber auch Vorbehalte gegen dem therapeutischen Charakter bestimmter Maßnahmen (Witt 1986). Zeitaufwendige Interventionen werden eher abgelehnt (Pffiffer u. O'Leary 1993; Elliott 1988; Witt et al. 1984a), vor allem dann, wenn sie negative Sanktionen des Schülers beinhalten (Power et al. 1995). Interventionen, die auf eine positive Verstärkung der Bemühungen des Schülers abzielen, werden dagegen deutlich präferiert (Witt et al. 1984b), auch im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung (Epstein et al. 1986; Power et al. 1995). Letztere erfährt dann eine größere Akzeptanz, wenn sie mit verhaltenstherapeutischen Interventionen kombiniert wird (Power et al. 1995).

Wenige Daten existieren bislang über die Effektivität von zumeist verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen im Unterricht und widersprechen zumindest teilweise den bereits angeführten Erwartungen der Lehrer. Zwei häufig genutzte und auch als wirksam beurteilte Maßnahmen stellen Münzverstärkertechniken (Kelley 1990; Pffiffer u. O'Leary 1993) sowie Verstärkerentzugstechniken dar (DuPaul et al. 1992; Rapport et al. 1982). Die größte Effektivität scheint durch eine Kombination positiver Verstärkermaßnahmen unter Einbeziehung von Methoden milder Sanktionen erzielt zu werden (Abramowitz u. O'Leary 1990).

Eine wichtige Bedeutung kommt der Kombination pädagogischer, psychotherapeutischer und medikamentöser Interventionen in Form einer multimodalen Behandlung zu. In jüngster Zeit erbrachten vor allem die Auswertungsergebnisse der MTA Cooperative Group (1999) an mehr als 500 Kindern signifikante Verbesserungen von hyperkinetischen und aggressiven Verhaltensweisen sowohl durch medikamentöse als auch durch verhaltenstherapeutische Interventionen zu Hause und im Unterricht. In Deutschland erzielten Döpfner und Mitarbeiter (Döpfner et al. 2000) im Rahmen der multimodalen Behandlungsstudie COMIS durch den Einsatz von Verstärkertechniken im Unterricht im Lehrerurteil signifikante Verhaltensverbesserungen bei nicht medikamentös behandelten hyperkinetischen Kindern. Allerdings waren die in der Schule nachweisbaren Effekte geringer ausgeprägt als in der Familie.

Bei Jugendlichen wird zudem der Einsatz von Selbstmanagementstrategien als positiv beurteilt (Shapiro et al. 1998), wohingegen kognitive Behandlungsstrategien im Kindesalter den Beweis ihrer Wirksamkeit weitgehend schuldig geblieben sind bzw. nur bei einem relativ hohen Einsatz von Eltern und Lehrern wirksam zu sein

scheinen (Frankel et al. 1997). Eine weitere Möglichkeit zur Implementierung von verhaltensbezogenen Interventionen stellen peer-teaching-Verfahren dar, die sich bezüglich des Sozialverhaltens und der Arbeitsleistung hyperkinetischer Schüler als vielversprechend erwiesen haben (DuPaul et al. 1998). Im deutschsprachigen Raum existieren bislang nur wenige schulbezogene Fort- und Ausbildungsprogramme, die sich speziell mit der Thematik eines angemessenen pädagogischen Umgangs mit hyperkinetischen Kindern und Jugendlichen im Unterricht befassen (z. B. Imhof et al. 2000; Krowatschek 1996).

Nach den von uns in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Schulen, aus den Erfahrungen der täglichen pädagogischen Arbeit in der HEBO-Schule Bonn sowie vor allem basierend auf den Ergebnissen einer über drei Monate durchgeführten pädagogisch-therapeutischen Interventionsstudie an einer Kölner Grundschule, sollen nachfolgend die aus unserer Sicht essentiellen Grundprinzipien erfolgversprechender Interventionen im Regelschulunterricht vorgestellt werden. Die empirischen Ergebnisse der Studie, die von der „Köln-Fortune Stiftung“ mit einem Stipendium gefördert wurde, sind an anderer Stelle veröffentlicht (Breuer et al. 2000; Frölich et al. 2000).

