

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG**  
**FAKULTÄT LIFE SCIENCE**  
**STUDIENGANG GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN**

Ergotherapeutische Wirkungspotenziale in der Vorschulsozialisation im Themenfeld AD(H)S  
*Bachelorthesis*

---

**Vorgelegt von :**

Dorle Hoffmann

Matrikelnummer: 2051380

Betreuende Prüfende: Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Christine Färber (HAW Hamburg)

Zweite Prüfende: Aisha Meriel Boettcher (HAW Hamburg)

**Ort und Datum der Abgabe :** Hamburg den 08.06.2014

## Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ABSTRACT</b>   | <b>2</b>  |
| <b>ABBILDUNGS – UND TABELLENVERZEICHNIS:</b>  | <b>3</b>  |
| <b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS:</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1. EINLEITUNG</b>  | <b>4</b>  |
| <b>2. METHODIK</b>  | <b>6</b>  |
| <b>3. SOZIALISATION</b>   | <b>8</b>  |
| 3.1    UMWELTTHEORIE VS. SOZIALBIOLOGIE   | 8         |
| 3.2    WAS IST SOZIALISATION?   | 9         |
| 3.3    FAMILIALE SOZIALISATION (PRIMÄRE SOZIALISATION)                                  | 11        |
| 3.3.1 <i>Der Einfluss von Familienstrukturen</i>  | 12        |
| 3.4    LEBENSLAGE UND SOZIALISATION   | 15        |
| 3.4.1 <i>Soziale Ungleichheit und ihr Einfluss auf den „Schonraum Kindheit“</i>         | 16        |
| 3.4.2 <i>Mediale Sozialisation und ihr vorkommen als schichtspezifisches Merkmal</i>    | 17        |
| 3.5    SOZIALISATION DURCH VORSCHULISCHE BILDUNGSEINRICHTUNGEN                          | 20        |
| 3.6    PERSONALE UND SOZIALE RESSOURCEN UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DIE LEBENSBEWÄLTIGUNG | 22        |
| <b>4. DIE ADHS DIAGNOSE</b>   | <b>23</b> |
| 4.1    ADHS UND DIE URSACHEN  | 25        |
| 4.2    DIAGNOSTIK UND DIFFENTIALDIAGNOSTIK VON ADHS                                     | 28        |
| 4.3    AD(H)S BEI VORSCHULKINDERN   | 31        |
| 4.4    BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN   | 32        |
| <b>5 ERGOTHERAPIE BEI AD(H)S</b>  | <b>35</b> |
| 5.1    WAS IST ERGOTHERAPIE?  | 35        |
| 5.2.1 <i>Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)</i>                          | 36        |
| 5.2.2 <i>Model of Human Occupation (MOHO)</i>   | 37        |
| 5.3    ERGOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSANSÄTZE BEI AD(H)S                                 | 38        |
| 5.3.1 <i>Sensorische Integration</i>  | 39        |
| 5.3.2 <i>Psychoedukation am Beispiel des Ergotherapeutischen Elterntrainings (ETET)</i> | 40        |
| 5.3.3 <i>Systemorientierte Ansätze</i>  | 41        |
| 5.4    ERGOTHERAPEUTISCHES TRAININGSPROGRAMM BEI ADHS (ETP-ADHS NACH BRITTA WINTER)     | 43        |
| 5.5    ERGOTHERAPEUTISCHE WIRKUNGSPOTENZIALE BEI KINDERN MIT AD(H)S                     | 45        |
| <b>6 ERGEBNISSE</b>   | <b>47</b> |
| <b>7 DISKUSSION</b>   | <b>52</b> |
| <b>8 FAZIT UND AUSBLICK</b>   | <b>56</b> |
| <b>QUELLENVERZEICHNIS</b>   | <b>57</b> |
| <b>ANHANG</b>   | <b>63</b> |
| KRITERIEN DER HYPERKINETISCHEN STÖRUNG NACH ICD-10                                      | 63        |
| KLINISCHE KRITERIEN DER ADHS NACH DSM V   | 65        |
| <b>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</b>  | <b>66</b> |

## **Abstract**

**Hintergrund:** Kurz nach der Einschulung bekommen besonders viele Kinder die Diagnose AD(H)S. Ergotherapie wird in der Praxis bei zirka 10 % der AD(H)S Kinder verordnet und angewendet. In den Behandlungsrichtlinien der AD(H)S ist Ergotherapie aber nur im stationären Setting vorgesehen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Zusammenhängen der Erkrankung AD(H)S und den ambulanten ergotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung. Weiterhin werden Aspekte der Sozialisation durch die Familie einbezogen, da diese vor der Einschulung als wichtigster Sozialisationsfaktor gilt.

**Methodik:** Mittels einer unsystematischen Literaturrecherche fand eine Annäherung an die Thematik statt. Daraufhin wurden Suchkategorien gebildet, anhand derer eine systematische Literaturrecherche erfolgte. Als Literaturquellen wurden wissenschaftliche- und universitäre Datenbanken sowie Internetsuchmaschinen verwendet.

**Ergebnisse:** Im Laufe der Ausarbeitung zeigten sich verschiedene Parameter, die während der vorschulischen Sozialisation positive und negative Einflüsse auf die Entwicklung eines Kindes ausüben können. Des Weiteren wurde herausgearbeitet, dass die Erkrankung AD(H)S nur durch eine multifaktorielle Konstellation verursacht werden kann. In der üblichen Behandlung der AD(H)S sind eine Psychoedukation sowie Familieninterventionen vorzunehmen, bevor ein Kind medikamentös behandelt wird. Dies ist jedoch häufig nicht der Fall. An dieser Stelle kann Ergotherapie einen Platz im multimodalen Behandlungskonzept einnehmen. Dazu gibt es verschiedene ergotherapeutische Behandlungsansätze, die individuell anzuwenden sind. Diese sind in der Lage die Symptomatik einer AD(H)S sowie die familiären Interaktionsschwierigkeiten, die oftmals mit der Erkrankung einhergehen können, zu lindern

**Schlussfolgerung:** Die Diagnostik der AD(H)S im Vorschulalter gestaltet sich durch entwicklungsbedingte Schwankungen schwierig. Präventive Ansätze, die die Manifestation der Erkrankung verhindern könnten, werden in diesem Themenfeld nahezu vernachlässigt. Im Gegensatz dazu wird enormer Forschungsaufwand betrieben, um die medizinischen Ursachen der Störung zu identifizieren. Dies stellt ein Missverhältnis dar, welches überdacht werden sollte. Durch frühere Diagnostik und Therapie könnten die betroffenen Kinder bereits besser vorbereitet in den Schulalltag starten. Hierbei kann auch Ergotherapie mitwirken. Bezüglich der zielgerichteten Wirkung von Ergotherapie bei AD(H)S gibt es wenige wissenschaftliche Studien. Lediglich durch die Verordnungshäufigkeit kann die Wirksamkeit der Ergotherapie nicht erwiesen werden. Dies wird auch durch andere Berufsgruppen bemängelt. Es sollten mehr wissenschaftliche Studien durchgeführt werden, die die Relevanz der Ergotherapie in diesem Themenfeld unterstreichen.

**Schlüsselwörter:** AD(H)S, familiäre Sozialisation, Ergotherapie bei AD(H)

### **Abbildungs – und Tabellenverzeichnis:**

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tab. 1      | Themenbezogene Kategorien mit dazugehörigen Suchbegriffen die zur systematischen Literaturrecherche verwendet wurden. | 7  |
| Abbildung 1 | Kanadisches Modell der Betätigungsperformance (CAOT, o.J.)  | 37 |
| Abbildung 2 | Komplexe Beziehungen zwischen den Faktoren, die eine Alltagsbewältigung ermöglichen (Arasin & Winter, 2007)           | 44 |

### **Abkürzungsverzeichnis:**

|          |  |
|----------|--|
| CMOP     | Canadian Model of Occupational Performance   |
| COPM     | Canadian Occupational Performance Measure  |
| DGKJP    | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. |
| ETP-ADHS | Ergotherapeutisches Trainingsprogramm bei ADHS   |
| GEK      | Gmünder Ersatzkasse  |
| HAT      | Handlungsorientierte Aufmerksamkeitstraining   |
| KSST     | Koordinationsschulung und Selbstregulationstraining  |
| NOB      | Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung                                |
| PFB      | Psychisch-funktionelle Behandlung  |
| SPB      | sensomotorisch-perzeptive Behandlung   |
| TE       | Therapieeinheit  |

## 1. Einleitung

Jeder Mensch wird mit einer bestimmten genetischen Ausstattung geboren. Sie wirkt sich stark bemerkbar auf die individuelle Entwicklung aus, ist jedoch nicht ausschließlich dafür verantwortlich. Er erlebt während seines frühkindlichen Lebens in Interaktion mit seiner sozialen Umwelt und durch die Verarbeitung aller auf ihn einwirkenden Einflüsse eine zweite „sozio-kulturelle-Geburt“. Beide Parameter führen gemeinsam zu einem komplexen Vorgang der Menschwerdung. Dieser Sozialisationsprozess findet lebenslang statt, den ersten Lebensjahren kann hier jedoch eine gesonderte Relevanz zugeordnet werden, da sich das kindliche Gehirn in dieser Zeit abhängig von den auf das Kind einwirkenden Reizen unterschiedlich entwickeln und ausprägen kann (vgl. Geulen, 2007, p. 139/140). Verschiedenste Fähigkeiten werden ausgebildet, „(...) indem das Kind sich aktiv mit vielen Dingen in der Welt auseinandersetzt und seinen Körper und sein Gehirn laufend an körperliche Herausforderungen anpasst“ (Ayres, 2013, p. 9).

Die Entwicklung eines Kindes in den ersten Lebensjahren bis zum Schuleintritt wird von vielen Faktoren beeinflusst. So spielen personelle Ressourcen, der soziale Status, die Wohnumgebung (Stadt oder Land), die Familienkonstellation, aber auch der Umgang mit unterschiedlichen Medienformen eine verschieden ausgeprägte Rolle. In der frühen Kindheit findet der Sozialisationsprozess vorrangig durch den Kontakt mit der Familie statt, ab dem Eintritt in den Kindergarten oder ähnliche Betreuungsformen erhalten auch pädagogisches Personal wie z.B. Tagesmütter, Erzieherinnen sowie ältere Kinder außerhalb der Familie und auch Peers einen Einfluss auf die Sozialisation der Kinder (vgl. Geulen, 2007, p. 157). Die Sozialisation wirkt sich lebenslang auf einen Menschen aus. In der Kindheit und Jugend jedoch erwirbt er grundlegende Eigenschaften, die im Laufe seines weiteren Lebens relativ stabil sind (vgl. Scherr, 2006, p. 37).

In der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ wurde die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S<sup>1</sup>) im Jahr 2008 bei rund 5% der Kinder und Jugendlichen diagnostiziert, bei weiteren 5% bestand der Verdacht auf die Störung (vgl. RKI/BZgA, 2008, p. 57). Über die genauen Ursachen sind sich die Wissenschaft und die Öffentlichkeit uneinig und auch innerhalb dieser gibt es Unklarheiten. Man diskutiert verschiedene Ursachenansätze. Dazu gehören zum einen die „primär medizinisch-(patho)genetischen Erklärungsansätze“ (Gebhardt, et al., 2008, p. 15) welche von einer 10-15% hohen Prävalenz einer genetischen medikamentös behandelbaren Hirnstörung ausgehen.

---

<sup>1</sup> Um die Lesbarkeit des Textes zu vereinfachen werden die verschiedenen Bezeichnungen einer Aufmerksamkeitsstörung (hyperkinetische Störungen (HKS), AD(H)S inklusive und Exklusive einer Hyperaktivitätskomponente, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Attention Deficit Disorder (ADD), sowie umgangssprachliche Bezeichnungen wie „Zappelphilip-Syndrom“) im Folgenden unter der Abkürzung AD(H)S zusammengefasst. Diese Abkürzungsform wurde gewählt da sie alle Ausprägungen einer solchen Störung umfasst.

Daneben bestehen die Vertreter „sozial-psychologischer oder multifaktorieller Theorie(n)“, welche ungünstige soziale Rahmenbedingungen und überforderte Bezugspersonen für ursächlich halten (Gebhardt, et al., 2008, p. 15).

Jungen sind von AD(H)S häufiger betroffen als Mädchen. Die Diagnose wird vermehrt in Verbindung mit einem niedrigen sozialökonomischen Status (im folgenden SES genannt) gestellt. Im Vorschulalter fällt hyperaktives Verhalten nur selten auf, da eine gewisse Unruhe zu den natürlichen Phasen einer kindlichen Entwicklung gehört (vgl. RKI/BZgA, 2008, p. 57). Die Diagnosehäufigkeit steigt dann mit dem Schuleintritt deutlich an (Gebhardt, et al., 2008, p. 10). Die Bundesärztekammer gab im Jahr 2005 bekannt, dass die Ätiologie der AD(H)S noch nicht vollständig klar sei. Mit Sicherheit sind jedoch mehrere Faktoren an der Entstehung beteiligt. Zu den möglichen Faktoren gehören genetische, aber auch exogene Faktoren. In einem Arztreport ermittelte die Barmer GEK kürzlich, dass die Diagnosehäufigkeit der AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 19 Jahren zwischen 2006 und 2011 um 49% angestiegen ist. Am häufigsten wird die Störung zwischen dem neunten und elften Lebensjahr diagnostiziert. (Döpfner, et al., 2013). Laut einer vorangegangenen Untersuchung im Jahr 2008 wurden außerdem 12 % der medikamentös behandelten AD(H)S-Kinder zusätzlich ergotherapeutisch therapiert. Ein Großteil der behandelten Kinder erhielt dabei Ergotherapie zwischen dem sechsten und zwölften Lebensjahr. Über 80% der behandelten Kinder waren Jungen (Gebhardt, et al., 2008, p. 134). Das Schuleintrittsalter sowie das Geschlecht scheinen demnach für die Diagnose der AD(H)S eine große Rolle zu spielen.

Kinder mit der Diagnose AD(H)S haben Probleme mit der Selbststeuerung; dies kann ihnen das Agieren im Alltag erschweren. Hierbei kann Ergotherapie eine hilfreiche Unterstützung sein. Ergotherapie wird in Deutschland von Ärzten verordnet. Sie „(...) unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind“ (DVE, 2007).

## 2. Methodik

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen der vorschulischen Sozialisation, der Erkrankung AD(H)S und den ergotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung. Im Kontext dieser Themen sollen die zwei folgenden Teilaspekte eruiert werden.

- a) *Welche Rolle kann die familiäre Sozialisation in der Ausprägung von AD(H)S spielen und welche Bedeutung hat sie in der Behandlung?*
- b) *Worin bestehen ergotherapeutische Wirkungspotenziale in der AD(H)S-Behandlung und könnten diese zur Prävention der Erkrankung beitragen?*

In dieser Arbeit soll herausgearbeitet werden, welche Faktoren in der vorschulischen Sozialisation die altersgerechte Entwicklung unterstützen oder stören können bzw. welchen Einfluss sich wandelnde Familienstrukturen nehmen. Es soll außerdem erfasst werden, inwieweit eine Beziehung zwischen der Sozialisation und der Entwicklung von AD(H)S besteht. Dazu wird die Erkrankung AD(H)S mit ihren Ursachen und allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten näher dargestellt. Dann werden im Speziellen bestehende ergotherapeutischen Behandlungsansätze erläutert.

Um sich den verschiedenen Thematiken und den eventuellen Zusammenhängen anzunähern, wurde zunächst eine unsystematische, webbasierte Literaturrecherche durchgeführt. Auf dieser Grundlage erfolgte dann die Themenfestsetzung.

Nach der Themenfestsetzung schloss sich eine systematische Literaturrecherche an. Dazu wurden die Bibliothekskataloge der HAW Hamburg sowie die der Universität Hamburg genutzt. Des Weiteren erfolgte eine tiefgreifende Webrecherche. Hierbei wurden Suchmaschinen wie Google Scholar, bzw. Google, die medizinische Datenbank PubMed, die psychologische Datenbank Psychindex und die Datenbank der Evidenzbasierten Praxis des deutschen Verbandes der Ergotherapeuten verwendet. Zusätzlich fanden die Informationsseiten der Krankenkassen, vor allem deren wissenschaftlicher Institute, und die Datenbank „Ot seeker“ Verwendung.

Um die Suche einzuschränken wurden Kategorien und dazugehörige Schlüsselbegriffe gebildet.

Tabelle 1:Themenbezogene Kategorien mit dazugehörigen Suchbegriffe die zur systematischen Literaturrecherche verwendet wurden

| Kategorie               | Schlüsselbegriffe   |
|-------------------------|---|
| Primäre Sozialisation   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sozialisationstheorie, Sozialisationsforschung, primäre Sozialisation, familiäre/familiale Sozialisation, frühkindliche Sozialisation, primäre Sozialisation</li> <li>2) Sozialisationsinstanzen, Lebenslage, mediale Sozialisation, Sozialisation/ Gesundheit, Sozialisation durch Gleichaltrige, Familienstrukturen</li> </ol>  |
| AD(H)S im Vorschulalter | <p><u>Deutsch:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, ADHS, ADS, Hyperkinetisches Syndrom/Hyperkinetische Störung, , F90, ADHS im Vorschulalter</li> <li>2) Ursachen, Prävalenz, Diagnostik, Behandlung, Leitlinien, AD(H)S/Ergotherapie</li> </ol> <hr/> <p><u>Englisch:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Attentiondeficit-/hyperactivity Disorder, ADHD</li> <li>2) Prevalence, Children, Therapy, ADHD/Occupational Therapy</li> </ol> |
| Ergotherapie bei AD(H)S | <p><u>Deutsch:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ergotherapie, Ergotherapie bei AD(H)S, Ergotherapie bei Kindern, Ergotherapeutische Behandlungen, Behandlungsgrundsätze</li> <li>2) CMOP, MOHO, Sensorische Integration, Systemische Behandlung, ETP-ADHS, ETET, Psychoedukation</li> </ol> <hr/> <p><u>Englisch:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Occupational Therapy, Children with ADHD</li> <li>2) Sensory Integration/Modulation,</li> </ol>                                  |

Um einen Überblick über den Umfang der drei Thematiken zu erlangen und um relevante Subthemen zu identifizieren, wurde zunächst mit den groben Suchbegriffen recherchiert (siehe Punkt 1 in Tab. 1).

Daraus ergaben sich wiederum Subkategorien, die zum tiefergehenden Verständnis der Themen relevant waren und zur weiteren Recherche genutzt wurden (siehe Punkt 2 in Tab. 1). Zur Thematik der AD(H)S konnte nur wenig spezifische Literatur gefunden werden, die sich ausschließlich mit Kleinkindern befasst (0-6 Jahre). Daher wurde die Recherche im nächsten Schritt auf ältere Kinder im Schulalter (6-14) erweitert. Dies galt ebenfalls für ergotherapeutische Behandlungen speziell für Kleinst- oder Kleinkinder.

### 3. Sozialisation

Zur Sozialisation wurden zahlreiche Theorien bezüglich ihrer Funktionsweise aufgestellt. Diese Arbeit konzentriert sich auf ausgewählte Sozialisationstheorien und neue Ergebnisse der Sozialisationsforschung. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich damit, den Begriff der Sozialisation sowie deren Instanzen näher zu beleuchten. Dabei wird vor allem die durch die Familie erfolgende „primären Sozialisation“ im frühen Kindesalter (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 127, Niederbacher & Zimmermann, 2011, p. 72) näher beschrieben. Des Weiteren geht es um die Relevanz von familialen Strukturen. Hierbei werden verschiedene Familienkonstellationen benannt und deren mögliche Wirkung auf die kindliche Sozialisation erörtert. Da im familialen Rahmen auch der erste Kontakt mit Massenmedien stattfindet, wird auch deren Wirkung betrachtet. Außerdem soll aufgezeigt werden, welche Rolle die Lebenslage einer Familie spielen kann und welche Sozialisationsaspekte von vorschulischen Institutionen wie Kindergarten oder Krippe bzw. Tagesmütter/-vätern ausgehen können. Bei ersten außerfamilialen Kontakten spielen sowohl das pädagogische Personal als auch andere Kinder verschiedener Altersklassen eine wichtige Rolle.

#### 3.1 Umwelttheorie vs. Sozialbiologie

In der Literatur bestehen zwei Theorien, die im Hinblick auf den Sozialisationsprozesses für diese Arbeit von Bedeutung sein können, da sie gegensätzliche Positionen in Bezug zu Sozialisationseinflüssen vertreten. Auf der einen Seite stehen die Sozialbiologen, die die Ansicht vertreten, dass neben anatomischen Gegebenheiten auch soziale Verhaltensweisen durch die Eltern vererbt werden können. Sie gehen davon aus, dass weniger Einfluss auf das sich entwickelnde Kind von der Sozialisation selbst ausgeht als von der biologischen Grundausstattung. Anderer Auffassung sind die Vertreter der Umwelttheorie. Sie sind der Meinung, dass soziale Muster eher durch die Umwelt eines Individuums beeinflusst werden als durch die bloße Vererbung. Beide Theorien verstehen jeweils nur einen der Faktoren als dominant. Die biologische Grundausstattung sowie die umweltbezogenen Sozialisationseinflüsse stehen jedoch in vielschichtiger Interaktion, die es erschwert, die genauen und isolierten Einflüsse zuzuordnen (vgl. Geulen, 2007, S. 138).

Um den Unterschied der genetischen und umweltbezogenen Einflüsse näher zu untersuchen, können Adoptions- und Zwillingsstudien hilfreich sein. Hierbei werden (erbliche und Umwelt-) Faktoren auf ihren Einfluss hin untersucht. Adoptionen bilden im Rahmen solcher Studien die optimalen experimentellen Voraussetzungen. Die Kinder sind genetisch mit ihren (Adoptiv-)Eltern nicht verwandt. Sie teilen jedoch deren Umwelt und werden durch sie sozialisiert.

Weiterhin weisen sie eine genetische Ähnlichkeit zu den von ihnen getrennt lebenden leiblichen Eltern auf. Bei eineiigen Zwillingen lassen sich die Einflüsse von Umweltfaktoren wiederum gut darstellen, da sich diese meist unterschiedlich entwickeln, obwohl sie ein identisches Erbgut besitzen. Ergebnisse solcher Studien zeigen auf, dass Ähnlichkeiten (z.B. bezüglich der allgemeinen kognitiven Fähigkeiten) genetisch verankert sein müssen, da die adoptierten Kinder ihren genetischen Eltern und Geschwistern sehr ähnlich waren. Laut dieser Ergebnisse wird die Erblichkeit allgemeiner kognitiver Fähigkeiten höher eingeschätzt als die Wirkung der Umwelteinflüsse (vgl. Plomin, DeFries, Mc Cleary, & Rutter, 1999, S. 167 ff.). In einer neueren Studie konnte außerdem ein Zusammenhang zwischen einem spezifischen genetischen Faktor und der AD(H)S gefunden werden (Gálvez JM1, 2013). Diese Ergebnisse bestätigen die Sozialbiologen in ihren Annahmen.

### 3.2 Was ist Sozialisation?

Sozialisation wird definiert als „der Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt. Vorrangig ist dabei, wie sich der Mensch zu einem gesellschaftlich handlungsfähigen Subjekt bildet“ (Hurrelmann, 2002, S. 15). Zur Zeit der Prägung dieser Definition galt das System Familie mitsamt der immer gleichen Verteilung der innerfamiliären Verantwortlichkeiten und Rollen als Garantie für Integration und Stabilität des Nachwuchses in der Gesellschaft. Der Sozialisationsprozess wurde reduziert auf die Weitergabe der traditionell üblichen Rollen an die eigenen Kinder. Dies hat sich seither jedoch grundlegend geändert. So gibt es kaum mehr eine einheitliche Familienstruktur und zudem eine hohe Diversität in den bestehenden Strukturen (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 128).

Wenn sich die Menschwerdung als Sozialisation versteht, kann es leicht geschehen, dass Erziehung mit Sozialisation verwechselt wird. Geulen ist darum bemüht, die Begrifflichkeiten Sozialisation und Erziehung voneinander abzugrenzen: „Mit Sozialisation bezeichnen wir [...] die Gesamtheit aller Lernprozesse, die Aufgrund der Interaktion des Individuums mit seiner gesellschaftlichen Umwelt stattfinden, gleichgültig, ob diese bewusst oder von irgendwem gewünscht oder geplant sind“. (Geulen, 2007, S. 142). Diese Definition zeigt auf, dass Sozialisationsfaktoren unabhängig davon zu betrachten sind, ob seitens der Umwelt darauf abgezielt wurde, d.h. sowohl willkürliche als auch unwillkürliche Faktoren beeinflussen den Sozialisationsprozess. Somit ist Erziehung als ein Teil des Konstruktes Sozialisation zu verstehen. Diese Arbeit konzentriert sich auf den unwillkürlichen Teil der Sozialisation. Somit wird das Thema Erziehung in diesem Kontext nicht näher betrachtet.

Der komplexe Vorgang der Sozialisation findet nicht nur zu einem bestimmten Zeitpunkt statt. Er begleitet einen Menschen das gesamte Leben. Das soziale Umfeld ist an diesem Prozess beabsichtigt oder auch unbeabsichtigt beteiligt. In der Kindheit wirken besonders **die Familie, die Massenmedien, die Gleichaltrigen** und die **Vorschule/Kindergärten** auf den Prozess ein. Die erste Instanz in der Sozialisation eines Kindes ist dessen Familie. Diese spielte in der Vergangenheit noch eine bedeutendere Rolle, als die Kinder nämlich mit sechs Jahren eingeschult wurden und zuvor keinerlei Einrichtungen wie Krippen, Kitas oder Vorschulen besucht hatten. Im Jahr 2013 lag die Quote der unter dreijährigen Kinder, die eine Tagesbetreuungseinrichtung besuchten oder von Tages-müttern/-vätern betreut wurden, deutschlandweit bei 29,3 %. Hier sind jedoch deutliche Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern zu verzeichnen. Wurden in den neuen Bundesländern 49,8% der Kinder unter drei Jahren außerhalb der Familie betreut, so waren es in den alten Bundesländern nur halb so viele (24,2%). Von den betreuten Kindern waren die wenigsten unter einem Jahr (2,7%), die meisten (53,9%) zum Betreuungszeitpunkt mindestens zwei Jahre alt (vgl. DESTATIS, 2013). Durch die Familie lernen Kinder also auch heute noch, die ersten Schritte in einer Gesellschaft zu gehen. Sie lernen intime Beziehungen kennen und haben erste Kontakte mit Werten und Normen. Ein Kind lernt durch seine Familie, wie es Verhalten bewerten kann, wie man sich in Gruppen (zunächst in der Familie) verhält und wie gemeinsames Leben funktioniert. Die verschiedenen Beziehungen in einer Familie z.B. zwischen Mutter und Kind vermitteln ihm verschiedenste Sozialisationserfahrungen. Auch der Umgang untereinander in der Familie ist entscheidend; so kann sich z.B. lockeres Verhalten anders auswirken als wettbewerbsorientiertes. Geschwister können diese ohnehin schon komplexe Situation einerseits weiter verkomplizieren andererseits bieten sie durch sich jedoch auch ganz neue Möglichkeiten, Verhalten untereinander zu trainieren. So lernen die Kinder z.B. das Teilen, Feilschen oder auch die Ungleichheit aufgrund von Größe oder Alter kennen (vgl. Geulen, 2007, S. 150 ff). Auch die Geburtenabfolge wirkt sich auf die Sozialisierung aus. Erstgeborene können sich vernachlässigt fühlen, Zweitgeborene lernen „sich an einem älteren, stärkeren Geschwister vorbei hochzuarbeiten, und erwerben so oft diplomatische Umgangsformen und Verhandlungsgeschick“ (Geulen, 2007, p. 136 ).

Auch andere Umbrüche in der Familienstruktur können die Sozialisationsbedingungen gravierend verändern. (siehe auch Kapitel 2.2.2 „der Einfluss der Familienstrukturen“). **Massenmedien** umgeben die Kinder heutzutage bereits in sehr frühen Zeiten ihres Lebens. Bücher, CDs, Radio, Kino, Zeitschriften und Zeitungen können ihren Einfluss jedoch oft erst ausüben, wenn die Kinder in der Lage sind zu lesen, zu verstehen oder sich dafür zu interessieren. Ein wichtiger Sozialisationsfaktor im frühesten Kindesalter ist heutzutage das Fernsehen; es wird oftmals als Beschäftigungsmittel für die Kinder verwendet. Im Fernsehprogramm wird zumeist eine „verarmte Version“ unserer Gesellschaft und Kultur dargestellt (vgl. Geulen, 2007, S. 138).

Sozialisation findet außerdem ebenfalls durch den Umgang mit Gleichaltrigen statt. Durch Beziehungen mit diesen können Kinder völlig andere Erfahrungen sammeln als es im Umgang mit ihren Eltern oder anderen Erwachsenen möglich ist. (vgl. Geulen, 2007, S. 150)

### 3.3 Familiäre Sozialisation (primäre Sozialisation)

Die Familie als primärer Sozialisationsraum ist wichtig für die kindliche Entwicklung, weil in der frühen Kindheit deutlich mehr Einfluss durch die direkte Umwelt ausgeübt werden kann als im späteren Leben. Dieser Vorgang wird durch Reize aus der Umwelt, die über die verschiedenen Sinneskanäle wahrgenommen werden, beeinflusst. Durch eine geordnete Verarbeitung dieser Eindrücke entwickelt sich das kindliche Gehirn, wobei eine interne Vernetzung stattfindet. Damit diese Verschaltungen möglich sind, benötigt ein Kind Anregung durch seine Umwelt. Das bedeutet, dass die Beeinflussung sowohl positiv durch Förderung eines Kindes als auch negativ durch Vernachlässigung eines Kindes verlaufen kann (vgl. Ayres, 2013, S. 48,68 ff.). Aufgrund dieses Erkenntnis ist es wichtig, die familiären Bedingungen genauer zu untersuchen, da diese den Entwicklungsprozess begleiten und sich prägend auswirken können.

Der Einfluss familiärer Sozialisation wurde in der Vergangenheit in verschiedenster Weise betrachtet. So lag das Augenmerk der Sozialisationsforschung zunächst auf der frühen Mutter-Kind Beziehung. Dann wandte sich das Interesse in Richtung der Vater-Kind Beziehung, bis letztendlich eine systemische Betrachtung der familiären Beziehungen untereinander stattfand. Erst dann wurden auch von außen einwirkende Kontexteinflüsse wie z.B. das berufliche Umfeld der Eltern, oder die Herkunftsfamilien etc. betrachtet. Bezüglich aller Beziehungsgebilde wurden entsprechende Modelle entworfen, welche inzwischen unter Einbezug der kompletten Lebensspanne angepasst und verfeinert wurden (vgl. Schneewind, 1994, S. 436).

Unter einer Familie wurde einst ausschließlich eine Lebensgemeinschaft in Form einer Ehe, die gemeinsame Kinder hervorbringt, verstanden, welche zumeist in einer gemeinsamen Wohnform lebten. Dies ist heute nicht mehr die vorherrschende bzw. alleinige Familienform, da sich zahlreiche weitere quasifamiliäre Lebensformen gebildet haben. Aus diesem Grund sind nun „als Familie all jene aus mindestens zwei Personen bestehende Konstellation zu bezeichnen, die sich in einer verpflichtenden Beziehung befinden, aus der sie ein Gefühl von Identität von Familie ableiten“ (Schneewind, 1994 S. 437). „In Familien herrscht ein einzigartiges Kooperations- und Solidaritätsverhältnis“ Weiterhin können besonders enge bzw. intime persönliche Beziehungen zwischen den Mitgliedern entstehen (vgl. Ecarius, et al., 2011, p. 15). Die Familie vollzieht ihre Sozialisationsleistung allerdings stets in Zusammenarbeit mit ihrem jeweiligen Umfeld.

So wirken sich wie bereits erwähnt auch berufliche, gesellschaftliche und weitere Außenbeziehungen der anderen Familienmitglieder auf die familiäre Sozialisation eines Kindes aus (vgl. Gukenbiehl, 1979 S.101). Ebenfalls nehmen die Bildungseinrichtungen (Kindertagesstätten etc.) und das soziokulturelle Umfeld (Gleichaltrige und Medien) Einfluss auf den Sozialisationsprozess. Da sich diese Arbeit auf die das Kind unmittelbar umgebende Umwelt konzentriert, werden familiäre Außenbeziehungen nicht näher erörtert.

Der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen folgerte im Jahr 2002 aus den Analysen zur erfolgten PISA-Studie, dass einem wichtigen Aspekt bei den Untersuchungen zu wenig Bedeutung zugemessen wurde. Beim Eintritt von Kindern in die Schule beginnt der Unterricht nicht bei null. Es werden bestimmte Kompetenzen als gegeben vorausgesetzt. Diese Kompetenzen sollen in den vorschulischen Jahren im Rahmen familiärer Interaktionen erworben werden. Die Eltern werden hier als erste Lehrer und Lehrerinnen betrachtet, die die Ausbildung und die Ausprägung einiger Fähigkeiten des Kindes maßgeblich mitbestimmen. Dazu gehören die Ausdauer, mit der die Bearbeitung von Aufgaben erfolgt, das Problemlösungsverhalten, der Umgang mit Erfolg und Niederlage, die weitsichtige Orientierung an Fernzielen sowie die Fähigkeit, sich von Misserfolgen nicht demotivieren zu lassen und zu einem neuen Versuch aufzubrechen. (vgl. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2002, S. 5 ff.)

### *3.3.1 Der Einfluss von Familienstrukturen*

Bilden leibliche Eltern und ihre Kinder eine Familie, kann dies als Kernfamilie bezeichnet werden (vgl. Neve-Herz & Onnen-Isemann, 2001, S. 293). Die traditionelle Familienform, in der der Mann die Rolle des Ernährers einnimmt und die Frau als alleinerziehende Mutter und Hausfrau fungiert, ist heute nicht mehr der Regelfall. Stattdessen gibt es viele verschiedene Konzepte des Zusammenlebens, die sich stark voneinander unterscheiden. Waren Familien einst vorrangig ökonomisch nützliche Gefüge, so haben im heutigen Zusammenleben von Familien Gefühle einen deutlich höheren Stellenwert. Das gemeinsame Leben zielt auf die Befriedigung des gegenseitigen Bedürfnisses nach Liebe, Rückzug und weiteren emotionalen Komponenten ab (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 130). Zusammenfassend kann Familie unter Einbezug der unterschiedlichen Lebensformen wie folgt definiert werden: „[...] Familie [sollte] als eine soziale Lebensform definiert werden, die durch das dauerhafte Zusammenleben von mindestens einem Elternteil und einem Kind charakterisiert ist, in der die Beziehung durch Solidarität, persönliche Verbundenheit und Betreuung geprägt ist“ (Hurrelmann, 2002, p. 130). Die über die Generationen veränderten Ansprüche an eine Partnerschaft, z.B. das Streben nach fortwährender emotionaler Zufriedenheit

und Liebe, könnten u.a. dafür verantwortlich sein, dass heute der Anteil an Patchwork Familien, Stieffamilien oder Alleinerziehenden steigt (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 145).

Die Veränderung in den Familienstrukturen zeigt sich bei der Betrachtung der Haushaltsgrößen. So lebten im Jahr 2012 in drei Vierteln (75%) der deutschen Haushalte maximal zwei Personen, während dieser Anteil 1991 noch unter zwei Dritteln (64%) lag. Im gleichen Zeitraum waren auch Drei- und Vierpersonen- Haushalte rückläufig. Obwohl die Zahl der traditionellen Familien rückläufig ist, waren 2012 Ehepaare mit minderjährigen Kindern weiterhin die vorherrschende Familienform (71% der 8,1 Millionen Familien). Weiterhin lebten 20% alleinerziehende Mütter und Väter und 9% Lebensgemeinschaften mit Kindern unter 18 Jahren zusammen. Im Jahr 1996 gab es dagegen noch 81% traditionelle Familien, 14% Alleinerziehende und 5% Lebensgemeinschaften (vgl. Statistisches Bundesamt, 2013).

Eine Familie, in welcher Konstellation sie auch besteht, kann den in ihr lebenden Kindern sowohl Risiken als auch Ressourcen bezüglich ihrer Gesundheit bieten. Ein gutes Familienklima, emotionale Unterstützung und ein beständiges innerfamiliäres Netz kann sich beispielsweise förderlich auf die gesundheitliche Entwicklung auswirken. Im Gegensatz dazu können unsichere Beziehungen, Scheidungen, Vernachlässigungen, übermäßige Kontrolle, Gewalt oder auch fehlende Wärme einen negativen Einfluss auf ein Kind und dessen Gesundheit nehmen. Durch diese negativen Faktoren steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder psychische oder physische Erkrankungen erleiden (vgl. Schneewind, 1994, S. 445 ff.). Die folgenden Familienformen können unter Umständen eine beeinträchtigende Wirkung entfalten.

Ein-Eltern-Familien sind Familienformen, in denen das Kind oder die Kinder mit nur einem Elternteil zusammenleben, häufig ist dies die Mutter (vgl. Nave-Herz & Onnen-Isemann, 2001, S. 297). Auch die Berufstätigkeit der Eltern kann eine Herausforderung darstellen, die Betreuung des Kindes sicher zu stellen. Durch die teilweise ganztägige Abwesenheit kann ein zeitlich stark strukturierter Alltag für das Kind entstehen. Dies bedeutet für das Kind die frühe Anpassung an die Zeitstrukturen der betreuenden Erwachsenen, die durch die berufliche Tätigkeit, die Öffnungszeiten der Betreuungseinrichtungen oder andere zeitliche Verpflichtungen beeinflusst werden. Weiterhin befinden sich viele Eltern -vor allem Ein-Eltern-Familien- in sozialen Randlagen; sie leben z.B. in Armut (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 95; Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2002). Laut des wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen ist es nicht die Familienform, die die Sozialisation und somit z.B. die Ausbildung von Bildungsvoraussetzungen negativ beeinflusst, sondern die Lebensbedingungen. Sich negativ auswirkende Faktoren wie Armut oder Vernachlässigung können in jeder Familienform vorkommen.

Oftmals gehen Scheidungen oder Trennungen von (Ehe-) Paaren mit einem längeren Zeitraum erhöhten Konfliktpotenzials oder gar mit regelrechten Kleinkriegen einher. Für Kinder kann dies eine verstörende Erfahrung darstellen. Sie entwickeln unter Umständen ein Gefühl der Mitverantwortlichkeit sowie evtl. ein nachhaltig gestörtes Beziehungsbild.

Ebenso stellt es für Kinder eine große Herausforderung dar, wenn sich ein Elternteil anschließend in eine neue Beziehung begibt. Dabei können sie nicht umhin mit dem neuen Partner und eventuellen „neuen“ Geschwistern Beziehungen aufzubauen. Es ist jedoch hervorzuheben, dass nicht die Trennung an sich, als eher der Umgang mit dieser Situation durch die Eltern eine störende Wirkung auf die Kindesentwicklung entfalten kann. Ebenso stellt das Zusammenleben in der Kernfamilie<sup>2</sup> keinen Garant für die gesunde Entwicklung eines Kindes dar. Dies zeigt, dass nicht die Struktur der Familie, sondern die in ihr gelebten Beziehungen für die kindliche Entwicklung von Bedeutung sind (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 150 ff.).

Das Scheidungsrisiko wächst mit Faktoren wie z.B. dem Leben in der Großstadt, früher Eheschließung sowie vorheriger Scheidungen. Letzenendes scheiden sich Ehepaare aber zumeist auf Grund von körperlicher Gewalt, Drogenkonsum, Untreue oder Konflikten bezüglich der Arbeitsteilung innerhalb der Familie (vgl. Nave-Herz & Onnen-Isemann, 2001, S. 302). Um einem Kind eine beeinträchtigungsfreie Scheidung oder Trennung der Eltern zu ermöglichen, ist es wichtig, das Familiensystem neu zu organisieren. Der Aufbau eines binuklearen Familiengefüges (Zwei-Haushalt-Familie) erweist sich als sinnvoll. In diesem soll ein elterliches Rollensystem vorherrschen, welches eine Erziehung stets im Sinne des Kindeswohles begünstigt. Es kann weiterhin davon ausgegangen werden, dass Scheidungen per se nicht zwingend zur psychosozialen Belastung eines Kindes führen. Sie können diese sogar verhindern, sofern die Scheidung einem stetig konfliktbelasteten Alltag vorgreift (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 93).

Bei der Analyse der Familienstrukturen ist weiterhin interessant, zu welchem Zeitpunkt ihres Lebens Frauen Kinder bekommen und ob sich dieses Verhalten in den letzten Jahren deutlich verändert hat. Bei der Betrachtung der Auswertungen des statistischen Bundesamtes wird deutlich, dass durch die Änderung der Einstellungen zum Thema Familie sowie durch die Antibabypille insgesamt weniger Kinder geboren werden, als es noch vor 50 Jahren der Fall war. Die Anzahl der geborenen Kinder pro Frau unterscheidet sich dabei regional, aber auch zeitlich. In der Nachkriegszeit zu Beginn der 60er Jahre wurde in den alten sowie in den neuen Bundesländern das höchste Geburtenniveau verzeichnet. Zu dieser Zeit bekam jede Frau durchschnittlich 2,5 Kinder. Dann ging das Geburtenniveau zurück und in den neuen Bundesländern kamen lange Zeit weniger Kinder zur Welt als in den alten. Im Jahr 2008 wurden erstmals in den neuen Bundesländern mit

---

<sup>2</sup> „Leben nur die Ehefrau, der Ehemann und ihre leiblichen Kinder zusammen, sprechen wir von der Kernfamilie“ (Nave-Herz & Onnen-Isemann, 2001, p. 292)

durchschnittlich 1,46 Kindern pro Frau mehr Kinder geboren als in den alten Bundesländern, hier waren es 1,39 (vgl. Pötzsch, 2012, S. 15). Weiterhin ist zu beobachten, dass der Anteil der kinderlosen Frauen stetig steigt und mit steigendem Bildungsgrad die Anzahl der geborenen Kinder weiter abnimmt (vgl. Pötzsch, 2012, S. 30).

Die Kinderlosigkeit könnte in gewissem Maß mit der Erwerbstätigkeit von Frauen zusammenhängen. Hierbei ist jedoch zu beobachten, dass erwerbstätige Frauen in den alten Bundesländern häufiger kinderlos bleiben als in den neuen Bundesländern (vgl. Pötzsch, 2012, S. 36). Neben der Mutterrolle streben Frauen in den neuen Bundesländern in höherem Maße (43%) eine ganztägige Beschäftigung als Frauen in den alten Bundesländern (13%) an. Dies geht mit besseren Möglichkeiten der Kinderbetreuung und einer höheren Bereitschaft von Frauen in den neuen Bundesländern einher, ein Kind auch außerhalb einer Ehe zu bekommen. Nichteheleiche Kinder sind in den neuen Bundesländern soziale Normalität wodurch die Mütter weniger mit Intoleranz konfrontiert werden (vgl. Peuckert, 2012, S. 212).

Eine Familie ist ein soziales System, welches nicht als statisch, sondern als dynamisch bezeichnet werden kann. Anpassung an notwendige Veränderungen können durch die Wandlung bestehender Strukturen geschehen (Weidemann, 2001, pp. 375, 376). Im Laufe des Lebens eines Paares/einer Familie gibt es verschiedene Phasen, in denen es leicht zu Konflikten oder gar zur Auflösung des Familienverbundes kommen kann (vgl. Kreppner, 1998, S. 327). Dies kann z.B. in sogenannten Übergangsphasen geschehen „ (...) in denen sich die Familien von einem Zustand relativer Stabilität (während einer Phase) in eine neue Phase bewegen und dabei einen Zustand relativer Instabilität durchlaufen, bevor sie ein neues Gleichgewicht erreichen“ (Kreppner, 1998, p. 324). Einer dieser markanten Zeiträume stellt der Übergang vom Paar zur Familie mit einem Kleinstkind dar, bei dem die Partner sich dann die Elternrolle aneignen müssen. Dabei ist zunächst eine Beziehungsanpassung der Partner untereinander notwendig. Außerdem findet in dieser Zeit die erste Prägung der Sozialisationsart statt. Bei einem zweiten oder dritten Kind stehen Eltern zusätzlich vor der Aufgabe, eine geschwisterliche Beziehung zwischen den Kindern zu fördern (vgl. Kreppner, 1998, S. 326).