### **3 Beteiligung der Schule an der Diagnostik und Behandlung der hyperkinetischen Störung**

#### *3.1 Beitrag im Rahmen der Diagnostik*

Beide international gebräuchlichen Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling et al. 1994) und DSM-IV (Saß et al. 1996) setzen voraus, daß die Kernsymptome der hyperkinetischen Störung zwar in verschiedener Ausprägung, gleichwohl aber situationsübergreifend, d. h. in verschiedenen Lebensbereichen auftreten müssen. In 50% treten auch komorbide oppositionelle und aggressive Verhaltensauffälligkeiten auf (Jensen et al. 1997). Sowohl für die Kernsymptome als auch für die häufig begleitenden Sozialverhaltensprobleme gilt, daß die Schule aufgrund ihrer immanenten Arbeits- und Leistungsstrukturen sowie ihrer Konstituierung in Gruppen von Gleichaltrigen ein Manifestationsfeld ersten Ranges für das Störungsbild darstellt. Der mit der Diagnose beauftragte Arzt oder Psychotherapeut ist somit nur bei einer ausführlichen Befragung des Lehrers in der Lage, die an ihn herangetragene Fragestellung zufriedenstellend zu beantworten. Als diagnostischer Standard kommt hierbei ein klärendes Telefongespräch in Form eines halbstrukturierten Interviews in Frage oder, noch besser, ein gemeinsamer Gesprächstermin mit dem Lehrer (und den Eltern). Ein Mindestmaß an Information stellen Lehrerfragebögen dar (z. B. Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, TRF; Arbeitsgruppe Child Behavior Check List CBCL 1993 oder der Fremdbeurteilungsbogen bei Hyperkinetischen Störungen FBB-HKS, Döpfner u. Lehmkuhl 2000) dar. Diagnostische Berücksichtigung muß daneben aber auch finden, daß die hyperkinetische Störung in 10-25% der Fälle mit begleitenden Lern- und Teilleistungsstörungen einhergeht (Taylor et al. 1991; Semrud-Clikeman et al. 1992), so daß die

Auskunft des Lehrers über das Leistungsprofil des Kindes einen weiteren wichtigen Bestandteil im Rahmen der Diagnostik darstellt. Hieraus können sich wichtige Anhaltspunkte ergeben für eine weiterführende (differentielle) Leistungsdiagnostik.

### 3.2 Beitrag zum psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlungsprozeß

Bei der Einbindung des Lehrers in den Behandlungsprozeß des Kindes sind drei Gesichtspunkte von essentieller Bedeutung: 1. die Herstellung einer tragfähigen Kooperation zwischen Elternhaus, Schule und Therapeuten, 2. die kontinuierliche Information des Lehrers über Inhalte und den Fortgang der Behandlung als auch umgekehrt die Information des Therapeuten über Fort- oder auch z. T. Rückschritte des Kindes in der Schule sowie 3. die Beteiligung des Lehrers bei der Initiierung einer medikamentösen Behandlung des Kindes mit Psychostimulanzien.

1. Die schulische Situation von hyperkinetischen Kindern ist häufig gekennzeichnet durch gegenseitige Schuldvorwürfe von Eltern und Lehrern hinsichtlich erzieherischer Versäumnisse und Fehlleistungen. Eine erfolversprechende pädagogische und therapeutische Arbeit zum Wohl des Kindes ist dagegen nur möglich, wenn sich bei Eltern und Lehrern ein einvernehmliches Problembewußtsein entwickelt und sich die oft mangelhafte Kommunikation zwischen beiden Seiten intensiviert. Zum Mindeststandard der Zusammenarbeit gehören regelmäßige Telefongespräche zwischen Eltern und Lehrern über den aktuellen Leistungsstand und das Verhalten des Kindes. Als sinnvoll erweisen sich Absprachen, die Hausaufgabenbewältigung gewährleisten sowie Vereinbarungen über den Umgang mit dem Kind bei Regelverletzungen (Döpfner et al. 2000b; Swanson et al. 1999).

2. Psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen erhalten eine höhere Wirksamkeit, wenn sie entweder im natürlichen Lebensfeld des Kindes durchgeführt werden oder zumindest deren Anwendung durch das Kind entsprechende positive Verstärkung seitens der Lehrer oder Eltern erfährt (Döpfner et al. 2000a). Frölich und Mitarbeiter (2002) erzielten z. B. mit einem Selbstinstruktionstraining situationsübergreifend sowohl zu Hause als auch in der Schule signifikante Verbesserungen der Kernsymptome, weil die Lehrer sowohl über die Zielsetzung als auch die Inhalte der Behandlungsform ausführlich aufgeklärt wurden und deshalb Selbstinstruktionen des Kindes im Unterricht fördern konnten. Umgekehrt wird eine nicht ausreichende Einbeziehung des Lehrers in die Behandlungsinhalte bei diesem Widerstände erzeugen, die die Fortschritte des Kindes entscheidend behindern können.

3. Die Behandlung hyperkinetischer Kinder mit Psychostimulanzien hat bei 70-95% der Fälle eine gute bis sehr gute Wirkung erbracht (MTA Cooperative Group 1999; Döpfner et al. 2000a). Allerdings erscheinen solch eindrucksvolle Effekte nur dann zu erzielen zu sein, wenn bei jedem einzelnen Kind eine optimale Dosis-Wirkungsrelation ermittelt wird, da die Wirkung der Substanzgruppe interindividuell stark unterschiedlich ausgeprägt sein kann (Rapport u. Denney 1997). Das hierzu verwendete Verfahren der sog. Titrierung setzt voraus, daß seitens des Lehrers über die Phase der 4-6wöchigen Austestung hinweg eine kontinuierliche und spezifische Rückmeldung erfolgt. Darüber hinaus schließt die Austestphase auch das Beobachten von Nebenwirkungen ein, was in Einzelfällen zum Abbruch der Behandlung

führen kann. Zur Durchführung einer solchen Austestung wurden spezifische Verfahren entwickelt (Döpfner et al. 2000a).

## 4 Interventionen in der Schule

### 4.1 *Arbeitsvoraussetzungen des Kindes für Interventionen im Unterricht*

Die Darstellung von didaktischen und pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen innerhalb des Unterrichts erfordert zunächst einige theoretische Betrachtungen der neuropsychologischen Konzepte des Störungsbildes. Es ist anzunehmen, daß die bei hyperkinetischen Kindern anzutreffenden Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle nicht einer einzigen dysfunktionalen neuroanatomischen Struktur oder neuropsychologischen Funktion zuzuweisen sind. Vielmehr können verschieden Ebenen der Informationsverarbeitung betroffen sein, deren gemeinsame Endstrecke die klinische Symptomatik bildet mit Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefiziten und Impulsivität. Momentan werden mehrere wissenschaftliche Modelle von Informationsverarbeitungsdefiziten favorisiert: Erstens Modelle, die eine primäre Dysfunktion des dopaminergen Transmittersystems postulieren mit nachfolgender Beeinträchtigung der selektiven Aufmerksamkeit und der motorischen Handlungskontrolle; zweitens Modelle die vor allem auf ein Defizit des „Aufsteigenden Aktivierenden Retikulären Systems“ (ARAS) und von in die Aufmerksamkeitssteuerung involvierten Kerngebieten fokussieren (Aston-Jones u. Bloom 1981), drittens Theorien, die eine Dysfunktion vor allem der exekutiven Handlungskontrolle (sog. Reaktionsdisinhibition) annehmen (Barkley 1997). Und schließlich viertens die, die genannten Konzepte zusammenfassende Theorien, wie das kognitiv-energetische Modell von Sergeant (2000), demzufolge die zugrundeliegenden Defizite auf drei verschiedenen Ebenen verursacht werden können: (1) Auf der Ebene der zentralnervösen Aktivierung (sog. Arousal- Funktion), (2) auf der Ebene der Informationsverarbeitung und (3) auf der Ebene der exekutiven Handlungsfunktion.

Pädagogische und didaktische Maßnahmen im Schulunterricht sollten diesen neuropsychologischen Voraussetzungen Rechnung tragen:

1. durch die Erzeugung eines angemessenen Aktivierungsniveaus während des Unterrichts, die weder einen Über- noch Unterreizung des hyperkinetischen Kindes zuläßt;
2. durch die Kanalisierung des motorischen Bewegungsdrangs der Kinder mittels eines zureichenden Wechsel von Phasen körperlicher Betätigung und Ruhe; des weiteren muß
3. berücksichtigt werden, daß bei Hyperkinetikern auf der Handlungsebene keine zureichende Verzögerung zwischen Reizstimulus und der darauf folgenden Reaktion zustande gebracht werden kann und somit kein Abgleich von zufließenden Informationen mit bereits im Arbeitsgedächtnis vorhandenen „Handlungsskripten“ möglich ist. Zudem ist die Fähigkeit zum „inneren sprachlichen Dialog“ mit sich selbst beeinträchtigt, weshalb das eigene Verhalten nicht zufriedenstellend kontrolliert werden kann und problemlösendes Denken behindert



wird. Schließlich ist die Fähigkeit zur Analyse und Resynthese von Informationen defizitär ist und in der Folge auch das Verständnis komplexerer Sachzusammenhänge (Barkley 1997). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die auf der Handlungsebene vorliegenden neuropsychologischen Voraussetzungen mit den korrespondierenden schulischen Leistungsproblemen.