### 3.4 Lebenslage und Sozialisation

In unserer Dienstleistungsgesellschaft herrscht ein allgemein hohes Wohlstandsniveau. Unter diesen Bedingungen zeichnet sich Wohlstand nicht mehr nur durch den reinen Besitz von Gütern aus. Weitere Lebensbedingungen spielen nun eine Rolle in den Wertvorstellungen. Dazu gehören Vor- und Nachteile, die ein Mensch aufgrund seines Alters, Geschlechts oder seiner Wohnregion

erfährt. „Lebenslage nennt man die Gesamtheit ungleicher Lebensbedingungen eines Menschen, die durch das Zusammenwirken von Vor- und Nachteilen in unterschiedlichen Dimensionen sozialer Ungleichheit zustande kommen.“ (Hradil, 1999, p. 40).

Wenn soziale Ungleichheit nach dem Lebenslagenansatz betrachtet wird, werden nicht nur die zur Verfügung stehenden materiellen Ressourcen wie Bildung, Einkommen und Arbeit betrachtet, sondern auch Gesundheit, Ernährung oder Erholung mit einbezogen. (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 97). Die Lebenslage einer Familie macht sich auch in familiären Beziehungen bemerkbar. Lebensbedingungen gehen mit speziellen „(...)Umgangsformen, Erziehungsprinzipien und Sprachstile[n] (...)“ (Hradil, 1999, p. 438) einher. Diese und weitere durch die Lebenslage bestimmte Einflussfaktoren auf die Sozialisation werden im Folgenden dargestellt.

#### *3.4.1 Soziale Ungleichheit und ihr Einfluss auf den „Schonraum Kindheit“*

Die Verteilung der sozialen und ökonomischen Lage ist in Deutschland durch Ungleichheit gekennzeichnet. Als in relativer Armut lebend gelten Familien, die durchschnittlich über weniger als sechzig Prozent des Durchschnittseinkommens der Gesamtbevölkerung verfügen (vgl. bpb.de, 2012). Soziale Ungleichheit wird häufig im Generationenwechsel weitergegeben, d.h. es sind wenige Wechsel des sozioökonomischen Status (SES) von der Elterngeneration zu ihren Kindern beobachtbar. Diese sogenannte „soziale Mobilität“ kommt selten vor und die Schritte, die dabei zurückgelegt werden, sind zumeist nur kleine Schritte (vgl. Berger, 2001, S. 235).

Es zeigen sich verschiedene Sozialisationscharakteristika bei der Betrachtung von Familien mit unterschiedlichen SES. Wichtige Einflussfaktoren auf den Sozialisationsprozess können hier Einkommen, Bildung, die Wohnungsgröße oder die Anzahl der Familienmitglieder sein. Auch das Zusammenspiel der beiden letzten Faktoren, also der Platz, der im Wohnraum pro Person zur Verfügung steht, und ob ein jeder über einen Rückzugsort verfügt, können in der Sozialisation entscheidend sein (vgl. Geulen, 2007, S. 144; Hurrelmann, 2002, S.170 ff.). Kinder, die in relativer Armut leben, erfahren Einschränkungen im Bezug auf Kleidung, Freizeitgestaltung oder auch in der Versorgung mit Spielgeräten. (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 182 ff.). Zudem verfügen Kinder aus niedrigen SES oftmals über ein geringes Selbstwertgefühl und sehen ihre Zukunft pessimistischer als Kinder aus höheren SES. Ihr Problemlöseverhalten ist weniger ausgeprägt und sie können gehäuft schlechter lesen. Aufgrund belastender Faktoren der Knappheit werden Kinder oftmals ausgegrenzt und haben nicht selten Identitätsfindungsprobleme (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 97 ff.).

Der Umgang mit der Situation durch die eigenen Eltern stellt hier jedoch eine Schlüsselfunktion dar. Ist es diesen möglich, eine selbstbewusste Lebensführung vorzuleben, ist es für die Kinder einfacher, sich ähnlich zu entwickeln wie Gleichaltrige aus Familien mit höherem SES.

Es kann jedoch schwer sein, sich als Eltern an die Situation der veränderten Konsumverhältnisse und damit verbundene Einschränkungen anzupassen. Dadurch kann es auch zu Spannungen in der Eltern-Kind Beziehung kommen (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 182 ff.).

Zudem können Kinder Probleme im Ernährungsverhalten erfahren. Diese können von ungesunder oder zu wenig Nahrung bis hin zu direkten gesundheitlichen Problemen reichen. Dies kann sich auf das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter auswirken (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 98).

Ferner kann sich laut Basil Bernstein die soziale Lage der Familie auf das Sprachverhalten von Kindern auswirken. Er geht davon aus, dass in unterschiedlichen SES verschiedene Sprachcodes vermittelt werden. Das rührt daher, dass die sozialen Lagen „(...) so in sich organisiert sind, daß unterschiedlicher Nachdruck auf das Sprachkönnen gelegt wird.“ (Bernstein, 1972, p. 108). Diese Sprachcodes unterscheiden sich z.B. in der Vorhersagewahrscheinlichkeit und bieten den Individuen dadurch unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. ebd.). Bernstein verteidigt die These, dass sich ein niedriger SES auf Kinder insofern auswirkt, als dass er eine Kommunikationsform bewirkt, die sich weiter auf die soziale, intellektuelle und affektive Orientierung auswirkt. Hier spricht er von restringierten Sprachcodes. Diese stehen außerdem in Verbindung mit einer lokalen Sozialstruktur und bieten damit wenig Wandlungspotenzial. Wohingegen die elaborierten Sprachcodes, vermittelt in guter sozioökonomischer Lage, weniger an soziale und lokale Strukturen binden und eine Reflektion der eigenen Sozialisation und damit erlangter Muster ermöglichen. Außerdem ist es Personen mit restringierten Sprachcodes nicht ohne Weiteres möglich, sich an elaborierte Sprachcodes anzupassen, wie es in der Schule und in höheren Bildungseinrichtungen wie Universitäten nötig ist (vgl. Bernstein, 1972, S. 264 ff.). Dies ist ein Hinweis darauf, dass Kindern aus weniger guten SES ein Aufstieg in in bessere SES schon durch den Sprachgebrauch erschwert werden könnte.

### *3.4.2 Mediale Sozialisation und ihr vorkommen als schichtspezifisches Merkmal*

Die Nutzung von Medien jeglicher Art steigt in den vergangenen Jahren stetig an. Kinder und Jugendliche nutzen Computerspielmedien, das Internet, multifunktionale Handys sowie das Fernsehen und weitere Geräte, um Musik abzuspielen (vgl. Frölich & Lehmkuhl, 2012, S. 1) in kaum überschaubarem Maße. Zunächst widmet sich dieser Abschnitt dem Massenmedium Fernsehen, da dieses sehr weit verbreitet ist und bereits in frühen Kindesjahren oft eine große Rolle

spielt. Besonders die Art, in der das Medium Fernsehen durch Kinder konsumiert wird, ist mit dem SES in Verbindung zu setzen. Kinder aus Familien mit höherem SES werden beim Fernsehen

häufiger von einem Erwachsenen beaufsichtigt, es werden zeitliche Begrenzungen gesetzt und nur bestimmte (für Kinder geeignete) Sendungen dürfen angeschaut werden. Der Medieneinsatz hängt also ganz entscheidend von den Eltern und von Konsumregeln ab. In niedrigeren SES haben Kinder häufiger einen eigenen Fernseher oder einen Computer im Kinderzimmer. Dementsprechend wenig Einfluss haben die Eltern in diesen Fällen auf die Nutzung dieser Geräte durch die Kinder (vgl. Lang, 1980, S. 17; Frölich & Lehmkuhl, 2012, S. 31). Der eigene Fernseher führt dann auch zu einem veränderten Konsumverhalten. Diese Kinder schauen häufiger fern, und beziehen dabei oft Inhalte, die für ihre Altersklasse nicht geeignet sind (vgl. Frölich & Lehmkuhl, 2012, S. 33). Es ist außerdem anzunehmen, dass ein besonders hoher kindlicher Fernsehkonsum mit einer geringen „(...) Kommunikationsmenge, -dichte und -komplexität der familialen Interaktion“ (Lang, 1980, p. 25) einhergeht, wobei die Richtung der Wirkung nicht genau bestimmt werden kann (vgl. Lang, 1980, S. 17 ff.).

Es ist festzuhalten, dass durch die Verharmlosung von Verhaltensweisen wie Aggressivität in Fernsehsendungen ebendieses Verhalten im realen Leben gefördert werden kann. Aber auch positive Aspekte werden dem Massenmedium zugesprochen. Es kann beispielsweise bei der Ausbildung von Werten und Normen helfen und gerade auf Kinder aus niedrigen SES anregend wirken (vgl. Geulen, 2007, S. 138 ff.). Das Fernsehen kann die aktive Auseinandersetzung der Kinder mit sich und ihrer Umwelt fördern (Charlton/Neumann, 1986, p. 32), indem es „[...] die Schranken einer Kultur- ihre Grenzen, Probleme und Widersprüche aus[lotet].“ Durch die Übertragung des Gesehenen auf die Realität bzw. den Abgleich von Fantasie und Realität wird von ihnen abverlangt, ihr Verständnis von Gut und Böse anzuwenden (vgl. Geulen, 2007).

Wie aber bereits durch Piaget beschrieben besteht der kindliche Entwicklungsprozess insbesondere die Ausbildung kognitiver Strukturen, aus verschiedenen Stufen (vgl. Geulen, 2007, S. 129). Während des Heranwachsens durchläuft das kindliche Gehirn diese Stufen, wobei Kinder mit fortschreitendem Alter zunehmend in der Lage sind zu differenzieren und zu abstrahieren. Dies ist ihnen während der Entwicklung noch nicht möglich. Während des Entwicklungsprozesses sind Kinder nicht von Beginn an in der Lage, eine klare Grenze zwischen der Realität und der Phantasie zu ziehen. Dadurch ist es ihnen bei Fernsehsendungen oftmals gar nicht möglich, dies zu differenzieren. In den ersten Lebensjahren halten sie alles Gesehene für Realität. Im Alter von ca. 6 Jahren beginnen sie, sich die Frage nach Wirklichkeit und Phantasie zu stellen. Als Beispiel können hierfür Märchen herangezogen werden (vgl. Lang, 1980, S. 51). Da sich Entwicklungsschritte bei verschiedenen Kindern in unterschiedlichem Tempo vollziehen, ist es nicht pauschal auf das Kindesalter übertragbar, ob sich Sendungen für das jeweilige Kind eignen oder nicht (vgl. ebd.;

Geulen 2007, S.129). Die Aktualität der Aussagen von Lang ist gegeben, auch wenn diese bereits mehr als 30 Jahre zurück liegen.

Aber auch bei der Nutzung anderer Medien zeigen sich geschlechtsspezifische und vom Bildungsgrad abhängige Nutzungsunterschiede. Mädchen lesen zum Beispiel mit 52% lieber ein Buch als Jungen mit nur 29%. Kinder mit niedrigem Bildungsgrad nutzen vermehrt den Fernseher und Computerspiele, wohingegen Kinder mit höherem Bildungsgrad eher auf Musik abspielende Medien, das Internet oder Bücher zurückgreifen. Während sich die Gesamtmediennutzung in den vergangenen Jahren eingependelt hat, steigt die Nutzung des Internets weiterhin an. Die Nutzung der Medien Fernsehen und Radio sowie Freizeitaktivitäten wie „sich mit Freunden Treffen“ oder sportliche Aktivitäten haben nicht weiter abgenommen. Durch die ansteigende Zeit, die Kinder mit Medien verbringen, die auch Freizeitaktivitäten wie „sich mit Freunden treffen“ ausüben kann angenommen werden dass Medien auch parallel genutzt werden und Jugendliche einem „(...)permanenten medialen Grundrauschen(...)“ (Frölich & Lehmkuhl, 2012, p. 13) ausgesetzt sind. Bei Jugendlichen spielt das Internet als Freizeitbeschäftigung eine sehr große Rolle. Bei Kindern ist dies aufgrund ihres Alters noch weniger der Fall und konzentriert sich eher auf die Nutzung des Fernsehers. Drei Viertel der Kinder (die Angaben beziehen sich stets auf 6 bis 13 jährige) verbringen damit täglich ca. 100 Minuten vor dem Fernseher. 80% der Kinder, die über einen Computerzugang verfügen benutzen diesen einmal wöchentlich, 28% nutzen ihn täglich. Auch bei der Altersgruppe der Kinder hat sich die Nutzung des Internets im Vergleich mit der vorhergegangenen Untersuchung deutlich zugenommen. Parallel dazu ist auch die Zahl der Kinder die in ihrer Freizeit nicht lesen gestiegen. Kinder nutzen das Internet vorwiegend für die Informationsbeschaffung, besuchen Kinderseiten oder soziale Netzwerke. Der Anteil der Jungen, die willkürlich surfen oder Onlinespiele spielen nimmt ebenfalls zu (vgl. ebd.).

Zusätzlich zur Nutzung der genannten Medien, verfügt Inzwischen jedes zweite Kind über ein Mobiltelefon. Bei den 6-7 jährigen sind es ca. 20% und mit steigendem Alter sind es annähernd 100%. Oftmals werden sie angeschafft um einen Kommunikationsweg zwischen Kind und Eltern herzustellen. Jedoch gewinnt die Multifunktionalität der Geräte zunehmend von Bedeutung. Es ist festzustellen dass es schichtspezifische Unterschiede in der Handynutzung gibt. Bei Kindern, die einem niedrigeren sozioökonomischen Status angehören, verfügen 32,8% über ein Mobiltelefon, sie nutzen dieses aber häufiger (59%) als Angehörige eines höheren sozioökonomischen Status. Von diesen besaßen 43,9% der Befragten ein Mobiltelefon genutzt wurde es nur zu 16% (vgl. Frölich & Lehmkuhl, 2012, S. 15 ff.).

Durch die rasante Entwicklung und Verbreitung von immer mehr medialen Möglichkeiten ist es schwer, durch wissenschaftliche Begleitforschung zeitnah Ergebnisse zu liefern, die Aufschluss

darüber geben, welche Auswirkung die Nutzung der Medien tatsächlich auf die Entwicklung oder die Gesundheit der Kinder hat (vgl. Frölich & Lehmkuhl, 2012, S. 36).

Computerspiele können sich positiv auswirken. So fördern sie unter Umständen spezielle Aufmerksamkeitsaspekte wie z.B. die Reaktionsgeschwindigkeit oder sie verstärken die Diskriminationsschärfe<sup>3</sup>, wenn es um die Identifikation von Objekten geht. Sie können aber auch negative Folgen haben, wie beispielsweise eine Vigilanz-Minderung<sup>4</sup> (vgl. Frölich & Lehmkuhl, 2012, S. 36). Wie sich das dauerhafte Multitasking auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirkt ist noch nicht ausreichend erforscht. Es ist jedoch möglich, dass die fehlenden oder nur minimalen Ruhephasen zwischen der stetigen Verarbeitung von medialen Reizen Einfluss auf kognitive Verarbeitungsprozesse nehmen können. Denn für einen dauerhaften Lernprozess sind Ruhephasen von großer Bedeutung, weil hierbei der Übergang von Informationen, die kurzzeitig im Hippocampus gespeichert wurden, ins Langzeitgedächtnis stattfinden kann (vgl. Eschenko, 2013).

Außerdem lassen sich Personen, die regelmäßig für lange Zeit Computerspiele spielen oder das Internet nutzen, von unwichtigen Stimuli eher ablenken, wohingegen solche Personen ohne oder mit nur wenig Multitasking weniger störanfällig auf Umgebungsstimuli reagieren und sich besser fokussieren können. Kombiniert mit Bewegungsmangel sowie erhöhter Energiezufuhr kann exzessives Computerspielen zudem zu einer Ausprägung ernährungsbedingter Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Adipositas oder kardiovaskulären Erkrankungen beitragen. Des Weiteren steht der andauernde Konsum von Medien im Verdacht, Einflüsse auf den Blutdruck sowie den Alkohol und Nikotinkonsum auszuüben. (vgl. Frölich & Lehmkuhl, 2012, S. 41)

### *3.5 Sozialisation durch vorschulische Bildungseinrichtungen*

Sofern in einer Familie nur ein Kind gibt, beginnt die Sozialisation im Kontakt mit anderen Kindern frühestens in der Krippe oder im Kindergarten. Hier findet es in der Regel das erste Mal statt, dass sich ein Kind alleine in einer neuen Umgebung befindet und sich mit neuen Personen umgibt (vgl. Laewen, Anders, & Hedervari, 1990, S. 11). Dieser Prozess kann auch als sekundäre Sozialisation bezeichnet werden (vgl. Ecarius, et al., 2011). Im § 22 des 8. Sozialgesetzbuches wurde festgehalten, dass Einrichtungen wie Kindergärten und Krippen den Auftrag haben, bei der „Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ sowie bei der Erziehung unterstützend zu wirken. Dieser Auftrag umfasst die

---

<sup>3</sup> Diskrimination: „Fähigkeit gleichzeitig an versch. Punkten (z.B. auf der Haut) od. zu versch. Zeiten gesetzte Reize unterscheiden zu können“ (Anon., 2013, p. 486)

<sup>4</sup> Vigilanz: „Wachheit, Aufmerksamkeit“; Vigilanzminderung: „graduelle Einschränkung der Vigilanz“ (Anon., 2013, p. 2226)

Bereiche Bildung, Betreuung und Erziehung auf der geistigen, körperlichen, sozialen sowie emotionalen Ebene.

Es soll eine dem Entwicklungsstand entsprechende Förderung stattfinden, die sich nach den individuellen Bedürfnissen richtet (vgl. Bundesministerium für Familie, 2013, p. 88). Durchschnittlich 15-30 % der Kindergartenkinder sind entwicklungsbedingt- oder sozial benachteiligt. Besonders bei diesen Kindern sollen durch vorschulische Bildungseinrichtungen Benachteiligungen kompensiert und Entwicklungen gefördert werden (vgl. Ecarius, et al., 2011, p. 103).

Außerdem machen Kinder in vorschulischen Bildungseinrichtungen erste Erfahrungen mit Gleichaltrigen. Diese Erfahrungen sind wichtig für die Ausbildung von sozialen Verhaltensweisen. Beziehungen zu Erwachsenen sind für Kinder asymmetrisch, weil Erwachsene erfahrener sind und den Kindern gegenüber einen Vormund darstellen. Dahingegen stellt eine Beziehung unter Gleichaltrigen, die sozial gleichgestellt sind, einen guten Rahmen zum Erlernen sozialer Normen dar. Hier können Kinder außerdem Werte und die Dynamik von Freundschaften kennenlernen. An diesen Vorgaben können sie dann ihr eigenes sowie das Verhalten anderer messen und bewerten (vgl. Geulen, 2007, S. 150 ff.). Die Gleichaltrigen bieten jedoch auch erstmals Raum für unkonformes Verhalten. Dieser muss auch bestehen, damit sich die sozialisierende Wirkung dieser Gruppe entfalten kann. Hierbei wird experimentiert, von gesellschaftlichen Regeln abgewichen und dadurch erst ein eigenständiges Rollenverhalten möglich. Die Gleichaltrigengruppe baut sich durch eine gemeinsame Kleidung und Sprache sowie eine eigene Lebenswelt auf und kann sich in dieser dann selbst entfalten (vgl. Hurrelmann, 2002, S. 240 ff.). Es ist aus unterschiedlichen Gründen möglich, dass Gleichaltrige einzelne Kinder nicht akzeptieren werden. Diese geraten dann in eine Randposition, die mit fehlender Anerkennung einhergeht. Sie kann das Selbstwertgefühl negativ beeinflussen (vgl. ebd.).

Ebenso wichtig für eine altersgerechte Entwicklung vor dem Schuleintritt ist das freie Spiel. Dieses sollte sowohl im familiären Umfeld als auch in vorschulischen Einrichtungen Anwendung finden. Denn freies Spiel ist für Kinder „Methode, Medium, Antrieb und Belohnung zugleich. In ihm wird das Kind zum Akteur seiner Entwicklung“ (Luchterhand, 1997). Kinder schaffen sich beim freien Spiel ihre eigene Welt und erfinden Beziehungsmuster. Diese Art des Spiels trägt dazu bei „(...) Strategien zur Selbstvergewisserung und Selbsterhaltung, Selbstdarstellung und Selbstverwirklichung zu erwerben.“ (Apel, et al., 2011, p. 26). In deutschen Städten gibt es für Kinder kaum noch freie Spielflächen. Stattdessen sollen Kinder auf eingezäunten Spielplätzen spielen, die für sie meist gar keine reizvolle Spielumgebung darstellen (Apel, et al., 2011, p. 9). Kinder benötigen den Freiraum um selbst die Akteure ihrer Entwicklung sein zu können. Dazu brauchen sie gestaltbare Spielflächen, Kontakt zu Tieren sowie Naturerlebnisse. Kinder müssen

beobachten und erkunden können (vgl. ebd. p.14). Durch die starke Motorisierung in Städten können sich Kinder nur noch begrenzt frei bewegen; sie werden aus öffentlichem Raum verdrängt. (vgl. ebd. p.37). Durch diese Entwicklungen kommt Eltern eine zusätzliche Verpflichtung zu. War es zu anderen Zeiten möglich, Kinder im freien Spiel mit Freunden ihre eigenen Erfahrungen sammeln zu lassen, müssen solche Begegnungen heute durch die Erwachsenen organisiert und geplant werden. Dies ist neben der Zeiterfordernis auch logistisch unter Umständen eine große Herausforderung.