Tab. 1: Auswirkungen neuropsychologischer Dysfunktion auf die Handlungsebene bei hyperkinetischen Störungen

	Denkfunktionen mit Arbeitsgedächtnis und Fähigkeit zu „innerer Sprache“	Regulation von Aufmerksamkeit, Affekten und Motivation	Motorische Aktivität
<b>Handlungsebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mangelhafte zeitliche Organisation von Verhalten;</li> <li>– defizitäres Verständnis komplexer Sachverhalte;</li> <li>– mangelhafte Antizipation von Handlungssequenzen und -folgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kurze Aufmerksamkeitsspanne mit erhöhter Ablenkbarkeit;</li> <li>– geringer Aufschub von Bedürfnissen, v. a. von positiver Verstärkung;</li> <li>– emotionale Instabilität mit über schießenden Reaktionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sitzunruhe, Bewegungsdrang, unkoordinierte Bewegungsabläufe mit Verletzungsgefahr</li> </ul>
<b>Schulische Fertigkeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Defiziente inhaltliche und zeitliche Strukturierung von (Haus-)aufgabenstellungen;</li> <li>– Fehleinschätzungen von Konflikten im Sozialverhaltensbereich und unangemessene Wahl von Konfliktlösungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geringes Durchhaltevermögen bei anhaltenden, monotonen und geringer ex- und intrinsischer Motivation beinhaltenden Aufgabenstellungen;</li> <li>– Unterrichtsunterbrechungen durch ungebremste Gedanken- und Handlungseinwürfe;</li> <li>– problematisches, aufbrausendes Verhalten gegenüber Kritik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aufstehen im Unterricht mit Unterbrechungen der eigenen Arbeit und der der Schülergruppe; Verletzungsgefahr in Schulpausen</li> </ul>

#### 4.2 Didaktisch-präventive Maßnahmen zum Umgang mit hyperkinetischen Kindern im Unterricht

In der schulpädagogischen Arbeit mit dem Kind müssen diese Voraussetzungen der Denk- und Handlungsabläufe in Rechnung gestellt und die vorhandenen Defizite in geeigneten didaktischen Maßnahmen abgemildert oder kompensiert werden. Die Schwierigkeit liegt allerdings darin, hierbei einerseits den curricularen Anforderungen einer Regelschule gerecht zu werden, sowie andererseits einen möglichst individuellen Umgang mit dem hyperkinetischen Kind in den Gruppenkontext der Schulklasse zu integrieren. Aus diesem Grund bietet sich zunächst die Auswahl didaktisch-präventiver Maßnahmen an, die prinzipiell für alle Schüler im Unterricht Anwendung finden können, die aber zugleich dazu geeignet sind, insbesondere die Ausdauer- und Konzentrati-

onsfähigkeit des hyperkinetischen Kindes zu erhöhen, seine Ablenkbarkeit vermindern, es darin zu unterstützen, auch komplexe Aufgabenstellungen reflektierter zu bearbeiten und schließlich die ihm eigene motorisch Hyperaktivität angemessen zu kanalisieren.

In Tabelle 2 sind diesbezüglich zehn handlungsanleitende Regeln formuliert, die als Leitsätze für die Unterrichtsführung betrachtet werden können. Nach den Erfahrungen aus der von uns durchgeführten Intervention sollte gerade dieser Komplex in kleinen Gruppen von Lehrerkollegen durchgeführt werden, aus dem sich ein gewinnbringender gegenseitiger Erfahrungsaustausch entwickeln kann.

*Tab.2: Didaktische Leitsätze zum Unterricht mit hyperkinetischen Schülern im Unterricht*

---

**1. Gestalten Sie Ihren Unterricht so stimulierend wie möglich!**

Vermeiden Sie so gut wie möglich Aufgaben mit geringer extrinsischer oder intrinsischer Reizintensität, da hierdurch Aufmerksamkeitsprobleme beim Schüler vorprogrammiert sind. Versuchen Sie, das Reizniveau v. a. bei wichtigen Aufgabenstellungen oder Anweisungen gezielt anzuheben, um sich der Aufmerksamkeit des/der Schüler(s) zu versichern.

**2. Binden Sie den Schüler aktiv in Ihren Unterricht ein!**

Richten Sie vornehmlich Fragen an den Schüler, die eine aktive Antwort seinerseits hervorruft. Hiermit erhöhen Sie seine Aufmerksamkeit.