### 3.6 Personale und soziale Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die Lebensbewältigung

Es zeigt sich, dass sowohl die personalen als auch die sozialen Ressourcen den Sozialisationsweg zu unterschiedlichen Teilen beeinflussen. Durch die bereits erwähnte meist geringe Abweichung vom sozialen Status der Eltern wird diesen Kindern mit niedrigem SES der Erwerb höherer Bildungsabschlüsse erschwert und bleibt zumeist unerreichbar (vgl. Schütte, 2013).

Die BELLA-Studie, die sich mit dem seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen beschäftigt, zeigt auf, wie wichtig die Familienverhältnisse für die seelische Gesundheit sind. Hier haben die Forscher herausgefunden, dass Kinder aus niedrigem SES ein erhöhtes Krankheitsrisiko besitzen. Je niedriger das Einkommens- und Bildungsniveau ist, desto höher ist dieses. Zu den weiteren negativ beeinflussenden Faktoren gehört das Fehlen eines Schulabschlusses der Eltern, psychische oder physische Erkrankungen der Erziehungspersonen oder Konflikte im Familiensystem. Unterstützend könnten sich die Forscher für die betroffenen Kinder Ernährungsberatung, Selbstbewusstseinstraining in KITAs oder Stressbewältigung in höheren Bildungseinrichtungen vorstellen (vgl. Schütte, 2013, S. 10 ff.). Zusammenfassend kann durch die KIGGS- Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) ebenfalls bestätigt werden, dass alle festgestellten chronischen Erkrankungen einen „sozialen Gradienten zugunsten der unteren Sozialschicht auf (weisen)“ (Schlack, et al., 2008, p. 245). „Personale, familiäre und soziale Ressourcen waren bei Kindern mit niedrigen Sozialstatus geringer, Tendenzen zu gesundheitlichem Risikoverhalten wie Alkohol-, Tabak oder hohem Medienkonsum hingegen stärker ausgeprägt als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus“ (ebd. S. 246)

#### 4. Die ADHS Diagnose

Die im deutschsprachigen Raum „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) genannte Beeinträchtigung wird im englischen Sprachgebrauch als „attention deficit hyperactivity disorder“ (ADHD) bezeichnet. Der verbreitete Begriff der AD(H)S wird in deutscher medizinischer Fachliteratur aktuell unter dem Komplex der Hyperkinetischen Störungen (HKS) erfasst. „ADHS steht für eine verminderte Fähigkeit zur Selbststeuerung (...) die sich in den drei Hauptsymptomen Aufmerksamkeitsstörung, körperliche Unruhe/Hyperaktivität und Impulsivität niederschlägt“ (Gebhardt, et al., 2008). AD(H)S kann aber auch bezeichnet werden als eine „(...) biopsychosoziale Auffälligkeit in Interaktion mit sozialen Systemen, die Fähigkeiten der Selbststeuerung, Geduld und Ausdauer erwarten“ (Brandau, et al., 2006, p. 22). Die Verschiedenheit dieser beiden Definitionen macht bereits deutlich, dass eine Vielzahl von Meinungen bezüglich der Störung besteht. In dieser Ausarbeitung können demnach nur Teile der Forschung zu diesem Thema dargestellt werden. AD(H)S kann in jedem Lebensalter vorkommen. Im Folgenden wird jenes Lebensalter betrachtet, welches dem Schuleintritt eines Kindes vorausgeht. Zu dieser Zeit üben die Familie sowie vorschulische Bildungseinrichtungen mitsamt Erziehenden/Lehrenden sowie anderen Kinder Einflüsse auf den Sozialisations- und Entwicklungsprozess eines Kindes aus.

AD(H)S ähnliche Phänomene wurden bereits durch das Buch „der Struwwelpeter“ (1845) bekannt. Die dort beschriebenen Figuren „Zappel-Philip“ sowie „Hans-guck-in-die-Luft“ kommen der heutigen AD(H)S Symptomatik erstaunlich nahe. Die wissenschaftliche Betrachtung der ADHS reicht jedoch nicht so weit in die Geschichte zurück. Der Begriff der HKS ist erstmalig 1932 in deutschsprachiger Literatur zu finden. Während noch in den 60er und 70er Jahren der Begriff der Minimalen Zerebralen Dysfunktion, der „(...)aus der Tradition der organischen Störungen(...)“ herrührt, eine wichtige Rolle „(...)in der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitslehre (...)“ spielte (Steinhausen, 2010, p. 13), fand parallel eine Entwicklung statt, in der sich die Definitionen der Auffälligkeit zunehmend auf Verhaltensphänomene konzentrierten statt sich nach ätiologischen Ableitungen zu richten (vgl. ebd.). So kam es dazu, dass 1980 erstmals in der dritten Fassung des amerikanischen Klassifikationshandbuches (DSM III = Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders) eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung inklusive oder exklusive der Modalität Hyperaktivität aufgeführt wurde. Daraufhin ist 1990 auch eine erste Klassifizierung in der in Deutschland verwendeten ICD (International Classification of Diseases) vorgenommen worden. Hier wurde mit der Hyperkinetischen Störung ein stärkeres Augenmerk auf die hyperaktiven Züge

gesetzt. Durch den Begriff der Hyperkinese<sup>5</sup>, welche als speziell motorische Störung definiert ist, impliziert dieser jedoch keinen passenden Terminus für eine psychische Störung (vgl. Steinhausen, 2010, p. 13 ff.).

Ein so genanntes Aufmerksamkeitsdefizit kann in verschiedenen Diagnosen enthalten sein. Der in Deutschland aktuell verwendete Klassifizierungskatalog ICD-10-GM<sup>6</sup> benennt es in Form der hyperkinetischen Störungen (HKS), während im amerikanischen Klassifikations-Manual für psychische Erkrankungen (aktuelle Version: DSM V) der Begriff der „Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder“ (ADHD, oder deutsch: ADHS) klassifiziert wird. Die beiden Klassifikationen unterscheiden verschiedene Subtypen und setzen für eine Diagnosestellung unterschiedliche Symptome sowie deren Auftreten voraus. Um hier einen groben Überblick zu geben, werden die beiden Klassifikationen im Folgenden dargestellt.

In der ICD 10 findet sich die Problematik im Kapitel F 9, welches sich mit Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend befasst. Dort steht unter den hyperkinetischen Störungen zunächst „F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ Die Diagnosestellung „(...) fordert das eindeutige Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe, das situationsübergreifend und andauernd ist, und welches nicht durch andere Störungen (...) verursacht ist“ (Weltgesundheitsorganisation, 2011, p. 310). Des Weiteren kann eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) oder eine nicht näher bezeichnete Hyperkinetische Störung (F90.8) diagnostiziert werden. Diese Störungsgruppen beinhaltet jedoch stets ein Vorhandensein von Hyperaktivität. Eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung ist aber auch ohne diese Komponente möglich. Deshalb gibt es im gleichen Kapitel unter „F98.8 sonstige andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend“ die Möglichkeit, ein Aufmerksamkeitsdefizit ohne die hyperaktive Komponente abzubilden. Diese wird hier dann als „Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität“ bezeichnet (Weltgesundheitsorganisation, 2011, p. 345). Die genauen Kriterien, die in der ICD-10 festgehalten, sind werden im Anhang aufgeführt.

Im aktuellen „amerikanischen diagnostischen und statistischen Handbuch Psychischer Störungen“ (DSM V) werden zwei Hauptdimensionen (Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit) genannt, die bei einer ADHS (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) vorkommen können. In mindestens einer der beiden Hauptdimensionen müssen sechs oder mehr Symptome (die ebenfalls im Anhang aufgeführt sind) während der letzten 6 Monate bestehen die sich in ihrem Ausmaß nicht mit dem

---

<sup>5</sup> Hyperkinese: „pathlogisch gesteigerte Motorik v.a. der Skelettmuskulatur mit z.T. unwillkürlich ablaufenden Bewegungen“ (Psyhyrembel, 2013)

<sup>6</sup> „Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland“ (DIMDI, 2014)

Entwicklungsstand vereinen lassen. Weiterhin wird vorausgesetzt, dass die Symptome einen negativen Einfluss auf soziale oder akademische Aktivitäten ausüben. Schließlich unterscheidet der Klassifikationskatalog drei unterschiedliche Typen. Es liegt eine kombinierte Variante vor, in der sowohl aus der Aufmerksamkeitsdimension sechs oder mehr Symptome für zutreffend befunden wurden als auch aus der Hyperaktivitäts-/Impulsivitätsdimension. Dann gibt es zwei weitere Typen, die die jeweiligen Dimensionen einzeln umfassen: der vorwiegend unaufmerksame Typ und der vorwiegend hyperaktive/impulsive Typ (American Psychiatric Association, 2013, p. 59 ff.). In Deutschland werden zur Verschlüsselung von Erkrankungen für die Krankenkassen ICD-Codes verwendet. Für die Diagnose der AD(H)S können jedoch die Kriterien beider diagnostischen Manuale verwendet werden, die des ICD-10 sowie die des DSM-V. Daraus resultiert jedoch auch die Schwierigkeit, einheitliche Prävalenzzahlen und andere Marker zu finden.

Durch die Daten einer Erhebung des Robert Koch Instituts über die Gesundheit von Kindern (KIGGS Studie) konnten verschiedene Prävalenzzahlen ermittelt werden. Unter den Kindern ab Schulalter ist die AD(H)S mit einer Prävalenz von ca. 5% vertreten. Hinzu kommen weitere 5% Verdachtsfälle. Im Vorschulalter ist die Diagnose noch nicht so stark verbreitet; zirka 1,5% wurden bereits diagnostiziert, bei weiteren 6% besteht der Verdacht auf AD(H)S (vgl. BZgA & RKI, 2008, p. 60). Bei 0,9% der Stichprobe fand eine medikamentöse Behandlung statt. Jungen wurden dabei 5-fach häufiger medikamentös behandelt als Mädchen. Der größte Teil medikamentös behandelter Kinder waren Jungen zwischen dem 6. und 10. sowie zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr. Weiterhin wurden Jungen ohne Migrationshintergrund sechsfach häufiger mit Medikamenten behandelt als solche mit Migrationshintergründen. Dies kann auf unterschiedliche Systemzugangsmöglichkeiten oder auf Verschiedenheiten in der Toleranz gegenüber den Symptomen zurückzuführen sein (vgl. BZgA & RKI, 2008, p. 57 ff.).

#### 4.1 ADHS und die Ursachen

Es werden verschiedenste Ursachen und Einflussfaktoren der AD(H)S diskutiert. Diesen werden weiterhin unterschiedliche Wirkungen zugemessen. Die Bundesärztekammer gibt in einer Stellungnahme 2006 bekannt, dass die Ätiologie der ADHS nicht gänzlich geklärt sei. Es ist lediglich sicher, dass die Störung nicht durch eine einzelne Ursache begründet werden kann. Mehrere Faktoren seien an der Entstehung beteiligt. Das „Gefüge der ADHS lässt sich derzeit erst annähernd beschreiben“ (Bundesärztekammer, 2006).

Die Ursachenforschung lässt sich in grobe Ansatzrichtungen eingeteilt. Zunächst beschäftigt sich die medizinisch-biologische Sichtweise mit genetischen Faktoren und somit der familiären Vererbung (vgl. Dammasch, 2013, p. 130 ff.). Hierzu wurden Ende der 90 Jahren verschiedene

Zwillings- und Adoptionsstudien durchgeführt. Zusammenfassend ergaben alle einen hohen Anteil genetisch ursächlicher Faktoren. Die Ergebnisse reichten von ca. 50% genetischer Beteiligung bis hin zu 90%. Aktuellere Studienergebnisse in diesem Design konnten nicht ausfindig gemacht werden. Auch aktuelle Literatur bezieht sich bezüglich dieser Annahmen stets auf diese Studien. Warnke et al. drücken sich 2011 zur Ursachenforschung wie folgt aus: „Die ADHS ist eine komplexe multifaktorielle Erkrankung, bei der die Beteiligung zahlreicher Gene kleiner Effektstärken anzunehmen ist“. Zu den medizinischen Sichtweisen gehört auch die Neurochemische Hypothese; sie bringt ein Ungleichgewicht bzw. eine Fehlsteuerung der verschiedenen<sup>7</sup> Neurotransmitter-Systeme mit ADHS in Verbindung (vgl. Brandau, et al., 2006, p. 30). Die Beteiligung der dopamergen -, serotonergen - und noradrenergen - Gene gehört auch laut Warnke et al. (2011) zu den anhand Metanalysen am besten belegten Befunden. Die Gabe von stimulierenden Medikamenten wie beispielsweise Ritalin® führt im Gehirn unter anderem zur Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin. Durch die Wirksamkeit von Stimulanzien und funktionelle Untersuchungen gilt die neurochemische Ursache zusätzlich als gesichert (vgl. Ramanos, et al., 2011). Die Theorie der „fehlangepassten Sicherheitsreaktion (TFAS)“ stellt die Hypothese auf, dass der Mensch nur in der Lage ist, angemessenes Verhalten zu erzeugen, wenn keine Beeinträchtigung des Sicherheitsempfindens besteht. Dietrich erklärt den Hintergrund der Theorie wie folgt. „Wird eine relevante und unmittelbare Beeinträchtigung der Sicherheit erkannt, wird die Hirnfunktion auf die Wiederherstellung der Sicherheit ausgerichtet. (...) Die Ausrichtung der gesamten Hirnleistung erfolgt auf die kurzfristige Erlangung einer höchstmöglichen Sicherheit und nicht auf eine menschlich-kulturelle Lebensführung (...) Wird dieser Zustand jedoch im Gehirn hergestellt, ohne dass eine tatsächliche Gefahrensituation besteht (...) geht dem Individuum die Kulturfähigkeit verloren, die die einzig zutreffende Ausrichtung auf die Lebenssituation darstellt“ (Dietrich, 2011, p. 11).

Insgesamt stellen bereits die medizinischen Ursachen ein breites Feld dar, in welchem sehr viele verschiedene Ansätze diskutiert werden und deren Zusammenspiel nicht eindeutig geklärt ist.

Als zweiter Ursachenkomplex ist zudem die psychoanalytische Sichtweise zu betrachten. Hierbei werden verinnerlichte Probleme in Beziehungsmustern zu Vater und/oder Mutter als Ursachen gesehen. Diese können dann zum komplexen Erscheinungsbild der ADHS-Symptomatik führen (vgl. Dammasch, 2013, p. 130, Heinemann & Hopf, 2006, p. 106 ff.). Hüther und Bonney haben Hinweise darauf gefunden, dass diese Bindungsstörungen darauf zurückzuführen sein können, dass der Gleichgewichtssinn von einigen Kindern nicht ausreichend ausgeprägt ist. Dies führt dann dazu, dass sie auf Wiegen und Schaukeln der Mutter ängstlich reagieren. Dies stört die frühe Bindung zwischen Mutter und Kind und fördert möglicherweise die spätere Ausprägung einer

---

<sup>7</sup> Dopaminerges-, Serotonerges-, noradrenerges- System

AD(H)S (Hüther & Bonney, 2002, p. 142 ff.). Heinemann und Hopf (2006, p.18) benennen zudem weitere psychoanalytische Phänomene als mögliche Ursachen. Dazu gehören Sexualisierung, Aggressivierung (vgl. ebd. 115 ff.), Individualitätsstörung (vgl. ebd. 109 ff.) und eine Depressionsabwehr (vgl. ebd. 121 ff.). Die genauen Theorien werden an dieser Stelle nicht näher erläutert.

Als dritten Blickwinkel ist die soziologische Sicht zu nennen, in der die Verhältnisse des Aufwachsens als Einflussfaktor an Bedeutung gewinnen, „Insbesondere die Beschleunigungsanforderungen durch ökonomischen Effektivitätsdruck und die Computerisierung führen zur Einschränkung freier Spielräume für Kinder“ (Damasch, 2013, p. 130).

„Ein unstrukturierte familiäres Umfeld, das Fehlen von Entwicklungsanregungen, geringe Anregung von planvoll-reflexivem Verhalten begünstigen Aufmerksamkeitsstörungen, indem sie beteiligt sind an: der Ausbildung von Impulsivität und Hyperaktivität, Einschränkung der Verhaltensorganisation (...), einer ungünstigen reaktiven Verarbeitung der Aufmerksamkeitsstörung“ (Brandau, et al., 2006, p. 34) Brandau verdeutlicht hier, wie wertvoll eine frühe Förderung der Kinder sein kann. Psychosoziale Faktoren pflegen verschiedene Auswirkungen zu haben. Sie können zu einer Verschlimmerung der Symptomatik führen, diese positiv beeinflussen oder mindern (vgl. Brandau, 2008, p. 32).

Zudem werden Nahrungsmittelallergien und Schadstoffen eine AD(H)S begünstigende Wirkung zugesprochen. Darunter gelten z.B. Blei, synthetische Farbstoffe oder Nahrungsmittel wie Kuhmilch und Weizen als relevant. Die Ergebnisse bisheriger Studien konnten eine Nahrungsmittelunverträglichkeit bei einer kleinen Subgruppe als ursächlich benennen (Brandau, et al., 2006). Die Zusammenhänge mit Lebensmittelallergien sind jedoch nicht gesichert (vgl. Warnke, et al., 2011, p. 1179).

Aktuelle neurobiologische Erkenntnisse könnten jedoch eine Verbindung zwischen dreien der Ursachenansätze herstellen. Es zeigt sich, dass sich die Entwicklung von Strukturen des Gehirns von Beziehungs- und Umwelterfahrungen beeinflussen lässt.

„Wenn sich Gehirnstrukturen prinzipiell entlang des Gebrauchs im frühkindlichen Umfeld nutzungsabhängig (use it or lose it) aufbauen, dann ist anzunehmen, dass auch problematische Beziehungserfahrungen sich als Muster neurologisch eingravieren. Die Gehirnentwicklung formt sich im Zusammenspiel von genetischer Ausstattung und früher Beziehungserfahrungen. (...) So kann ADHS verstanden werden als eine psychosoziale Störung mit Krankheitswert, bei der es zu spezifischen hirnorganischen Verhältnissen gekommen ist, die durch ein jeweils individuelles Wechselspiel früher problematischer Beziehungserfahrungen und mitgebrachten Erbanlagen geformt wurden. Einen besonderen Faktor beim symptomproduzierten Wechselspiel von Biologie

und Soziologie spielt dabei das männliche Geschlecht“ (Damasch, 2013, p. 130). Es ist also möglich, von einer „(...)erfahrungs- und nutzungsabhängigen Plastizität des Gehirns(..)“ auszugehen. Festgestellte neuronale Veränderungen könnten also nicht nur Ursache der Störung, „(...) sondern auch Folge einer ADHS-typischen Nutzung des Gehirns sein“ (Heinemann & Hopf, 2006, p. 15).

Zudem können auch prä- und perinatale Einflüsse die Entwicklung von ADHS begünstigen. Zu den negativ wirkenden Faktoren gehören Alkohol und Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft, Sauerstoffmangel während der Geburt sowie Frühgeburt und niedriges Geburtsgewicht (vgl. Brandau, et al., 2006, p. 26; Remschmidt & Heiser, 2004). Das Zuführen von Nikotin während der Schwangerschaft gilt derzeit als am besten belegter Einflussfaktor (vgl. Warnke, et al., 2011, p. 1179).

Nimmt man die neurobiologische Theorie an, kann auch eine daraus resultierende elterliche Verhaltensweise die Ausprägung von AD(H)S begünstigen. Bereits in früher Kindheit durch ihr Temperament oder belastende prä- und perinatale Erlebnisse wegen ihrer Unruhe auffällige Kinder fordern von ihren Eltern vermehrt sensorische Stimulationen ein. Indem die Eltern aktiv darauf reagieren steigern sie die sensorischen Eindrücke des Kindes. Schreien, Unruhe oder Schlafstörungen sollen dadurch verringert werden. Auf eine erneute Stimulation erfolgt dann im kindlichen Gehirn unter Umständen eine verstärkte Ausprägung des dopaminergen Systems, was wiederum dazu führt, dass das Kind erneut nach Stimulation sucht. Dabei kann ein „Stimulationsteufelskreis“ entstehen (vgl. Bonney, 2008, p. 118 ff.).

Abschließend ist das häufige Vorkommen der AD(H)S mit Komorbiditäten zu nennen. Dabei erscheint unklar, ob diese tatsächlich als Komorbiditäten zu werten sind, oder ob eine Störung als ursächlich für die andere zu werten ist (Heinemann & Hopf, 2006, p. 16). Bei psychischen Störungen ist das Auftreten einer Komorbidität keine Ausnahme, sondern eher der Regelfall. Kain et al. haben als häufigste mit AD(H)S vergemeinschaftete Störungen die Störungen des Sozialverhaltens, Lese-Rechtschreibschwäche, Dyskalkulie, Depression, und Angststörungen genannt (Kain, et al., 2008, p. 757 ff.).

## 4.2 Diagnostik und Differentialdiagnostik von ADHS

Wie bereits erläutert, wird AD(H)S in unterschiedlichen Klassifikationen verschieden bezeichnet und definiert. Als Gemeinsamkeit der Klassifikationen lassen sich jedoch Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Impulsivität und motorischer Aktivität nennen. Diese Faktoren müssen zur Diagnosestellung nach beiden Manualen situationsübergreifend auftreten. Die Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (im Folgenden DGKJP

genannt) hat in ihrer „Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ ein Kapitel bezüglich der hyperkinetischen Störungen veröffentlicht. Die Leitlinie ist eine systematisch entworfene Entscheidungshilfe für Ärzte und basiert auf aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand. Hierin ist festgehalten, welche Symptome die hyperkinetischen Störungen umfassen, wie sie im speziellen diagnostiziert werden und wie die Modalitäten einer Behandlung aussehen können.

Diese Leitlinie dient vielen Publikationen und Studien als Anhaltspunkt. Im folgenden Kapitel werden ebenfalls Teile der Leitlinie verwendet. Die aktuell verfügbare Version dieser Leitlinie ist in ihrer Gültigkeit Ende 2011 abgelaufen. Eine neuere Fassung wird Ende 2014 erwartet. Aus diesem Grund wurde für die Erarbeitung die aktuell bestehende Version der Leitlinie genutzt.

Die Diagnose AD(H)S wird meist während der ersten Schuljahre gestellt (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 62). Das Auftreten der Symptome vor dem sechsten bzw. siebten Lebensjahr ist jedoch für beide Klassifikationskataloge erforderlich. Dennoch ist eine Diagnosestellung nach beiden Klassifikationskatalogen erst ab dem 6. Lebensjahr vorgesehen.

Im Rahmen der BELLA Studie wurden für die nach DSM-V und die nach ICD-10 gestellten Diagnosen unterschiedliche Prävalenzen ermittelt. Dies kann auf verschieden starke Kriterien der Klassifikationskataloge zurückzuführen sein. Mittels der DSM V Kriterien wurde drei bis viermal häufiger diagnostiziert, als es anhand der ICD Kriterien der Fall war (vgl. Döpfner, et al., 2008, pp. 59-70). Um falsche Diagnosen oder fehlende Diagnosen zu vermeiden, muss eine Mehrebenen-diagnostik erfolgen. Diese ist sehr aufwendig, aber unerlässlich um korrekte Diagnostik zu gewährleisten.

Diagnostiziert wird ADHS von Kinder- und Jugendärzten. Die Störung sollte jedoch zusätzlich von Kinder- und Jugendpsychiatern oder durch Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche durch eine eingehende Untersuchung verifiziert werden (vgl. Dammasch, 2013, S.129). Die Diagnostik besteht aus einer Exploration, Fragebögen (standardisiert), einer differentialdiagnostischen körperlichen Untersuchung sowie einer Intelligenztestung. Die genauen Punkte, die bei der Diagnostik zu beachten sind, werden im Folgenden erläutert.

In den zuvor bereits erwähnten Leitlinien zu hyperkinetischen Störungen wird durch die DGKJP die Exploration folgender Bereiche im Rahmen einer umfassenden Diagnostik empfohlen. Untersucht werden sollen die Komplexe Symptomatik; Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte; psychische Komorbidität und Begleitstörungen; Störungsrelevante Rahmenbedingungen; Apparative-, Labor- und Test-Diagnostik sowie Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik. Um auch mit dem weiteren Umfeld (Bildungseinrichtungen etc.) des

Kindes Kontakt aufnehmen zu können, bedarf es stets der Erlaubnis durch die Eltern. Dies gilt ebenfalls für die Implementierung von Maßnahmen im außerfamilialen Umfeld des Kindes.

Zunächst werden sowohl die Eltern als auch das Kind (in Abhängigkeit seines Alters) befragt. Das Kind wird auf die Leitsymptome hin untersucht und in seinem Verhalten beobachtet. Sofern die Eltern ihr Einverständnis dazu geben, werden auch Informationen aus dem Kindergarten o.ä. bezüglich der Symptomatik eingeholt. Hierbei werden das Auftreten und die Häufigkeit der Leitsymptomatik erfragt. Außerdem können durch Elternfragebögen und Befragungen von Erziehenden im Kindergarten weitere Informationen über das Verhalten des Kindes eingeholt werden. Ebenfalls im elterlichen Gespräch wird die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte erfasst. Hierzu gehört das erste Auftreten der Symptome, deren Verlauf, aber auch prä- oder perinatale Besonderheiten. Die Abklärung von Komorbiditäten oder Begleitstörungen erfordert besondere Sorgfalt. Mit den Eltern und anderen Bezugspersonen (aus Kindergarten/Schule) sollen dazu z.B. das Sozialverhalten, der Entwicklungsstand sowie andere Bereiche erfasst werden. Bezüglich störungsrelevanter Rahmenbedingungen werden familiäre Ressourcen und allgemeine psychosoziale Bedingungen untersucht. Ebenfalls könnten belastende Bedingungen im Kindergarten auftreten. Aber auch eine körperliche Untersuchung ist inbegriffen. Hierzu sollten Hör- und Sehtests durchgeführt, bisherige medizinische Untersuchungen beim Hausarzt geprüft sowie eine orientierende neurologische und internistische Untersuchung durchgeführt werden. In Form von Apparativer- und Labor-Diagnostik wird für Schulkinder eine orientierende Intelligenztestung empfohlen. Bei Vorschulkindern sollte eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik erfolgen, da eine Komorbidität mit Entwicklungsstörungen häufig ist und der Stand seitens der Eltern nur ungenau bestimmt werden kann. Zur Weitergehenden Diagnostik und Differentialdiagnostik werden ebenfalls Informationen durch Eltern und Bezugspersonen eingeholt, außerdem findet eine Beobachtung statt. Es sollten Störungen des Sozialverhaltens, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen, Depressive/Manische Episoden, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Misshandlung/Vernachlässigung des Kindes, Suchterkrankungen und weitere Probleme ausgeschlossen oder als komorbide Störung erfasst werden. Videogestützte Beobachtungen oder apparative Testung der Aufmerksamkeit können die Explorationen der Eltern und des Kindergartens ergänzen, aber nicht ersetzen (vgl. Döpfner, et al., 2007, pp. 2-5).

Besonders hervorzuheben ist, dass die Diagnose ADHS niemals ausschließlich als „Blickdiagnose“ gestellt werden darf und stets eine ausgiebige Differentialdiagnostik vorangegangen sein muss (vgl. Lempp, 2010, S. 29 ff.). Um einen möglichst unverfälschten Eindruck von den kindlichen Verhaltensweisen zu erhalten, sind Beobachtungen der Interaktionen des Kindes in familiärer Umgebung sowie Elterngespräche unbedingt notwendig. Sobald das Kind ein Alter von mindestens

18 Monaten erreicht hat, ist eine alleinige Sitzung mit dem Kind ebenfalls angebracht. Dabei können dann das Spiel, der zwischenmenschliche Kontakt und auch die Kommunikationsfähigkeit des Kindes überprüft werden (vgl. Gontard, 2010, S. 23). ADHS-Kinder sind in Einzelkontakten die ihnen Grenzen, Struktur und Aufmerksamkeit bieten, oftmals völlig unauffällig. Ihre Schwierigkeiten in Bezug auf Geduld, Ausdauer und Selbststeuerung werden besonders bei fehlender Struktur deutlich. (vgl. Brandau, et al., 2006, p. 22)

#### 4.3 AD(H)S bei Vorschulkindern

Es kann für Eltern schwierig sein, vor allem vor dem vierten Lebensjahr die normalen Stufen einer kindlichen Entwicklung von ungewöhnlicher Hyperaktivität oder einem Aufmerksamkeitsdefizit zu unterscheiden. Individuelle Entwicklungsverläufe machen es der Umgebung schwer, die spezifischen Störungsbilder von jungen Kindern wahrzunehmen (vgl. Lempp, et al., 2010, p. 29). Auch Brandau benennt die Schwierigkeiten bei der Diagnostik als Besonderheiten der ADHS im Vorschulalter. Vor allem bei Vorschulkindern ist eine Abgrenzung der Störung von ausgeprägten Temperamentsvariationen problematisch (vgl. ebd. 2008, p. 30).

Die Diagnostik bei Klein- und Vorschulkindern stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Anamnese spielt hier eine übergeordnete Rolle. „Die Diagnostik kann als vulnerable „Achilles-Ferse“ des gesamten Krankheitskonzeptes ADHS bezeichnet werden. Insbesondere die individuelle Heterogenität der Symptome, die situative Abhängigkeit und damit Wechselhaftigkeit der Symptomatik, und der insbesondere bei jüngeren Kindern schwer abzugrenzende Übergang zur Normalität (bedingt durch die kategoriale Diagnostik: gesund vs. krank), erschweren die Diagnosestellung. Die Orientierung an der von verschiedenen Bezugspersonen unterschiedlich wahrgenommenen Phänomenologie und der Vergleich mit den jeweiligen Alters- und Intelligenznormen bedingen weitere diagnostische Herausforderungen. Die Existenz zweier weltweit anerkannter Klassifikationssysteme mit unterschiedlichen ADHS-Diagnosekriterien verkomplizieren die Diagnoseproblematik zusätzlich“ (Lempp, et al., 2010, p. 29).

Die Prävalenz psychischer Störungen im Kindesalter ist hoch: „(...) 14-25% aller Kleinkinder zeigen klinisch relevante psychische Störungen“ (ebd.). Die Störungen der Aufmerksamkeit bilden gemeinsam mit Störungen im Sozialverhalten die häufigste psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Remschmidt & Heiser, 2004, p. 2457).

Polancyk Et al. haben im Jahr 2007 mit einer literaturbasierten Recherche eine weltweite Prävalenz von ADHS von rund 5,3% feststellen können (vgl. Polancyk, et al., 2007, p. 942-948). Im Jahr 2008 wurde von den Autoren der BELLA Studie eine ähnliche Prävalenzrate von 5% für

AD(H)S ermittelt; diese bezog sich auf die Diagnosekriterien des DSM V. Zusätzlich wurde hier eine Prävalenz von 1% für die Hyperkinetische Störung nach den Kriterien des ICD 10 festgestellt. Eine höhere Prävalenz zeigt sich in beiden Fällen bei Jungen, kleineren Kindern sowie bei niedrigem SES (vgl. Döpfner, et al., 2008, pp. 59-70). „Im deutschen Gesundheitssystem wird zwar nach ICD-10 diagnostiziert, doch können dort auch Diagnosen nach DSM-IV verschlüsselt werden.“ Durch die strengeren Kriterien in der ICD erklärt sich eine deutlich unterschiedliche Prävalenz der Diagnosen nach den verschiedenen Manualen (vgl. Döpfner, et al., 2013).

#### 4.4 Behandlungsmöglichkeiten

Im Folgenden wird eine ADHS Behandlung der (DGKJP-) Richtlinien zur hyperkinetischen Störung entsprechend umrissen. Da sich das darauf folgende Kapitel ausschließlich mit ergotherapeutischen Behandlungsmethoden beschäftigt, werden hier die außerdem üblichen Behandlungsschritte gekennzeichnet. Um die Verteilung und Akzeptanz der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen zu verdeutlichen, werden Daten einer Erhebung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen verwendet. Die 2008 veröffentlichte Studie setzt sich mit der Behandlung von AD(H)S auseinander. Einbezogen wurden dabei Kinder, die entweder eine ADHS Diagnose oder eine darauf abzielende Behandlung (Medikation oder Ergotherapie) erhielten und deren Eltern. Es sollte herausgefunden werden, wie eine Behandlung von erkrankten Kindern aussieht und ob das angestrebte multimodale Behandlungskonzept Anwendung findet. Die Studie bestand aus drei Teilen, darunter einer qualitativen und quantitativen Elternbefragung (Teilstudie I), einer Befragung der zuständigen Kultusministerien und Schulbehörden der verschiedenen Bundesländer (Teilstudie II) sowie einer Auswertung der GEK Routinedaten zu Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen (Teilstudie III).

Im Idealfall folgt auf eine AD(H)S Diagnose eine multimodale Therapie, die individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten ist; eine stationäre Behandlung ist dabei in der Regel nicht erforderlich (vgl. Döpfner, et al., 2007, p. 5 ff.). Eine teil-/stationäre Therapie ist bei besonders schweren Fällen, in denen die familiäre (schulische/institutionelle) Integration gefährdet ist, indiziert (vgl. ebd.).

Zunächst sollte eine Beratung und Aufklärung (Psychoedukation) der Eltern und weiterer Bezugspersonen (z.B. Tagesmütter/-Väter, Lehrer-/Innen, Erzieher/-Innen) erfolgen. Hierbei sollen zunächst das Krankheitsbild, die Ursachen, der vermutliche Verlauf und die Behandlung selbst näher erläutert werden. Eine Beratung des Kindes kommt erst ab dem Schulalter oder entsprechendem Entwicklungsstand zur Anwendung (vgl. ebd.). Im Rahmen der GEK-Untersuchung zur Behandlung von ADHS (2008) gaben ca. 10 % der befragten Eltern an, dass sie

Gespräche (mit Ärzten, Therapeuten, Psychologen etc.) als die für sie hilfreichste Behandlung empfanden. Hier wird deutlich, welchen Stellenwert der persönliche Kontakt in Verbindung mit Fachwissen einnimmt.

Auf die Psychoedukation können außerdem Interventionen im familiären Umfeld oder dem Kindergarten erfolgen, um die Symptomatik zu reduzieren. Solche Interventionen setzen eine Kooperation durch die Familie oder andere Bezugspersonen voraus. Es können ein Elterntaining oder andere verhaltenstherapeutische Maßnahmen zum Einsatz kommen. Methoden wie positive oder negative Verstärkung unerwünschten Verhaltens werden neben weiteren Verhaltenstherapeutischen Techniken angewandt.

Ab Schulalter ist außerdem eine kognitive Therapie möglich. Diese soll bei der Aufgabenlösung helfen und Problemverhalten minimieren. (ebd.)

Eine Pharmakotherapie zur Reduzierung der hyperkinetischen Symptomatik kann ebenfalls Anwendung finden. Eine solche sollte jedoch erst als zweiter Schritt in Betracht gezogen werden, wenn die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen keine Wirkung zeigen. Außerdem sollte der Medikamentenbehandlung eine eingehende körperliche Untersuchung vorausgehen. Die Eltern müssen über Verlauf und Dosierung der Medikation, erwartete Veränderungen in der Symptomatik sowie Nebenwirkungen informiert werden. Die Auswirkungen dieser Behandlung auf das Verhalten im häuslichen Umfeld und in der Schule sollen überprüft werden. In Deutschland werden vorrangig Psychostimulanzien (Methylphenidat und Amphetamin) zur Behandlung von AD(H)S angewendet. Die Dosierung muss individuell bestimmt werden. Bei verschiedenen Komorbiditäten oder der starken Ausprägung besonderer Symptome können auch andere Medikamente verabreicht werden.

Weiterhin können diätetische Behandlungen und andere Behandlungsmöglichkeiten indiziert sein, deren Wirksamkeit bislang nicht ausreichend abgeschätzt werden kann (vgl. ebd.). Des Weiteren ist es durch die hohe Dichte an komorbiden Störungen oftmals notwendig, diese ebenfalls zu behandeln. Dazu kann z.B. ein soziales Kompetenztraining oder Einzel- und Gruppenpsychotherapie gehören (ebd.).

Bei der multimodalen Behandlung von Vorschulkindern ist zu beachten, dass vorrangig die Methoden der Elterninterventionen sowie die Platzierung in speziellen Einrichtungen angezeigt sind. Die medikamentöse Behandlung sollte erst in Erwägung gezogen werden, wenn die Interventionen nicht zu einer Besserung der hyperkinetischen Symptomatik führen. Eine kognitive Therapie ist aufgrund des altersbedingten Entwicklungsstandes bei Vorschulkindern nicht angezeigt (vgl. ebd.).

Die medikamentöse Behandlung muss in individueller Abstimmung jedes einzelnen Patienten erfolgen und kann nicht pauschalisiert werden. Es gibt verschiedene Mittel der Wahl, die je nach Symptomausprägung indiziert sind (vgl. ebd.). Im Rahmen einer Studie der GEK wurde die medikamentöse Behandlung von beinahe der Hälfte der Eltern erkrankter Kinder als die hilfreichste Therapiemaßnahme empfunden (vgl. Gebhardt, et al., 2008, p. 98).

Im Jahr 2010 hat der gemeinsame Bundesausschuss in Deutschland eine Entscheidung getroffen, die Kinder und Jugendliche vor der übermäßigen Stimulantienverordnung schützen soll. Seither soll eine Diagnose umfassender gestellt werden. Die entsprechende Medikation dürfen nur noch von Ärzten verordnet werden, die auf Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2010). Die Techniker Krankenkasse gab 2014 bekannt, dass daraufhin die Verordnungen von Stimulantien um ca. 3,4% zurückgegangen seien. Dies weist darauf hin, dass die Kinder nun mit mehr Vorsicht eine medikamentöse Behandlung erhalten. (Techniker Krankenkasse, 2014).

Ergotherapie und Mototherapie werden zur Ergänzung einer mindestens teilstationären Behandlung empfohlen. Die Wirksamkeit von Ergotherapie als alleiniges Behandlungsinstrument ist nicht erwiesen und wird von der DGKJP als entbehrliche Therapiemaßnahme bezeichnet. (ebd.)

Die Ergebnisse der GEK Untersuchung zeigen, dass das multimodale Behandlungskonzept selten Anwendung findet. Die Psychoedukation der Eltern und Kinder findet größtenteils statt, jedoch mangelt es am Einbezug des weiteren Umfeldes (Erziehende und Lehrende). Eine Verhaltenstherapie, die der medikamentösen Behandlung vorausgehen sollte, erhielten nur ca. 27% der betroffenen Kinder. 96% der erkrankten Kinder wurden medikamentös behandelt. Zusätzlich bekamen 56% ebenfalls Ergotherapie. (vgl. Gebhardt, et al., 2008, p. 86)

Hierbei wird deutlich, dass das angestrebte multimodale Behandlungskonzept in der Realität noch nicht ausreichend praktiziert wird.

## 5 Ergotherapie bei AD(H)S

Wie bereits einleitend erwähnt, könnte Ergotherapie bei der Behandlung von ADHS einen Baustein im multimodalen Behandlungskonzept darstellen. Die Leitlinie der DGKJP zur Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen im Säuglings-, Kindes-, Jugendalter sieht eine ergotherapeutische Behandlung bei hyperkinetischen Störungen lediglich als Ergänzung zu einer teil-/stationären Therapie vor. Im Widerspruch hierzu wurden laut Teilstudie III der GEK Erhebung zirka 12 % der AD(H)S Kinder zusätzlich zur medikamentösen Behandlung auch ambulant ergotherapeutisch behandelt (vgl. Gebhardt, et al., 2008, p. 134). In der quantitativen Elternbefragung gaben außerdem 9,4% der Eltern Ergotherapie als die hilfreichste Behandlungsmethode an (vgl. ebd. p. 98). Im Folgenden wird zunächst die Ergotherapie definiert. Daraufhin werden zwei theoretische Grundsatzmodelle kurz dargestellt, um die ergotherapeutische Arbeitsweise darzulegen. Dann werden verschiedene Behandlungsansätze bei AD(H)S näher erläutert und abschließend ein manualisiertes Behandlungsprogramm ausführlich beschrieben.

### 5.1 Was ist Ergotherapie?

Ergotherapie ist ein Heilmittel, dessen Verordnung in Deutschland für Versicherte der GKV in den Heilmittelrichtlinien geregelt ist. Der praktischen Anwendung dieser Richtlinien durch Ärzte dient der Heilmittelkatalog. Sie können dort anhand einer Diagnose die für diese Erkrankung im Regelfall notwendigen Heilmittel, deren Menge, die Leitsymptomatik und entsprechende Therapieziele einsehen. Hieraus wählt der verordnende Arzt dann die Therapieverordnung (IntelliMed, 2011). Der deutsche Verband der Ergotherapeuten DVE definiert Ergotherapie folgendermaßen: „Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten E.V., 2007)

Ergotherapie kann in Form verschiedener Behandlungsmaßnahmen verordnet werden. Allgemein dienen ergotherapeutische Maßnahmen „der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten“ (IntelliMed, 2011). Die verschiedenen ergotherapeutischen Maßnahmen sind „motorisch-funktionelle Behandlung“, „Sensomotorisch-

perzeptive Behandlung“ (SPB), „Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung“ (NOB) sowie „Psychisch-funktionelle Behandlung“ (PFB). Alle Behandlungsmaßnahmen verfolgen spezifische Ziele und sind bei bestimmten Krankheitsbildern indiziert. (vgl. IntelliMed, 2011) Laut Heilmittelkatalog sind sowohl die PFB als auch die NOB als vorrangige Heilmittel bei psychischen Erkrankungen mit Beginn im Kindesalter anzusehen. Eine SPB ist nur dann anzuwenden, wenn die vorrangigen Heilmittel nicht angewendet werden können (IntelliMed, 2011).

## 5.2 Ergotherapeutische Theoriemodelle und Behandlungsgrundsätze am Beispiel zweier Modelle

Das menschliche Bedürfnis nach Betätigung (Synonym: das Tätig sein) stellt die Grundlage ergotherapeutischer Behandlungen dar. Betätigungen können im ergotherapeutischen Sinne wie folgt definiert werden: „Aktivitäten des täglichen Lebens, die durch den Einzelnen und die Kultur benannt, organisiert und mit Bedeutung und Wert versehen sind. Betätigung ist alles, was Menschen tun, um sich zu beschäftigen, das Leben zu genießen und zur sozialen und ökonomischen Struktur unserer Gemeinschaft beizutragen“ (Marotzki, 2008, p. 30)

Bei von AD(H)S betroffenen Kindern sind außerdem bestimmte Grundsätze in der Behandlung von Vorteil. Zunächst sei dazu die Klientenzentriertheit zu nennen, sie bezeichnet eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Die Bedürfnisse und Ziele des Klienten stehen im Vordergrund und werden aktiv in die Therapiezielplanung einbezogen. Als zweiten bedeutungsvollen Grundsatz ist die Handlungs- und Alltagsorientierung zu nennen. Um eine Veränderung in der Betätigungsausführung (z.B. bei Alltagshandlungen) zu erreichen, muss der Alltag des Klienten in alle Behandlungsphasen mit einbezogen werden. „Betätigung wird als Grundbedürfnis des Menschen „(...) gesehen, sinnvolle Betätigung und Gesundheit stehen in unmittelbarem Zusammenhang, Betätigung wird als tragendes Bindeglied zwischen dem Individuum und seiner Umwelt gesehen“ (Winter, 2007, p. 56). Zwei theoretische Modelle wie dieses Bedürfnis unser Handeln mitbestimmen kann werden im Folgenden umrissen.