**3. Führen Sie komplexe Aufgabenstellungen auf ihre wichtigsten Kernanforderungen zurück!**

Geben Sie einfache, klare und verständliche Anweisungen an den Schüler. Verwenden Sie kurze Sätze, wenn Sie den Schüler ansprechen. Geben Sie möglichst plastische Beispiele für Ihre Fragestellungen. Lassen Sie den Schüler Ihre Frage oder Anweisung unbedingt wiederholen, um sicher zu gehen, daß er sie verstanden hat.

**4. Entwickeln Sie möglichst viele Verhaltensroutinen für den Schüler!**

Denken Sie daran, daß Routinen für den Schüler hilfreich sind, um morgens den Unterricht aufmerksam und strukturiert beginnen zu können, aber auch während des Unterrichts. Legen Sie zum Beispiel mit dem Schüler zusammen ganz konkret fest, welche Schritte er zu absolvieren hat, vom Betreten des Klassenzimmers am Morgen bis zum Beginn des Unterrichts.

**5. Geben Sie stets eine unmittelbare und eindeutige Rückmeldung auf Beiträge des Schülers oder Verhaltensweisen während des Unterrichts und loben Sie auch kleine Fortschritte!**

Sprechen Sie den Schüler immer mit dem Namen direkt an und halten Blickkontakt zu ihm. Benennen Sie in knappen Worten Ihre Einschätzung seiner Antwort. Sie sollten bereits positive Verhaltensansätze oder korrekte Teilantworten loben. Kritisieren Sie in sachlicher Form falsche Antworten oder den Unterricht störende Verhaltensweisen.

**6. Planen Sie voraus für kritische Unterrichtsübergänge!**

Übergänge von einer zur anderen Aktivität (z. B. von der Pause in den Unterricht) sind kritische Punkte für eine erhöhte Ablenkbarkeit des Schülers. Fokussieren Sie Ihre Aufmerksamkeit v. a. auf diese Übergänge. Besprechen Sie mit dem Schüler im voraus seine an diesen Stellen immer wieder auftretenden Verhaltensprobleme und legen Sie mit Ihm konkret fest, wie diese Situation von ihm bewältigt werden kann (z. B. gleich nach dem ersten Pausenklingeln zurück an den Platz gehen, sich hinsetzen, den Arbeitsplatz frei räumen und nur die für die nächste Unterrichtsstunde benötigten Materialien hervorholen).

---

 Tab.2: Didaktische Leitsätze zum Unterricht mit hyperkinetischen Schülern im Unterricht
 

---

### 7. Wählen Sie den richtigen Arbeitsplatz für den Schüler!

Setzen Sie den Schüler niemals in einen Teil des Klassenzimmers, in dem Sie sein Verhalten nicht unmittelbar kontrollieren können oder in dem er einer erhöhten Ablenkbarkeit ausgesetzt ist (z. B. Platz am Fenster mit Blick auf den Pausenhof). Setzen Sie ihn auch niemals neben ein anderes Kind mit (ähnlichen) Verhaltensproblemen. Der beste Arbeitsplatz ist in unmittelbarer Nähe zum Lehrer, an dem Sie die Möglichkeit haben, durch vereinbarte Zeichen, Blickkontakt oder Legen der Hand auf die Schulter des Schülers sein (Stör-)Verhalten unmittelbar zu unterbrechen.

### 8. Helfen Sie dem Schüler, sich selbst zu organisieren!

Leiten Sie den Schüler darin an, seine Arbeit besser zu organisieren, indem Sie ihn z. B. beauftragen, sich Erinnerungskärtchen zu schreiben („Ich höre mir die Aufgabenstellung des Lehrers zunächst an. Danach gehe ich Schritt für Schritt vor. Am Ende überprüfe ich nochmals, ob ich alles richtig gemacht habe.“). Sorgen Sie dafür, daß der Schüler ein Hausaufgabenheft führt, das er Ihnen und der Mutter jeden Tag vorlegen muß. Halten Sie trotzdem für alle Fälle immer Ersatzmaterial bereit, falls der Schüler wichtige Arbeitsutensilien vergessen haben sollte. Hiermit vermeiden Sie unnötige Reibungsverluste während Ihres Unterrichts.

### 9. Setzen Sie zusammen mit allen Schülern allgemeingültige Regeln gegen Störverhalten während des Unterrichts fest und verbinden Sie diese mit sofortigen Konsequenzen!

Diskutieren Sie mit der gesamten Klasse angemessene Regeln für einen störungsfreien Ablauf des Unterrichts und legen Sie nachfolgend die vier wichtigsten (zwei zum Sozialverhalten, zwei zum Arbeitsverhalten) als verbindlich für alle Schüler fest. Verbinden Sie die Regeln immer mit angemessenen und möglichst sofort ausführbaren Sanktionen bei Regelverstößen. Lassen Sie die Regeln durch die Klasse auf ein Poster schreiben und befestigen Sie dieses für alle gut leserlich über der Tafel. Versuchen sie einmal pro Woche mit den Schülern über das Ge- oder Mißlingen des Regelverhaltens zu sprechen und wandeln Sie Regeln eventuell ab.

### 10. Kanalisieren Sie den Bewegungsdrang des Schülers!

Versuchen Sie, den Bewegungsdrang des Kindes in sinnvolle Tätigkeiten einzubinden, z. B., ihm bestimmte Arbeiten im Stehen zu gestatten und in der Pause für angemessene Bewegung zu sorgen.

---

## 4.3 Pädagogisch-therapeutische Interventionen im Unterricht

Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen im Unterricht bei hyperkinetischen Kindern wurde mehrfach nachgewiesen. Die praktische Erfahrung zeigt allerdings, daß Lehrer beträchtliche Schwierigkeiten damit haben, Verstärkersysteme für einzelne Kinder in den Regelschulunterricht zu implementieren. Einmal, weil sie der Ansicht sind, eine Sonderbehandlung des Schülers gegenüber der Klasse nicht vertreten zu können, zum anderen, weil sie sich durch den damit verbundenen Mehraufwand an Arbeit überfordert fühlen. Schließlich wird eingewandt, daß die innerhalb der Schule zur Verfügung stehenden Verstärkermöglichkeiten eingeschränkt sind.

Als aus unserer Sicht praktikabel hat sich deshalb die Verbindung von Verstärkertechniken mit einer Einbeziehung des Elternhauses erwiesen. Hierfür eignen sich sog. *Tagesbeurteilungen von der Schule* (Döpfner et al. 1998). Zusammen mit den Eltern werden hierbei maximal drei bis vier für das Kind individuell relevante Pro-

blemverhaltensweisen im Unterricht formuliert und korrespondierend hierzu konkrete Verhaltensziele festgesetzt (z.B. „Ich schaffe es auch noch in der letzten Schulstunde, aufmerksam zu bleiben“). Das Kind muß nach Ende der Schulstunde oder des Vormittags seine Tagesbeurteilung dem Lehrer vorlegen, der die Qualität der Leistung einschätzt und eine zuvor festgelegte Punktzahl vergibt. Das Kind kann nachfolgend unter Vorlage der Tagesbeurteilung zu Hause je nach Umsetzung der Verhaltensziele im Unterricht seine erreichten Punkte in einen Verstärker eintauschen. Diese Methode erweist sich aus mehreren Gründen als vorteilhaft: Der Lehrer fühlt sich nicht zu einer Sonderbehandlung des Kindes gezwungen. Die Kooperation zwischen Schule und Elternhaus sowie regelmäßige Informationen über das Verhalten und den Leistungsstand des Kindes wird erkennbar gestärkt und schließlich kann zu Hause aus einer Vielfalt von Verstärkern ausgewählt werden, was die Attraktivität des Systems für den Schüler erhöht.

Unter dem Gesichtspunkt einer potentiellen Überlastung des Lehrers durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen im Unterricht bieten sich Elemente des *Peer Teachings* als eine weitere sinnvolle Alternative an, d.h., daß nicht ein einzelner Schüler sondern die gesamte Klasse oder eine Schülergruppe für eine bestimmtes Zielverhalten verstärkt wird (Kohler u. Strain 1990). Nach unserer Erfahrung kann vor allem die Bildung von Schülerpaaren, die gemeinsam einen Arbeits- oder Verhaltensauftrag erhalten, als wirksam erachtet werden. Ein positiver Nebeneffekt der Maßnahme kann darin gesehen werden, daß der hyperkinetische Schüler hierdurch die Möglichkeit erhält, sich aus seiner häufig beobachteten sozialen Isolation innerhalb des Klassenverbandes zu befreien. Bei der von uns präferierten Methode des Peer-Teachings wird dem hyperkinetischen Schüler ein verhaltensunauffälliges Kind als Partner zur Seite gestellt, wobei die gegenseitige Akzeptanz eine Grundvoraussetzung darstellt. Nachfolgend erhält das Paar einen oder zwei Aufträge, z. B. sich gegenseitig an die Hausaufgaben zu erinnern oder sich auf die Einhaltung von zuvor vereinbarten Verhaltensweisen bei Auftreten von Konflikten aufmerksam zu machen. Die Qualität der erbrachten Leistung wird abschließend zu fest vereinbarten Zeitpunkten vom Lehrer eingeschätzt und es kann hierfür auch eine Verstärkervergabe erfolgen.