### 5.2.1 *Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)*

Das Kanadische Modell der Betätigungsperformance ist ein klientenzentriertes Modell, welches ergotherapeutisches Handeln theoretisch untermauert. Darin werden die Wechselwirkungen dargestellt, die zwischen Mensch, Umwelt und seinen Betätigungen (z.B. Aktivitäten des täglichen

Lebens) bestehen (vgl. CAOT, o.J.). Im Kern des Modells steht die „Spiritualität“; sie lebt im Inneren eines jeden Menschen, macht ihn einzigartig und unverwechselbar.

„Sie ist die Quelle von Selbstbestimmung und zugleich Ausdruck von Willen und Motivation. Auf dieser Annahme fußt der klientenzentrierte Ansatz des Modells“ (Knagge, 2007, p. 50). Die Spiritualität wird geformt durch die Umwelt und verleiht der Betätigung einen Sinn. Im Sinne des CMOP können Therapieziele vorrangig durch den Klienten selbst gesteckt werden. Ebenso kann die Performance nicht allein vom Therapeuten bewertet werden, denn „im CMOP ist der Klient Experte für sein Leben, die Ergotherapeutin Expertin für ihren Bereich. Ziel des Therapeutischen Prozesses ist eine Partnerschaft zwischen Klient und Therapeutin (...)“ (Knagge, 2007, p. 50)



Abbildung 2: Kanadisches Modell der Betätigungsperformance (CAOT, o.J.)

Dieser Grundsatz kann auch auf die pädiatrische Tätigkeit übertragen werden. Zunächst wird die Zielplanung in der Therapie mit Kindern zwar stark durch die Eltern beeinflusst. Durch das im Zusammenhang mit dem CMOP entwickelte ergotherapeutische Assessment (Canadian Occupational Performance Measure, siehe auch 5.4) werden jedoch sowohl die Wünsche und Ziele der Eltern als auch die des Kindes berücksichtigt. Dieses Vorgehen ermöglicht es zudem die Ziele der Kinder und Eltern gleichermaßen zu erarbeiten und somit einen zufriedenstellenden Therapieprozess für alle zu gestalten.

### 5.2.2 Model of Human Occupation (MOHO)

Auch dieses Modell beschäftigt sich mit menschlicher Betätigung. Es bietet einen Erklärungsansatz für die Entstehung der Betätigung. Es betrachtet dabei die Motivation von Betätigungen, schematisiert Betätigungsverhalten in bestimmten Routinen, bezieht den Umwelteinfluss auf Betätigungsverhalten mit ein und beschäftigt sich mit der Natur einer geschickten Performance. Das MOHO unterscheidet drei unterschiedliche menschliche Subsysteme. Zunächst betrachtet es den Willensbereich (Volution) als System, welches ein Betätigungsverhalten auswählt. Als zweites wird der Gewohnheitsbereich (Habituation) dazu verwendet um „(...) Betätigungsverhalten in Schemata und Routinen zu organisieren“ (Knagge, 2007, p. 52). Zuletzt ermöglicht das „Performancevermögen“ im Modell eine geschickte Ausführung der gewünschten Betätigung. Diese Subsysteme interagieren im Modell nicht nur untereinander, sondern auch mit der Umwelt. Sie können dadurch Betätigungsverhalten fördern oder erschweren (vgl. ebd.). Auch dieses Modell

ist in der pädiatrischen Arbeit anzuwenden. Dazu ist es notwendig herauszufinden, ob die Betätigungsschwierigkeiten nur in einem oder in mehreren der Subsysteme begründet liegen (vgl. ebd.).

In Verbindung mit dem MOHO wurden ebenfalls verschiedene Assessment-Instrumente entwickelt. Dazu gehören unter anderem das „Child Occupational Self Assessment-COSA“, „Short Child Occupational Self Assessment-SCOPE“ und das „Model of Human Occupation Screening Tool- MOHOST“. Alle Assessment Instrumente basieren auf den theoretischen Annahmen des MOHO und sind für spezielle Klienten Gruppen geeignet.

Die konzeptionellen Modelle, die sich mit Betätigung beschäftigen, ermöglichen eine individuell auf den Klienten abgestimmte Behandlungsplanung in der Ergotherapie. Neben den Behandlungsgrundsätzen wie Alltagsorientierung und dem Einbezug theoretischer Modelle sind dazu gezielte Behandlungsansätze notwendig, die die Schwierigkeiten eines Klienten aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten. Im Folgenden werden daher verschiedene Ansätze vorgestellt die in einer Behandlung von AD(H)S sinnvoll sein können.

### 5.3 Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei AD(H)S

Besondere Schwierigkeiten haben an AD(H)S erkrankte Vorschulkinder, aber auch die ersten Schuljahre können eine besondere Herausforderung darstellen, wenn Handlungsinitiierung und deren Kontrolle im Alltagsgeschehen problematisch sind. „Hier setzt die Ergotherapie geschickt an, in der Kinder lernen, das sensorische System mit dem Aufmerksamkeits- und dem exekutiven System zu integrieren“ (Müller, et al., 2011, p. 28). Dabei üben sie sich in Handlungsplanung, -steuerung, und -kontrolle (vgl. ebd.). Die ergotherapeutische Behandlung von AD(H)S kann nach verschiedenen Ansätzen ausgerichtet sein. Sie werden nach den Bereichen ausgewählt, in welchen das Kind besondere Schwierigkeiten hat. Dazu können verschiedene Assessments eingesetzt werden, z.B. das zuvor erwähnte COPM. Die im Folgenden dargestellten Ansätze werden individuell nach den Bedürfnissen des Kindes ausgewählt. Sie richtet sich unter anderem auch danach, wie die Bereitschaft des Umfeldes ausfällt, sich intensiv in die Behandlung einzubringen. So kann es dazu kommen, dass systemisches Vorgehen erfolgsversprechend wäre, aber eventuell nicht angewendet werden kann.

Britta Winter, selbst Ergotherapeutin, hat gemeinsam mit Kollegen das Buch „Ergotherapie bei Kindern mit ADHS“ herausgegeben. Darin werden unterschiedliche Behandlungsansätze erläutert. Ihre Konzepte sind dadurch entstanden, dass Ergotherapie häufig bei AD(H)S verordnet wird und

sich ihrer Meinung nach gut als ergänzende Therapie im multimodalen Behandlungskonzept eignet. Um einheitliche Ansätze zu schaffen, hat sie manualisierte Konzepte entworfen.

### 5.3.1 *Sensorische Integration*

Als sensorische Integration wird der Prozess der "Verarbeitung von Sinnensinformationen, damit wir sie nutzen können." (Ayres, 2013, p. 6) bezeichnet. Diese Verarbeitung geschieht unbewusst. Sie kann uns ermöglichen, situativ zweckmäßig zu agieren. Informationen, die wir über die Sinnessysteme (Sehen, Geruch, Hören, Berührung, Geschmack, Position, Bewegung und Schwerkraft) wahrnehmen, müssen im zweiten Schritt verarbeitet werden. Die gelungene Verarbeitung ist als Grundlage für Sozialverhalten und schulisches Lernen zu sehen (vgl. ebd., p.7). Sensorische Verarbeitungsstörungen zeigen sich zumeist unspezifisch; z.B. können Lern- und Entwicklungsstörungen darin begründet sein. Kinder mit sensorischen Integrationsstörungen zeigen oftmals Hyperaktivität und haben Schwierigkeiten, still sitzend Konzentration aufzubringen. Es kann auch zu einem Aufmerksamkeitsdefizit kommen (vgl. ebd. p.104). Dies wird besonders auffällig, wenn die Kinder in der Schule eben solche Konzentrationsleistungen erbringen sollen, und führt nicht selten zu Lernstörungen (Schreiben und Lesen) der betroffenen Kinder.

Aber auch eine nicht altersgerechte Sprachentwicklung oder unreifes Spielverhalten können auf eine sensorische Integrationsstörung hinweisen. Durch die fehlerhafte Filterung sensorischer Reize ist das Kind permanent abgelenkt, sobald mehrere parallele Aktivitäten stattfinden (vgl. ebd. 64 ff.).

Die sensorische Integrationsstörung ist nicht als eigenständige Diagnose in diagnostischen Manualen verzeichnet. In vielen Teilen stimmen die Symptome der sensorischen Integrationsstörung mit anderer Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen, zu denen auch AD(H)S gehört, überein. Hinweise auf eine sensorische Integrationsstörung können ebenso Anzeichen einer anderen Störung sein. So kann es dazu kommen, dass Kinder mit diesen Auffälligkeiten nach eingehender differenzialdiagnostischer Untersuchung eine AD(H)S Diagnose erhalten (American Academy of Pediatrics, 2012, pp. 1186-1189).

Wenn Kinder laut eines ergotherapeutischen Assessments (z.B. „Sensory Integration and Praxis Tests“ (Ayres, 2013, p. 195)) sensorische Integrationsdefizite aufweisen, kann eine sensorisch integrative Therapie erfolgen. Diese kann, sofern Integrationsprobleme vorliegen, hilfreich sein. Sie ist jedoch nur als einer der Bausteine in einem umfassenden Behandlungsplan zu sehen (vgl. ebd.).

Wenn Probleme mit der sensorischen Integration vorliegen, kann dies auf eine Störung der Integration der Erfahrungen eines Sinnes oder auch mehrerer zurückzuführen sein. Bei der einleitenden Testung werden die Bereiche Bewegungsplanung, Auge-Hand Koordination und die

Integration der verschiedenen Sinne überprüft. Bei Vorliegen einer solchen Problematik vermeidet das Kind sensorische Reize, die seine Entwicklung fördern würden.

Die sensorisch integrative Therapie zielt darauf ab, körperliche Aktivitäten mit dem betroffenen Kind auszuüben. Diese lösen dann eine anpassende Reaktion aus und stellen damit erneut Sinnenwahrnehmungen dar. Um eine solche Therapie zu ermöglichen, wird die Umgebung währenddessen so gestaltet, dass sie dem Kind möglichst viele sensorische Reize bietet, wobei möglichst mit wenig, aber ausreichenden Herausforderungen begonnen wird. Denn „komplexe Fertigkeiten und Muster können sich nur auf dem Boden gut gefestigter einfacher Leistungen entwickeln“ (Ayres, 2013, p. 194). Somit kann dem Kind zu adäquaten emotionalen, körperlichen und kognitiven Funktionen verholfen werden.

Die sensorische Integrationsstörung ist eine sich möglicherweise hinter der Diagnose AD(H)S verbergende Störung die gezielt behandelt werden kann. Sensorisch integrative Ansätze sind jedoch in der AD(H)S Therapie nicht immer angezeigt.

### *5.3.2 Psychoedukation am Beispiel des Ergotherapeutischen Elterntrainings (ETET)*

Die in der Leitlinie der DGKJP als Teil des multimodalen Behandlungskonzeptes beschriebene Psychoedukation soll laut dieser von Psychotherapeuten oder Psychiatern durchgeführt werden. Faktisch werden –wie bereits erwähnt – zu wenige Kinder psychotherapeutisch behandelt, bevor sie einer Medikation erhalten. Psychoedukation setzt sich zusammen aus den Wörtern Psyche für Seele oder Gemüt und dem Wort Edukation für Erziehung/Schulung. Diese Schulung der Betroffenen und des Umfeldes kann ebenso in einem ergotherapeutischen Setting erfolgen. Das im folgenden näher beschriebene ergotherapeutische Elterntaining (ETET nach Britta Winter) ist nur eine beispielhafte praktische Herangehensweise, wie Beratung und Informationsweitergabe im Rahmen einer ergotherapeutischen Behandlung stattfinden können.

Eine ergotherapeutische Behandlung umfasst im Regelfall 45 Minuten pro Woche. In dieser Zeit ist es durch eine isolierte Kindesbehandlung nur schwerlich möglich, einen langfristigen Therapieerfolg zu erzielen, der sich auch in den Alltag des Kindes übertragen lässt. Bei einer Störung wie AD(H)S, die das gesamte soziale Umfeld des Kindes ebenso betrifft wie das Kind selbst, ist es notwendig, vor allem die Familie in therapeutische Interventionen zu integrieren (vgl. Winter & Ottinger, 2007, p. 100 ff.). Aus diesem Grund wurde das ETET entworfen. Das Training ist angelehnt an verhaltenstherapeutische Konzepte, welche mit ergotherapeutischen Grundgedanken verknüpft wurden.

Die drei Schwerpunkte des ETET sind Wochenprotokolle, Elterninformationen und Reflexionsbögen. Es werden den Eltern Informationen zu den Themen „Grundprinzipien“, „Reizverarbeitung und Selbstregulation“, „Ressourcenaktivierung“, „Handlungssteuerung“, „Strukturierungshilfen im Alltag“, „Psychohygiene für die Eltern“ und „Interaktionshilfen“ in Form von Kopiervorlagen zur Verfügung gestellt. Von den Kopiervorlagen sind zirka die Hälfte Informationen zu den genannten Themen inklusive Anregungen und Tipps zum bewährten Umgang damit. Die andere Hälfte sind Reflexionsbögen, die die Eltern dazu anregen, ihre eigenen Interaktionsmuster und Verhaltensweisen zu reflektieren. In den Wochenprotokollen kann eine situationsübergreifende Wiedergabe der Geschehnisse der Woche stattfinden. Hierbei werden positive wie auch negative Ereignisse dargestellt. Ein längeres, wöchentliches Gespräch mit den Eltern würde von den vorhandenen 45 Minuten während einer TE zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Durch die Wochenprotokolle kann der/die TherapeutIn dennoch einen Überblick über Alltagsthemen erhalten (vgl. Winter & Ottinger, 2007, p. 102 ff.). Zusätzlich finden kurze Gespräche mit den Eltern zu Beginn oder am Ende der Behandlung statt (vgl. ebd.).

Eine formative Evaluation des ETET (Ottinger, 2005) hat als Ergebnis hervorgebracht, dass die Mehrheit der Befragten eine positive Veränderung in der familiären Situation beobachten konnte. Dies führte dazu, dass das ETET als Teilkonzept in das ETP-ADHS integriert wurde.

Im Rahmen der Ergotherapeutischen Behandlung bleibt nicht sehr viel Zeit, um sich der Schulung (der Eltern) zu widmen, da die Therapie grundsätzlich dem Kind zukommen soll. Der Weg des ETET verknüpft die Therapie mit nützlichen Informationen aus dem häuslichen Umfeld und kann damit einen guten Beitrag zur Psychoedukation leisten.

### 5.3.3 *Systemorientierte Ansätze*

Wie bereits im dritten Kapitel erläutert kann eine Familie mit den in ihr lebenden Individuen als dynamisches System bezeichnet werden. Im Rahmen der familiären Strukturen können unterstützende Ressourcen ebenso einen Raum finden wie störende Faktoren. Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, die Strukturen zu betrachten und deren Systemeinflüsse zu eruieren.

Durch Weiterbildungen können verschiedene Zertifikate erworben werden; beispielsweise ist es für Ergotherapeuten möglich, „systemische Berater“ zu werden. Der systemische Grundgedanke ist auch in der Ergotherapeutischen Ausbildung selbst fest verankert. Systemisches Arbeiten beruht auf der allgemeinen Systemtheorie. Sie besagt, dass die Einzelkomponenten eines Systems nicht linear verbunden sind, sondern durch Wechselwirkungen untereinander Einflüsse ausüben. Dies kann als reziproke Vernetzung bezeichnet werden (vgl. Götsch, 2011, p. 87). Das besondere an

systemischen Komponenten in der Therapie ist, dass außer dem Patienten als „Symptomträger“ ebenso die sozialen Kontexte betrachtet werden. Dabei können alle Personen miteinbezogen werden, die in aktuellen Beziehungen zum Klienten stehen. Durch die gesonderte Relevanz der Familie als Bezugsrahmen wird häufig im Familiensetting gearbeitet (vgl. Kowalsky, 2012, p. 85). Außerdem ist der Aspekt eines offenen Systems zu betrachten. Offene Systeme befinden sich –so auch das familiäre – durch Interaktion in stetiger Dynamik. Durch dauerhafte Austauschprozesse mit der Umwelt kann temporär ein Gleichgewicht erreicht werden, welches jedoch nicht beständig ist und variabel bleibt. Ein offenes System zeichnet sich außerdem dadurch aus, dass sich gleiche Umwelteinflüsse unterschiedlich auf die einzelnen Systemteile (Individuen) auswirken können (vgl. Götsch, 2011, p. 87).

Systemisch wird davon ausgegangen, dass die Struktur und vorrangig die Kommunikation im Inneren dieser Systeme ursächlich für die Symptome sind. Dabei liegt der Fokus nicht auf auslösenden Faktoren der Störung. Es wird darauf geachtet „(...) welche Rahmenbedingungen innerhalb des Systems verändert oder neu geschaffen werden müssen, um die Entwicklung alternativer und konstruktiver Kommunikations- und Verhaltensformen zu unterstützen.“ (Kowalsky, 2012, p. 85). Systemische Arbeit beschäftigt sich also mit den Wechselbeziehungen in familialen Systemen. Jede Beziehung zwischen zwei Personen im System stellt dabei ein eigenes Subsystem dar, welches spezielle Funktionen erfüllt. Zu den zentralen Aufgaben eines familiären Systems gehören die Alltagsbewältigung, „die Entwicklung des Einzelnen bei Aufrechterhaltung des Ganzen“ (Kowalsky, 2012, p. 87) sowie Intimität und Emotionalität (vgl. ebd.).

Die systemische Komponente in der Therapie, „(...) zeichnet sich weiterhin durch eine ausgeprägte Ressourcenorientierung aus. Dabei wird davon ausgegangen, dass alle benötigten Ressourcen, die zur Lösung eines Problems nötig sind, bereits im Patienten vorhanden sind und in der Therapie entdeckt wie auch nutzbar gemacht werden können.“ (Kowalsky, 2012, p. 90). Ratsuchende werden systemisch also als „Experten und Expertinnen ihrer selbst“ (Götsch, 2011, p. 88) eingeschätzt. Systemische Ansätze nehmen zudem Abstand von üblichem pathologischen Denken und konzentrieren sich auf Interaktionsphänomene eines Patienten mit anderen oder mit sich selbst. Außerdem werden Störungen in diesem Kontext als sinnvolle Konstrukte wahrgenommen, deren Sinn gewürdigt werden soll, statt ihn zu pathologisieren (Götsch, 2011, p. 89). Wird der subjektive Sinn der Störung erkannt, wird nach Alternativen gesucht, die diesen ebenso erfüllen (vgl. ebd.). Systemische Arbeit wird nur gelingen, wenn alle am System beteiligten Personen dazu beitragen.

In der ergotherapeutischen Arbeit finden sich systemische Gedanken in verschiedenen Modellen der Entstehung von Betätigung wieder, wie sie Kapitel 5.2 beschrieben wurden (Götsch, 2011, p. 60).

Zuvor wurden ergotherapeutische Behandlungsgrundsätze sowie Behandlungsansätze dargestellt. Im Folgenden wird beispielhaft das „Ergotherapeutische Trainingsprogramm bei AD(H)S“ (ETP-ADHS) nach Britta Winter in Kürze dargestellt werden. Zahlreichen ergotherapeutischen Praxen bieten in Deutschland dieses Programm an, welches zeigt, wie die Behandlungsgrund- und Ansätze in praktischer Anwendung aussehen können. Das ETP-AD(H)S wurde für Kinder ab dem sechsten Lebensjahr konzipiert. Es wird in der Praxis laut Frau Winter für Vorschulkinder angepasst.

#### 5.4 Ergotherapeutisches Trainingsprogramm bei ADHS (ETP-ADHS nach Britta Winter)

Dieses speziell für Kinder mit ADHS konzipierte Programm für Ergotherapeuten vereint die zuvor genannten Therapieansätze in einem modulhaften Training. Es richtet sich an Grundschul Kinder, welche eine AD(H)S Diagnose erhalten haben, und setzt eine Verordnung von Ergotherapie voraus. In das Trainingsprogramm werden die Eltern sowie pädagogisches Personal (Lehrende, Kindergartenpersonal<sup>8</sup>) einbezogen. Die aktive Mitarbeit der Eltern sowie einer pädagogischen Bezugsperson ist eine Voraussetzung für das ETP-AD(H)S. Das Programm lässt sich individuell anwenden und je nach Behandlungsfortschritt abwandeln. Es verfolgt mehrere Ziele:

- eine Reduzierung des hyperkinetischen Verhaltens und eine Verbesserung in den Bereichen Aufmerksamkeit und Selbststeuerung
- eine Verstärkung des Selbstwertgefühls, der Frustrationstoleranz sowie der inneren Stabilität
- eine Verbesserung in der Handlungssteuerung
- eine Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung
- eine Übertragung des Gelernten in pädagogische Prozesse

Das Programm setzt sich aus vier verschiedenen Teilen zusammen und nimmt insgesamt 26 Therapieeinheiten (TE) in Anspruch. Zu Beginn und zum Schluss stehen die ergotherapeutischen Befunderhebungen mit dem Kind selbst, aber auch mit deren Eltern und dem pädagogischen Personal, für die zwei TE eingeplant werden sollten. Hier wird anhand eines ergotherapeutischen Assessments (Canadian Occupational Performance Measure= COPM, Erhebungsinstrument des CMOP) die Leistungsfähigkeit bei der Handlungsdurchführung in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit bewertet. Die Eltern und das Kind sollen zusätzlich werten, wie zufriedenstellend die aktuellen Möglichkeiten in den genannten Bereichen für sie sind.

---

<sup>8</sup> Die Ausrichtung für Grundschul Kinder liegt darin begründet dass für einen Teil des Programmes (HAT) eine Lesekompetenz erforderlich ist. Laut Britta Winter selbst wenden einige Ergotherapeuten die übrigen Teile des Programmes jedoch auch auf Vorschulkinder an, und passen gegebenenfalls auch das HAT an die Kompetenzen des jeweiligen Kindes an. Um diese Möglichkeit beizubehalten wird im Folgenden stets die Summierung „pädagogisches Personal“ verwendet.