## 5 Resümee

Als Resümee kann aufgrund der von uns gemachten Erfahrungen festgestellt werden, daß die Bereitschaft von Regelschullehrern zur Teilnahme an intensivierten, regelmäßig über einen bestimmten Zeitraum durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen stark ausgeprägt ist.

Konzeptuell haben sich aus unserer Sicht intensive Informationen zum Störungsbild einschließlich bewährter Behandlungskonzepte sowie die stärkere Einbeziehung der Lehrer in den diagnostischen und therapeutischen Prozeß durch regelmäßige Kontakte mit den Therapeuten als effektiv erwiesen. Des weiteren kommt der verstärkten Kooperation zwischen Schule und Elternhaus eine wichtige Bedeutung zu. Im Unterricht haben sich vor allem gezielte didaktische Maßnahmen sowie ein-

fach durchführbare verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen als praktikabel und effektiv erwiesen.

Nicht zuletzt ist auch die in Gang kommende verstärkte Kommunikation innerhalb von Lehrerkollegien im Hinblick auf einen Erfahrungsaustausch über das eigene Handlungsrepertoire sowie das Aufstellen gemeinsamer Handlungsprinzipien als gewinnbringend zu erachten.

## Literatur

- Abramowitz, A. J.; O'Leary, S. G. (1990): Effectiveness of delayed punishment in an applied setting. *Behavior Therapy* 21: 231-239.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993): Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Aston-Jones, G. Bloom, F.E. (1981): Norepinephrine-containing locus coeruleus neurons in behaving rats exhibit pronounced responses to non-noxious environmental stimuli. *J. Neuroscience* 1: 876-886.
- Barbareasi, W.J.; Olsen, R.D. (1998): An ADHD educational intervention for elementary school teachers: A pilot study. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 19: 94-100.
- Barkley, R.A. (1997): Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 121: 65-94.
- Breuer, D.; Frölich, J.; Döpfner, M. (2000): Die Wirksamkeit von Interventionen in der Schule bei Kindern mit hyperkinetische und oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten. Postervortrag; 42. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 24.-28.9. 2000, Jena.
- Brook, U.; Watemberg, N.; Geva, D. (2000): Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Education and Counseling* 40: 247-252.
- DiBattista, D.; Shepherd, M.L. (1993): Primary school teacher's beliefs and advice to parents concerning sugar consumption and activity in children. *Psychological Reports* 72: 47-55.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel 5 (F). Forschungskriterien. Bern: Huber.
- Döpfner, M.; Schürmann, S.; Frölich, J. (1998): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2000): Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD 10 und DSM IV (DISYPS-KJ), 2., korr. u. erg. Aufl. Bern: Huber.
- Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G. (2000a): Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M.; Schürmann, S.; Lehmkuhl, G. (2000b): Wackelpeter & Trotzkopf, 2., überarb. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- DuPaul, G. J.; Ervin, R. A.; Hook, C. L.; McGoey, K. E. (1998): Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis* 31: 579-92.
- DuPaul, G. J.; Guevremont, D. C.; Barkley, R. A. (1992): Behavioral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in the classroom. *Behavior Modification* 16: 204-225.
- Eddowes, E. A.; Aldridge, J.; Culpepper, S. (1994): Primary teacher's classroom practices and their perceptions of children's attention problems. *Perceptual and Motor Skills* 79: 787-790.
- Elliott, S. N. (1988): Acceptability of behavioral treatments. Review of variables that influence treatment selection. *Professional Psychology: Research and Practice* 19: 68-80.