Anhand dieser Eingangseinstufung kann zu einem späteren Zeitpunkt der Therapiefortschritt überprüft werden. Außerdem lassen sich in Anlehnung an diese Bewertung Therapieziele festlegen, die zu einem „Therapiebündnis“ zwischen allen Beteiligten führen (vgl. Arasin & Winter, 2007, p. 88 ff.).

Als zweiten Therapieteil ist die Koordinationsschulung und Selbstregulationstraining (KSST) zu nennen, welche sechs TE benötigt. „Der Zusammenhang zwischen Tonusregulation, Aufrichtung, Haltungskontrolle und Aufmerksamkeitsleistung stellt (...) aus ergotherapeutischer Sicht einen zentralen Ansatzpunkt in der Behandlung von ADHS dar“ (Arasin & Winter, 2007, p. 90). Zu Beginn des KSST soll das Kind lernen, seinen „Erregungszustand“ zu erkennen und anhand eines spezifischen Vokabulars wiederzugeben. Mittels sensomotorischer Zentrierungs- und Koordinationsübungen lernt das Kind, „sich zu zentrieren, innezuhalten und sich gezielt und in angemessenem Tempo zu bewegen. Die Verbesserung der Bewegungsqualität und Zielgerichtetheit sind dabei wichtige Parameter“ (ebd. p.90). Die Eltern sollen in diesen Prozess dadurch eingebunden werden, dass auch sie das Vokabular sowie die Wahrnehmung und Benennung ihres Erregungszustandes ebenfalls erlernen und anwenden. Dieser Teil des Trainings ist auch für Vorschulkinder geeignet und bedarf keiner Anpassung an diese (vgl. ebd.).

Der dritte Baustein ist das „Handlungsorientierte Aufmerksamkeitstraining“ (HAT) mit 13 TE. Ziel dieses Programmteils ist es, eine Verbesserung in der „(...) Handlungssteuerung und Handlungsdurchführung im Alltag (...)“ zu erreichen. Die komplexen Verbindungen zwischen den Faktoren, die eine erfolgreiche Alltagsbewältigung ermöglichen, werden in der folgenden Abbildung aufgezeigt.

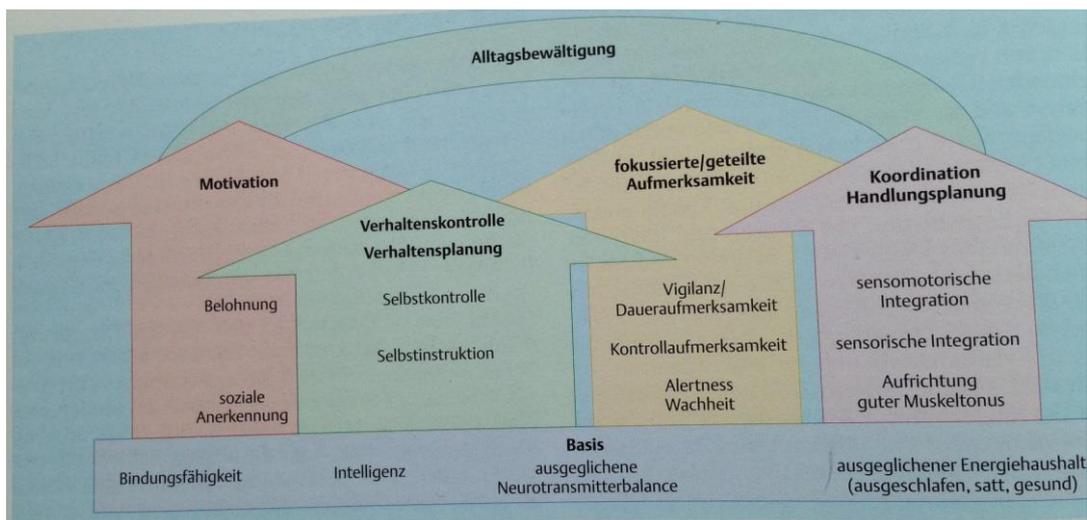


Abbildung 2 Komplexe Beziehungen zwischen den Faktoren, die eine Alltagsbewältigung ermöglichen (Arasin & Winter, 2007)

Aufgrund dieser Erkenntnis werden in den einzelnen Therapieeinheiten systematisch aufeinander aufbauend unterschiedliche Schwerpunkte bearbeitet. Hierbei geht es z.B. um Themen wie die Handlungskompetenz, Ordnungsprinzipien und die Einhaltung zeitlicher Abläufe (mittels Wochenplan), die Merkfähigkeit, genaues Hinhören und –sehen, Aufmerksamkeitsschulung und die selbstständige Handlungsplanung. Bei der Behandlung werden Materialien verwendet, die im häuslichen Alltag ebenso einzusetzen sind wie in der Therapie.

Die vierte Komponente im Behandlungsprogramm stellt zudem die begleitende Umfeld-Beratung dar, die insgesamt zirka 5 TE erfordert. Diese Beratung für Eltern und pädagogisches Personal findet kontinuierlich während des Behandlungsprozesses statt. Eine solche Beratung findet zunächst zu Beginn der Behandlung und ein weiteres Mal zwischen den beiden Hauptteilen (KSST + HAT) statt. Aber auch am Ende des Programmes im Rahmen der abschließenden Befunderhebung wird eine Umfeld Beratung durchgeführt. Zusätzlich ist am Ende einer jeden Therapieeinheit ein zehnminütiges Elterngespräch angesiedelt. Während des Therapieprozesses soll außerdem durch die Eltern ein Wochenprotokoll erstellt werden. Zu Beginn beschäftigt sich dieses ausschließlich mit den positiven Momenten. Diese Fokussierung soll den Eltern ermöglichen, ihr Kind wieder ressourcenorientiert statt defizitorientiert zu betrachten. Diese Protokolle bieten dem Therapeuten zudem einen Einblick in alltägliche Geschehnisse des Kindes, die wiederum alltagsnahe Therapiekonzepte ermöglichen.

Die Wirksamkeit dieses Trainingsprogramms wurde im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie mit ca. 60 Kindern überprüft. Dabei hat man getestet, wie erfolgreich das Programm von Eltern und pädagogischen Bezugspersonen bewertet wird. Es wurden signifikante Verbesserungen bezüglich des kindlichen Verhaltens und der Kernsymptomatik festgestellt. Diese Effekte sind unabhängig von der Medikamenteneinnahme und waren zudem sowohl im häuslichen als auch im schulischen Umfeld zu beobachten. In einer Folgeuntersuchung mit einer verringerten Stichprobe ein halbes Jahr nach Ende der Therapie waren auch die lang andauernden positiven Effekte des Trainings zu sehen (vgl. Arasin, 2009).

## 5.5 Ergotherapeutische Wirkungspotenziale bei Kindern mit AD(H)S

Wenn auch Ergotherapie in den offiziellen Richtlinien im ambulanten Setting nicht angezeigt scheint, wird es in der Praxis häufig verordnet und bietet somit Potenziale in der Behandlung von AD(H)S. So benennt der Facharzt für Kinder-/Jugendpsychiatrie, Dr. Weiffenbach, 2008 in der Fachzeitschrift Ergotherapie und Rehabilitation die Ergotherapie als „wichtige Säule im Therapiekonzept“. Er spricht sich dafür aus, dass sie in einem multimodalen Behandlungskonzept

neben Pharmako- und Verhaltenstherapie enthalten sein sollte. Die Kinder können hier in ihrem Selbstvertrauen, in Alltagskompetenzen und in der Strukturierung ihres Tagesablaufes unterstützt werden. Oftmals sei eine Medikation Voraussetzung, um überhaupt eine Therapie durchführen zu können. Ebenfalls benennt er als Vorteil, dass Therapeuten die Kinder in verschiedenen Situationen und häufiger erleben, wodurch sie dem Psychiater detaillierte Rückmeldung über die Dosierung und Wirkung der Medikation geben können. Die Unterstützung der Familie hält er für besonders wichtig, um die in der Therapie erprobten Abläufe ins häusliche und schulische Umfeld zu übertragen (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.v. , 2008). Auch der Arzt für Kinderheilkunde und für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Helmut Bonney, hält eine ergänzende Verordnung von Ergotherapie für sinnvoll. Selbst wenn keine zentrale Koordinationsstörung vorliegt, vermögen die Erhöhung des Körperbewusstseins und die Erfahrung von Geschicklichkeit dazu beitragen, erfolgreiche Impulskontrolle zu erlernen. Damit lässt sich die Frontalhirnfunktionalität verbessern, welche neurobiologisch die Voraussetzung für Aufmerksamkeitsleistungen darstellt. (Bonney, 2008, p. 258)

Döpfner et al. jedoch halten es 2010 in einer Stellungnahme in der „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ für problematisch, dass ergotherapeutische Behandlungen bisher nicht durch zuverlässige Studien belegt werden können. Trotzdem werde Ergotherapie in solchem Maß verordnet, dass eine Wirksamkeit dringend überprüft werden müsse. „Bei der Verordnung von Ergotherapie sollte die zu verändernde Zielsymptomatik genau spezifiziert werden und die Wirksamkeit im Einzelfall wie auch bei der Pharmako- und Verhaltenstherapie - überprüft werden.“ (Döpfner, et al., 2010, p. 134) . Außerdem halten sie fest, dass die bei ADHS häufig als Komorbidität auftretenden motorischen Entwicklungsstörungen die Verordnung von Ergotherapie anzeigen können (vgl. ebd.). Eine von Frau Arasin durchgeführte Studie bezüglich des ETP-ADHS ist eine der ersten ihrer Art und konnte die Wirksamkeit dieses Trainingsprogrammes bestätigen: Das auffällige kindliche Verhalten sowie die Hyperaktivität wurden durch die Behandlung gemindert (vgl. Arasin, 2009, p.188 ff. ). Eine weitere aktuelle Studie bestätigt zudem die Wirksamkeit kognitiv-funktioneller Ergotherapie bei Kindern zwischen drei und sieben Jahren. Es konnte eine Verbesserung der exekutiven Funktionen während Aktivitäten des täglichen Lebens und eine Steigerung in der Betätigungsperformance nachgewiesen werden, die auch in einer Folgeuntersuchung messbar waren. (vgl. Maier, et al., 2014).Es ist hervorzuheben, dass Eltern besonders große Unterstützung mit einem AD(H)S Kind benötigen. Im internationalen Ausland wird deshalb vermehrt Elternttraining angeboten. Solche Angebote sollte es in Deutschland ebenfalls für Eltern von Kindern im Vorschulalter geben (vgl. BZgA & RKI, 2008, p. 60). Entsprechende Elterntrainings finden in ergotherapeutischen Behandlungen der AD(H)S bereits Anwendung und sind ebenfalls als Wirkungspotenzial zu betrachten.

## 6 Ergebnisse

Die Sozialisation ist „der Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von [der] gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt(...)“ (vgl. Hurrelmann, 2002, p. 15). Zu dieser Thematik existieren verschiedene theoretische Konstrukte. Einerseits wird von Umwelttheoretikern angenommen, dass den Umwelteinflüssen im Sozialisationsprozess hohe Bedeutung zukommt. Andererseits gehen die Sozialbiologen eher davon aus, dass die Erbanlagen entscheidend sind. In Kapitel drei wurden zudem zahlreiche Einflussfaktoren dargestellt, die sich während der vorschulischen Sozialisation auf die kindliche Entwicklung auszuwirken pflegen. Die Familie stellt dabei die primäre Sozialisationsinstanz dar und ist somit von gesonderter Bedeutung. Dazu wurde die Definition von Familie neu erfasst, um alle neuen Familienformen, die durch sich wandelnde Familienstrukturen entstanden sind, zu berücksichtigen.

Eine Familie kann für ein Kind sowohl eine gesundheitliche Ressource als auch ein Risiko darstellen. Entscheidend für die Kindesentwicklung ist nicht die Familienform, in der ein Kind aufwächst, sondern die Bedingungen mit denen es konfrontiert wird. In der Familie lernen Kinder, wie sie sich in einer Gesellschaft bewegen können. Sie vermittelt ihnen Normen und Werte. Es ist hervorzuheben, dass die kindliche Entwicklung, besonders die interne Vernetzung im kindlichen Gehirn, durch spezielle Unterstützung gezielt gefördert werden kann. Unter anderem kann sich aber auch unzureichende Fürsorge negativ auf Entwicklungsprozesse auswirken. Solche negativ wirkenden Faktoren können z.B. Armut und Vernachlässigung sein und in jeder Familienform vorkommen. Ein-Eltern Familien sind häufiger von ihnen betroffen, insbesondere aber von Armut. Zudem wirken sich Änderungen in der Familienstruktur als Stressoren für heranwachsende Kinder aus. Dazu gehören konfliktbelastete Beziehungen oder Scheidungen. Weiterhin kann die Lebenslage der Familie auf den Sozialisationsprozess einwirken. Faktoren wie Einkommen, Bildung der Eltern, Wohnraumgröße und Anzahl der Familienmitglieder spielen eine Rolle. Kinder nehmen auf, wie Erwachsene mit ihrer Lebenssituation umgehen. Zeigen die Eltern eine selbstbewusste Lebenshaltung, müssen sich die äußeren Umstände nicht negativ auf die Kinder auswirken. Auch die Art der im Umgang mit Kindern verwendeten Sprache, die mit der Lebenslage zusammenhängt, prägt die Kinder mit. Sie kann somit bereits in früher Kindheit bestimmend für spätere Entwicklungen sein. Weiterhin wachsen Kinder heute unter Einfluss von Massenmedien auf. Fernseher halten Einzug in die Kinderzimmer. Dabei kommt zum Tragen, dass Kinder nicht von klein auf in der Lage sind, eine klare Grenze zwischen Realität und Phantasie zu ziehen. Sie sind mit dem eigenverantwortlichen Umgang mit diesem Medium in der Regel überfordert. Hinzu kommt, dass in Familien mit niedrigem SES der Medienkonsum höher ist als in Familien mit höherem SES. Kinder und Jugendliche sind heute quasi von einem „medialen Grundrauschen“

umgeben. Dies scheint besonders bedenklich im Hinblick auf Lernprozesse, denn für den Übergang von Gelerntem ins Langzeitgedächtnis benötigt das Gehirn Ruhephasen, welche bei dauerhaftem Medienkonsum kaum vorkommen. Durch eine Vielzahl berufstätiger Elternteile kommt auch den vorschulischen Bildungseinrichtungen ein immer höherer Stellenwert in der Sozialisation zu. Diese Einrichtungen sollen im Rahmen der sekundären Sozialisation den Auftrag erfüllen, die Entwicklung der Kinder zu gemeinschaftsfähigen und eigenverantwortlichen Persönlichkeiten zu unterstützen. In diesem Umfeld können die ersten Kontakte zu Gleichaltrigen sowie das freie Spiel entwicklungsfördernde Mechanismen auslösen. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass in Familien und auch in vorschulischen Bildungseinrichtungen nicht nur die jeweiligen Konstellationen ausschlaggebend sind, sondern dass sich vor allem die Bedingungen wie Beziehungen und Umgangsarten sowohl positiv als auch negativ auf die Entwicklung eines Kindes auswirken können. Studienergebnisse besagen, dass mit einem niedrigen SES das Krankheitsrisiko steigt, die personalen, familiären und sozialen Ressourcen niedriger sind.

In Deutschland bestehen verschiedene Diagnostikmanuale, nach denen eine Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert werden kann. Dadurch ist es problematisch einheitliche Prävalenzzahlen zu generieren. Aufgrund zahlreicher Übersichtsarbeiten und Studien kann in Deutschland jedoch eine Prävalenz der AD(H)S von ca. 5% angenommen werden. Die Diagnose wird vermehrt ab dem Schuleintrittsalter gestellt; beide Diagnostikmanuale setzen das Auftreten der Symptome vor dem sechsten Lebensjahr voraus. In der Schule werden den Kindern komplexe Aufmerksamkeitsleistungen abverlangt, bei denen diesbezügliche Schwierigkeiten deutlich werden. Die Ursachenforschung besteht aus vielen verschiedenen Forschungszweigen. Es werden medizinisch-biologische, psychologische aber auch soziale Faktoren als Einflussfaktoren betrachtet. Zusätzlich können prä- und perinatale Ereignisse eine Rolle spielen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nicht ein Faktor für die Ausprägung der Erkrankung ausschlaggebend ist, sondern eine Kombination aus mehreren Risikofaktoren der verschiedenen Ansatzrichtungen zur Ausprägung der Störung führt. Von daher ist eine individuelle Diagnostik in Form einer Mehrebenen diagnostik bei dieser Erkrankung unerlässlich. Dabei können sich Kinder- und Jugendärzte an der „Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings- Kindes- und Jugendalter“ zu hyperkinetischen Störungen (der DGKJP) orientieren. Bei dieser Diagnostik werden sowohl das Kind als auch die Eltern und das weitere Umfeld, besonders Erziehende aus Bildungseinrichtungen einbezogen. Damit lässt sich ein umfangreiches Bild der Störung in verschiedenen Lebensbereichen darstellen. Auf der Basis der Diagnose wird in der Regel ein ambulantes, multimodales Behandlungskonzept aufgestellt, welches laut der zuvor erwähnten Leitlinie aus psychotherapeutischer Psychoedukation, Familieninterventionen und kognitiven Therapien besteht. Dazu kann eine Pharmakotherapie eingeleitet werden, sofern die übrigen Maßnahmen nicht durchführbar sind oder keine Wirkung zeigen. Für Vorschulkinder ist

keine medikamentöse Behandlung vorgesehen. Ergotherapeutische Maßnahmen sind laut Leitlinie im ambulanten Setting nicht angezeigt.

Im Gegensatz zu der in der Leitlinie dargestellten Indikation wird Ergotherapie laut einer Studie der GEK bei 12% der medikamentös behandelten Kinder zusätzlich verordnet. Es gibt verschiedene ergotherapeutische Behandlungsansätze, die bei AD(H)S zum Tragen kommen. Zunächst kann AD(H)S mit einer sensorischen Integrationsstörung einhergehen, bei welcher eine sensorische Integrationstherapie durch den Therapeuten zur Besserung der Symptomatik führen kann. Diese Integrationsstörung würde gegebenenfalls durch ein Assessment erfasst und dementsprechend behandelt werden. In den Leitlinien zu hyperkinetischen Störungen wird eine Psychoedukation als unbedingt erforderlich angegeben. Die Schulung der Eltern, des betroffenen Kindes und des weiteren Umfeldes kann im ergotherapeutischen Setting stattfinden. Ein praktisches Anwendungsbeispiel stellt das Ergotherapeutische Elterntaining (ETET) dar. In diesem Programm werden die Eltern durch Reflexionsbögen, Protokolle, Informationsblätter und Gespräche im Umgang mit dem betroffenen Kind geschult. Damit sich diese Schulung zeitsparend in die kurze Therapiedauer integrieren lässt, sollen die Eltern und das Umfeld Protokolle führen, um problematische Situationen und den Umgang damit festzuhalten. Diese Protokolle können dem Therapeuten aufschlussreiche Informationen liefern und in Kürze am Ende einer jeden Therapieeinheit mit dem Kind reflektiert werden.

Außerdem können systemorientierte Ansätze in der ergotherapeutischen Behandlung von AD(H)S Anwendung finden. Hier wird nicht nur das Kind selbst, sondern auch das System, in dem es sich bewegt, betrachtet. Es wird Abstand genommen vom pathologischen Ansatz und davon ausgegangen, dass die benötigten Ressourcen im System vorhanden sind. Zusätzlich wird versucht, Möglichkeiten ausfindig zu machen, um Rahmenbedingungen zu ändern, die das störende Verhalten unterstützen. Hierbei gelten Änderungen in Kommunikations- und Verhaltensmustern als wirksam. Der systemische Ansatz findet zudem Anwendung in mehreren ergotherapeutischen Modellen wie dem CMOP und dem MOHO. Beides sind ergotherapeutische Grundsatzmodelle, die sich mit Betätigung und der Motivation, aus der heraus sie stattfinden, wie auch deren Wechselwirkungen mit der Umwelt auseinandersetzen.

Britta Winter hat ein Behandlungsprogramm speziell für AD(H)S Kinder entwickelt. Das ETP-ADHS (Ergotherapeutisches Trainingsprogramm) besteht aus mehreren Komponenten und soll die mit der AD(H)S einhergehenden Symptome lindern, die Handlungsfähigkeit des Kindes verbessern und die Beziehung zwischen Eltern und Kind stärken. Das Programm sieht zunächst ein umfassendes Assessment vor, beschäftigt sich dann mit der Koordinationsschulung sowie Selbstregulation und trainiert anschließend die handlungsorientierte Aufmerksamkeit. Parallel findet

stets eine Beratung des Umfeldes (angelehnt an das ETET) statt, welche sowohl die Familie aber auch Bildungseinrichtungen mit einbezieht.

Auch wenn Ergotherapie in den Leitlinien zu hyperkinetischen Störungen im ambulanten Setting nicht angezeigt ist, wird sie häufig verordnet. Daraus wird ersichtlich, dass Ergotherapie in der Behandlung von AD(H)S eine Rolle spielt. Auch einzelne Fachärzte sehen Ergotherapie als „wichtige Säule im Therapiekonzept“, (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.v. , 2008) unter anderem auch, damit die Kinder Fähigkeiten erwerben, die als Voraussetzung für Aufmerksamkeitsleistungen gelten. Es ist als problematisch anzusehen, dass die Wirksamkeit vieler ergotherapeutischer Konzepte noch nicht ausreichend durch Studien belegt werden kann. Es gibt bisher nur vereinzelte Studien, die versuchen, an dieser Stelle nachzuarbeiten. Festzuhalten bleibt jedoch, dass Eltern eines AD(H)S betroffenen Kindes besonders viel Unterstützung brauchen. Die Strukturen dafür sind in Deutschland weiter ausbaufähig.