- Epstein, M.H.; Matson, J.L.; Repp, A.; Helsel, W.J. (1986): Acceptability of treatment alternatives as a function of teacher status and student level. *School Psychology Review* 15: 84-90.
- Frankel, F.; Myatt, R.; Cantwell, D.P.; Feinberg, D.T. (1997): Parent-assisted transfer of children's social skill training: Effects on children with and without Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 1056-1064.
- Frölich, J.; Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2002): Effects of combined behavioral treatment with parent management training in ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 30: 111-115.
- Frölich, J.; Döpfner, M.; Breuer, D.; Lehmkuhl, G. (2000): Effects of a teacher training on classroom behavior of children with attentional and disruptive symptoms (zur Veröffentlichung eingereicht).
- Imhof, M.; Skrodzki, K.; Urzinger, M.S. (2000): *Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht*. Donauwörth: Auer.
- Jensen, P.S.; Martin, D.; Cantwell, D.P. (1997): Comorbidity in ADHD for research, practice, and DSM IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 1065-1079.
- Jerome, L.; Gordon, M.; Hustler, P. (1994): A comparison of american and canadian teacher's knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry* 39: 563-567.
- Kasten, E.F.; Coury, D.L.; Heron, T.E. (1992): Educator's knowledge and attitudes regarding stimulants in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 13: 215-219.
- Kelley, M.L. (1990): *School-home notes: Promoting Children's classroom success*. New York, N.Y.: Guilford.
- Kohler, F.W.; Strain, P.S. (1990): Peer-assisted interventions: Early promises, notable achievements, and future aspirations. *Clinical Psychology Review* 10: 441-452.
- Krowatschek, D. (1996): *Überaktive Kinder im Unterricht*. Dortmund: Borgmann.
- MTA Cooperative Group (1999): A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit / hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 56: 1073-1086.
- Pfiffner, L.J.; O'Leary, S.G. (1993): School based psychological treatments. In: Matson, J.L. (Hg.): *Handbook of Hyperactivity in Children*, Kap. 12. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Power, T.J.; Hess, L.E.; Bennett, D.S. (1995): The acceptability of interventions for attention-deficit hyperactivity disorder among elementary and middle school teachers. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 16: 238-243.
- Rappoport, M.D.; Denney, D. (1997): Titrating methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Is body mass predictive of clinical response? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 523-530.
- Rappoport, M.D.; Murphy, A.; Bailey, J.S. (1982): Ritalin versus response cost in the control of hyperactive children: a within subject comparison. *Journal of Applied Behavior Analysis* 15: 205-216.
- Reimers, T.M.; Wacker, D.P.; Cooper, L.J., DeRaad, A.O. (1992): Acceptability of behavioral treatments for children: analog and naturalistic evaluation by parents. *School Psychology Review* 21: 628-643.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (1996): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Semrud-Clikeman, M.; Biederman, J.; Sprich-Buckminster, S.; Krifcher Lehrmann, B.; Faraone, S.V.; Norman, D. (1992): Co-morbidity between ADHD and learning disability: a review and report in a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31: 439-448.
- Sergeant, J. (2000): The cognitive-energetic model: An empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavior* 24:7-12.
- Shapiro, E.S.; DuPaul, G.J.; Bradley-Klug, K.L. (1998): Self-management as a strategy to improve the classroom behavior of adolescents with ADHD. *Journal of Learning Disabilities* 31: 545-555.

- Swanson, J.; Lerner, M.; March, J.; Gresham, F.M. (1999): Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools. Lessons from the MTA study. *Pediatric Clinics of North America* 46: 993-1009.
- Szatmari, O.; Offord, D.R.; Boyle, M.H. (1989): Ontario Health Study: Prevalence of attention-deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30: 219- 230.
- Taylor, E.; Sandberg, S.; Thorley, C.; Giles, G. (1991): *The epidemiology of childhood Hyperactivity*. New York: Oxford University Press.
- Vitaro, F.; Tremblay, R.E.; Gagnon, C. (1995): Teacher ratings of children's behaviors and teacher's management styles: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36: 887-898.
- Witt, J.C. (1986). Teacher's resistance to the use of school- based interventions. *Journal of School Psychology* 24: 37-44.
- Witt, J.C.; Martens, B.K.; Elliott, S.N. (1984a): Factors affecting teacher's judgements of the acceptability of behavioral interventions: Time involvement, problem severity, and type of intervention. *Behavior Therapy* 15: 204-209.
- Witt, J.C.; Elliott, S.N.; Martens, B.K. (1984b): Acceptability of behavioral interventions used in classrooms : The influence of amount of teacher time, severity of behavior problem, and type of intervention. *Behavior Disorders* 9: 95-104.
- Witt, C.; Elliott, S.N. (1985): Acceptability of classroom intervention strategies. In: Kratchowill, T.R. (Hg.): *Advances in school psychology*, Vol. IV, Kap. 7. Hillsdale, N.Y.: Erlbaum.

Anschrift für die Verfasser: Dr. med. Dr. paed. Jan Frölich, Sophienstr. 7, 76530 Baden-Baden.