Die zuvor dargestellten Ergebnisse sollen nun zur Beantwortung der zu Beginn gestellten Forschungsfrage angewendet werden. Der erste Teil der Frage beschäftigt sich mit familiären Sozialisationsfaktoren in der Ausprägung von AD(H)S und deren Bedeutung in der Behandlung. Eine eindeutige Beantwortung dieser Fragestellung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Die Sozialisation mit ihren unterschiedlichen Instanzen kann einen förderlichen, aber auch einen hinderlichen Einfluss auf die (gesundheitliche-) Entwicklung eines jeden Kindes haben. Die Förderung der kindlichen Entwicklung durch die Familie und vorschulische Bildungseinrichtungen ist unersetzlich, da sich in der frühkindlichen Entwicklung durch gezielte Förderung neuronale Netze umfangreicher ausprägen können. Welche Rolle diese Faktoren genau bei der Ausprägung von AD(H)S spielen, bleibt offen. Es besteht ein soziologischer Ursachenansatz der AD(H)S, welcher die fehlenden Spielräume für Kinder, den ökonomischen Effektivitätsdruck, ein unstrukturiertes Familienumfeld und fehlende Entwicklungsanregungen für die Entstehung von AD(H)S mitverantwortlich macht (vgl. Kap. 4.1). Auch in der Behandlung von AD(H)S spielt das familiäre Umfeld eine bedeutende Rolle. So können sowohl systemische Ansätze als auch Elterntrainings nur dann stattfinden, wenn sich die Eltern selbst in die Behandlung mit einbringen. Ist dies nicht der Fall, kann eine umfassende Behandlung nicht effektiv stattfinden. Insofern sind die Eltern maßgeblich am Therapieerfolg beteiligt.

Der zweite Teil der Forschungsfrage setzt sich mit ergotherapeutischen Wirkungspotenzialen und deren Beitrag zur Prävention der Erkrankung auseinander. Ergotherapie kann in ein multimodales Behandlungskonzept bei der AD(H)S gut eingebunden werden. Die Ergotherapeutischen Behandlungsgrundsätze (z.B. Klientenzentriertheit) und auch die Anwendung der beiden dargestellten Modelle (CMOP, MOHO) können in der Behandlung von AD(H)S positive Auswirkungen haben. Sofern bei einem AD(H)S betroffenen Kind sensorische

Integrationsstörungen festzustellen sind, lassen sich diese mit einer entsprechenden Therapie behandeln. Eine Psychoedukation, wie sie bei AD(H)S unbedingt erfolgen sollte, kann im ergotherapeutischen Setting ebenfalls umgesetzt werden. Zudem können systemische Ansätze Anwendung finden, wobei die aktive Mitwirkung der Eltern und auch des pädagogischen Personals dringend erforderlich sind. Zudem kann das manualisierte Behandlungsprogramm angewendet werden. Das ETP-ADHS vereint allgemeine ergotherapeutische Grundsätze mit Behandlungsansätzen, die in der AD(H)S Therapie von Vorteil sind. Das Trainingsprogramm enthält z.B. Aspekte der Bewegungs- und Konzentrationsschulung und setzt einen Schwerpunkt auf systemische Behandlung der Erkrankung. Um eine erfolgreiche Therapie durchzuführen, ist daher die Kooperation von Eltern und möglichst einer pädagogischen Bezugsperson dringend notwendig. Die Anwendung des ETP-ADHS kann dann zur Linderung der Symptomatik führen und trägt zur Verbesserung der Beziehungen zwischen dem Kind, seinen Eltern und dem pädagogischen Personal bei. Mit dieser Behandlungsmethode kann die Ergotherapie zwar bereits erkrankten Kindern helfen, jedoch aktuell nicht zur primär Prävention beitragen.

## 7 Diskussion

In der vorangegangenen Arbeit wurden verschiedene Themen erarbeitet, die im Folgenden noch einmal aufgegriffen werden sollen.

Die unterschiedlichen Kriterien bei der Diagnose einer AD(H)S nach den verschiedenen Diagnostik-Manualen erschwerten es, einheitliche aktuelle Prävalenzzahlen zu finden. Nach zahlreichen Übersichtsarbeiten konnte jedoch eine zusammenfassende Prävalenzaussage getroffen werden. Im amerikanischen Klassifikations-Manual DSM V ist die AD(H)S nur für Schulkinder vorgesehen, Vorschulkinder werden hier außer Acht gelassen. Erforderlich ist für beide Manuale eine bereits bestehende Symptomatik im Vorschulalter (vgl. Brandau, et al., 2006, p. 13). Wenn die Symptomatik bereits im Vorschulalter vorherrschen soll, müsste es möglich sein, für Kinder in diesem Alter eine Diagnostik durchzuführen. So könnten die betroffenen Kinder früher den Zugang zu Therapien erhalten und eventuell bereits bei der Einschulung besser auf die bevorstehende Situation vorbereitet sein. Die Diagnostik im Vorschulalter gestaltet sich jedoch deshalb schwierig, weil in diesem Alter entwicklungsbedingtes Verhalten kaum von hyperaktivem Verhalten abzugrenzen ist (vgl. ebd.). Wie bereits im diagnostischen Abschnitt dieser Arbeit beschrieben wurde, werden die Symptome von AD(H)S besonders in Situationen deutlich, in denen eine erkennbare Struktur fehlt. Der Neurobiologe G. Hüther vertritt in einem Interview dazu folgende Einstellung:

„Die innere Struktur des kindlichen Gehirns, also die Art, wie die verschiedenen Zentren miteinander vernetzt werden, entsteht nicht von allein. Es hängt davon ab, welche Erfahrungen das Kind macht. Das heißt: Wenn in der äußeren Welt Struktur gebende Elemente fehlen, kann auch im Gehirn keine Struktur aufgebaut werden. Das ist heute ein riesiges Problem, denn unsere Welt hat viel an Struktur verloren“ (Hüther, o.J.)

In diesem Zusammenhang kann erneut die These aufgegriffen werden, dass heutige Sozialisationsbedingungen mit Fernsehgeräten und Computerspielen als vorrangige Freizeitbeschäftigung eine Rolle für die steigende Anzahl der AD(H)S Kinder im Vergleich zu früheren Zeiten spielen könnte. Wiederum andere Autoren führen die steigende Prävalenz auf die veränderten Anforderungen zurück. Ins Gewicht fällt, was Kindern in unserer westlichen Kultur vom Kleinstkindalter an abverlangt wird. Sie sollen Geduld, Selbststeuerung und Ausdauer aufbringen. So sehen die Autoren Brandau, Pretis und Kaschnitz „(...) ADHS nicht nur defizitorientiert und einzig im „Kopf des Kindes“ verankert, sondern ganzheitlich als Reaktionsmuster in sozialer Interaktion, als Versuch einer Anpassung auf die Anforderung eines immer kleiner werdenden ökologischen und entwicklungsgemäßen „Spielraums“ unserer Kinder in der zivilisierten (?) Leistungsgesellschaft“ (2006, S.23). Hier wird deutlich, dass sehr viele

verschiedene Meinungen zum Themenfeld AD(H)S bestehen. Im Rahmen dieser Arbeit war es kaum möglich, eine umfassende Darstellung dieses Feldes zu tätigen, jedoch konnten verschiedenste Thesen vertieft und verfolgt werden. Das Thema der AD(H)S-Prävention wird in den vorliegenden Medien allerdings nur selten umfangreich behandelt. Zwischen 2004 und 2006 wurde die „Frankfurter Präventionsstudie“ mit 500 Kindergartenkindern durchgeführt. Sie sollte ermitteln, ob ein psychoanalytisches Präventionsprogramm (gegen Desintegration im Kindergarten) helfen könnte, die Prävalenz von unter anderem AD(H)S-Kindern im ersten Schuljahr signifikant zu verringern. Die teilnehmenden Kinder wurden nicht medikamentös behandelt (vgl. Wandt, 2012). Die vorkommenden sozialen Auffälligkeiten der Kinder wurden explizit untersucht. Es zeigten sich zahlreiche Phänomene, die sich unter dem Oberbegriff AD(H)S sammelten. Feststellen konnte man beispielsweise „hirnorganische Probleme, emotionale Frühverwahrlosungen, erlittene Traumatisierungen der Kinder oder ihrer Eltern, nicht verarbeitete Verluste eines Elternteils, eine Hochbegabung oder kulturelle bzw. institutionelle Anpassungsprobleme“ (Leuzinger-Bohleber & Lärer, 2008). Durch eine medikamentöse Behandlung ist es kaum mehr möglich, die Ursachen aufgrund ihrer Vielschichtigkeit zu identifizieren und entsprechend zu behandeln. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass aggressives Verhalten der untersuchten Kinder nach deren Behandlung abnahm. Dies ist hervorzuheben, weil gerade aggressives Verhalten die Integration in Gruppen erschweren kann. Auch das ängstliche Verhalten hat signifikant abgenommen, welches vor allem bei Jungen eine aggressive Abwehrreaktion auslösen kann. Die motorische Unruhe hingegen nahm sowohl bei der Fall- als auch bei der Kontrollgruppe altersentsprechend zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr ab. Bei Mädchen konnte jedoch ebenfalls gesondert ein signifikanter Rückgang von Hyperaktivität gemessen werden (vgl. Leuzinger-Bohleber & Haubl, 2007, p. 54). Aus der Frankfurter Präventionsstudie sind einige weitere Projekte entstanden, die die Wirksamkeit solcher psychoanalytischer Interventionen überprüfen. Die Seltenheit solcher Präventionsforschungsansätze ist auffällig. Dahingegen ist das Forschungsfeld der neurobiologischen Ursachenforschung sehr breit; es finden stets weitere Studien dazu statt. Wiederum Hüther hat diese Auffälligkeit ebenfalls bemerkt: „Die enormen Forschungsbemühungen, die bisher zur Aufklärung der mit dieser Störung assoziierten neurobiologischen und molekulargenetischen Auffälligkeiten und der insbesondere durch medikamentöse Behandlung auslösbaren therapeutischen Effekte bei ADHS/ADS-Patienten gemacht wurden, stehen in eklatantem Missverhältnis zu den bisherigen Bemühungen, geeignete präventive Maßnahmen zur Verhinderung der Manifestation dieses Störungsbildes zu erarbeiten, einzusetzen und im Rahmen präventiver Interventionsprogramme wissenschaftlich im Hinblick auf ihre Effizienz zu überprüfen.“ (Hüther, 2006, p. 234).

Er hat zusätzlich eine Schlussfolgerung aufgestellt, die mögliche Gründe für dieses Missverhältnis zu identifizieren versucht:

„Gründe dafür sind, dass die Erforschung präventiver Maßnahmen voraussetzen würde von der Annahme der genetisch vererbten Stoffwechselstörung zumindest teilweise abzurücken. Bisher wurde als Ziel vorrangig die Verifizierung der Dopamin-Mangelhypothese verfolgt, woraufhin eine günstige „Reparatur“ des Defizites mittels Medikation angestrebt wurde. Es ist erforderlich ein „neues, entwicklungsneurobiologisch orientiertes Konzept“ (Hüther, 2006, p. 235) der Störung AD(H)S zu begreifen. Erst dann wird es möglich sein die Potentiale der Kinder zu erkennen und diese im Rahmen von Präventionsmaßnahmen zu nutzen. Dadurch könnte verhindert werden, dass sich die Symptomatik manifestiert (vgl. ebd.).

Es wird deutlich, dass „vorschulische Institutionen quantitativ als auch qualitativ (insbesondere im Hinblick auf den Bildungs- und Präventionsauftrag) noch weiter ausgebaut werden müssen. Dies wird umgesetzt versucht über eine verbesserte Ausbildung des Personals sowie über entsprechende Bildungspläne bzw. Qualitätsinstrumentarien und -forschungen“ (Ecarius, et al., 2011, p. 103). Im Rahmen diesen Ausbaus könnte ein Screening – durchgeführt vom pädagogischen Personal – implementiert werden, welches den Zugang zur weiterführenden Diagnostik und einer eventuellen Therapie erleichtern würde. Um eine primäre Einschätzung der Kindesentwicklung durch pädagogisches Personal zu ermöglichen, könnten Kooperationen mit niedergelassenen Ergotherapeuten eingeführt werden. Ergotherapeuten könnten das pädagogische Personal darin schulen, während einfacher Tätigkeiten die Aufmerksamkeitsspanne und andere Anhaltspunkte der Kinder zu bewerten. Zudem ließe sich der praktische Umgang mit erkrankten Kindern vermitteln. Würde das pädagogische Personal einen Verdacht äußern, könnten die Kinder durch die ergotherapeutische Kooperationspraxis frühzeitig eingehend untersucht werden und ggf. eine Therapie erhalten. Ähnliche Vorschläge werden auch in der Schlussfolgerung aus der KIGGS Studie genannt. Es ist sinnvoll, pädagogisches Personal im Umgang mit der Erkrankung zu schulen sowie die interdisziplinäre Kommunikation zu fördern (Kindergarten, Schule, Ärzte, Eltern). Interventionsprogramme im Kindergartenalter sollen mehr zum Tragen kommen (BZgA & RKI, 2008, p. 60). Anhand der aktuell verfügbaren Kinderbetreuungsplätze sind solche präventiven Maßnahmen nur schwerlich umsetzbar. Der Personalschlüssel in Kinderbetreuungseinrichtungen variiert stark nach Bundesländern und nach dem jeweiligen Alter der Kinder (vgl. Statistisches Bundesamt, 2012). Dadurch lässt sich kaum ein mittlerer Wert angeben, wie viele Kinder das Personal in Kita's oder Kindergärten betreuen muss. Gestecktes Ziel bleibt, die Betreuung in Tageseinrichtungen qualitativ und quantitativ auszubauen (vgl. ebd. p.4). Die Ergebnisse der KIGGS Studie legen weiterhin nahe, dass Kindern in vorschulischen Bildungseinrichtungen ausreichend Entlastungszeiten zugestanden werden sollen, in denen sie die Möglichkeit zum freien

Spiel erhalten. Kinder müssten ggf. zum freien Spiel angeleitet werden, da viele Kinder sich heute kaum mehr selbst mit freiem Spiel befassen können.

Die Verordnungs Häufigkeit von Ergotherapie bei AD(H)S allein kann natürlich keinen Aufschluss über deren Wirksamkeit geben. Sie zeigt jedoch die Potenziale dieses Settings auf. Literatur, die sich mit Ergotherapie und der AD(H)S befasst, ist nicht zahlreich verfügbar. Es konnten sehr viele Bücher zu AD(H)S und auch deren Behandlung ausfindig gemacht werden, jedoch wird die Ergotherapie in diesen Medien meist nur sehr geringfügig behandelt. Zur Erstellung des fünften Kapitels wurde daher vorrangig die Lektüre von Winter und Arasin verwendet. Da sich hinter einer AD(H)S Diagnose auch andere Störungen verbergen können, wird zudem der sensorisch integrative Behandlungsansatz thematisiert.

Während der Recherche stellte es häufig eine Herausforderung dar, Studien zu ergotherapeutischen Behandlungsmethoden ausfindig zu machen. Deutsche Publikationen sind rar beziehungsweise zu den meisten Themen überhaupt nicht vorhanden. Sofern es deutsche Publikationen gibt, sind diese in der Regel in Fachmedien erschienen. Der breiten Öffentlichkeit wird ein deutlich geschmäleretes Abstract, aus dem sich kaum Informationen ableiten lassen, zur Verfügung gestellt. Eine Vollversion oder auch nur die groben Ergebnisse sind häufig nur gegen eine Gebühr oder im Abonnement dieser Fachlektüre erhältlich. Englische Publikationen waren zahlreicher verfügbar; ein ausführliches Abstract mitsamt Forschungsergebnissen wurde stets zur Verfügung gestellt. Die deutsche Forschung auf diesem Gebiet erweckte teilweise den Anschein nicht zugänglich sein zu wollen. Durch weitere Forschungen auf diesem Gebiet könnte die Wirksamkeit spezieller ergotherapeutischer Behandlungen deutlich gemacht werden. Dadurch könnte die Relevanz der Ergotherapie als Baustein in einer multimodalen Behandlungsmethode deutlich werden. Weiterhin wäre es in der Behandlung von AD(H)S wichtig, die interdisziplinäre Kommunikation zu vertiefen. Die Behandlung einer solchen Erkrankung, die sich auf alle Lebensbereiche auswirkt, erfordert eine ebensolche Behandlung. Eine Behandlung in speziell auf ADHS ausgerichteten Teams aus Ärzten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und Pädagogen könnte von Vorteil sein.

## **8 Fazit und Ausblick**

Diese Arbeit versucht, eine Verbindung zwischen den Thematiken familiäre Sozialisation, AD(H)S und ergotherapeutischer Wirkungspotenziale in diesem Bereich herzustellen. Es war interessant zu sehen, dass zwar „Bedingungen des Aufwachsens“ in der Ursachenforschung der AD(H)S eine Rolle spielen, Ergotherapie bei dieser Erkrankung auch häufig verordnet wird, jedoch keine Literatur oder Studien zu finden sind, die eine nähere Verbindung herzustellen versuchten. Dadurch war es nötig, die Themenfelder zunächst einzeln zu betrachten und in den jeweiligen Themen dann Verknüpfungen zu den übrigen herzustellen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Ergotherapie in der Behandlung der AD(H)S bereits eine Rolle spielt. Es ist jedoch bisher mangels passender Forschungsergebnisse schwer darzulegen, wie und mit welchen Mitteln Ergotherapie genau wirkt. Deshalb müsste es groß angelegte Fall-Kontroll Studien geben, um die wichtige Rolle der Ergotherapie darzulegen und sich dann auf einer neuen Ebene mit anderen Berufsgruppen gemeinsam der Behandlung interdisziplinär anzunähern. Durch zuvor angesprochene Präventionsprogramme in Kindergärten wäre es außerdem möglich, eine größere Anzahl von Kindern im Blick zu behalten, um frühzeitig und gezielt intervenieren zu können. Eine Kooperation von Ergotherapeuten und pädagogischem Personal erscheint mir möglich und in diesem Feld auch sehr sinnvoll.

## Quellenverzeichnis

- American Academy of Pediatrics, 2012. Sensor Integration Therapies for Children With Developmental and Behavioral Disorders. *Pediatrics*, 28 Mai, pp. 1186-1189.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostische und Statistische Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anfang, G. & Demmler, K., 2003. *Mit Kamera, Maus und Mikro, Medienarbeit mit Kindern*. München: kopaed.
- Anon., 2013. *Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Apel, P. et al., 2011. *Warum Kinder spielen müssen- Zehn Argumente für das Spiel*. Berlin: s.n.
- Arasin, B., 2009. *Evaluation des Ergotherapeutischen Trainingsprogramms (ETP) bei ADHS*. Köln: Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln.
- Arasin, B. & Winter, B., 2007. Ergotherapeutisches Trainingsprogramm bei ADHS (ETP-ADHS). In: B. Winter & B. Arasin, eds. *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, pp. 88-99.
- Ayres, A. J., 2013. *Bausteine kindlicher Entwicklung*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Berger, P. A., 2001. Klassenstruktur und soziale Schichtung. In: H. Joas, ed. *Lehrbuch der Soziologie*. Frankfurt/Main: Campus Verlag, pp. 224-236.
- Bernstein, B., 1972. *Studien zur sprachlichen Sozialisation*. Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann.
- Bonney, H., 2008. Lernen und Therapie als lösungswirksame epigenetische Prozesse. In: H. Bonney, ed. *ADHS- Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, pp. 253-267.
- Bonney, H., 2008. Neurobiologische Überlegungen zur Erklärung der ADHS-Entwicklung und der klinischen Nützlichkeit der systemischen Therapie. In: H. Bonney, ed. *ADHS-Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, pp. 118-133.
- Brandau, H., 2008. ADHS: Ungelöstes Puzzle, biopsychosoziales Interaktionsphänomen oder Mozart-Edison-Syndrom. In: H. Bonney, ed. *ADHS- Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, pp. 25-41.
- Brandau, H., Pretis, M. & Kaschnitz, W., 2006. *ADHS bei Klein- und Vorschulkindern*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bundesärztekammer, 2006. *Bundesärztekammer*. [Online]  
Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3166&all=true>  
[Accessed 28 04 2014].
- Bundesärztekammer, 2006. *Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung' (ADHS)- Langfassung*. [Online]  
Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3164>  
[Accessed 15 Mai 2014].

- Bundesministerium für Familie, S. F. u. J., 2013. *Kinder- und Jugendhilfe, Achtes Buch Sozialgesetzbuch*. Berlin: s.n.
- Bundeszentrale für politische Bildung, 2012. *Bundeszentrale für politische Bildung*. [Online] Available at: <http://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/125771/jeder-sechste-von-armut-bedroht> [Accessed 17 März 2014].
- BZgA & RKI, 2008. *Erkennen-Bewerten-Handeln: zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, Berlin und Köln: BZgA; RKI.
- CAOT, n.d. *CAOT- CANADIAN ASSOCIATION of OCCUPATIONAL THERAPISTS*. [Online] Available at: <https://www.caot.ca/default.asp?pageid=3781> [Accessed 13 Mai 2014].
- Charlton/Neumann, 1986. *Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie*. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Dammasch, F., 2013. ADHS-Ruhelose Jungen und ihre frühen Beziehungsmuster. In: B. Stier & R. Winter, eds. *Jungen und Gesundheit*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, pp. 128-135.
- DESTATIS, S. B., 2013. *29,3 % der unter 3-Jährigen am 1. März 2013 in Kindertagesbetreuung*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Pressestelle.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.v. , 2008. ADHS-Ergotherapie eine Wichtige Säule im Therapiekonzept. *Ergotherapie und Rehabilitation*, Juni, p. 37.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten E.V., 2007. *Deutscher Verband der Ergotherapeuten E.V.*. [Online] Available at: <http://www.dve.info/ergotherapie/definition.html> [Accessed 02 05 2014].
- Dietrich, K., 2011. *Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. ADHS- die Einsamkeit in unsere Mitte*. Stuttgart: Schattauer.
- DIMDI, 2014. *DIMDI- medizinwissen, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. [Online] Available at: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm> [Accessed 28 04 2014].
- Döpfner, M., Banaschewski, T., Krause, J. & Skrodzki, K., 2010. Stellungnahme: Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2, pp. 131-136.
- Döpfner, M., Banaschewski, T. & Schulte-Körne, G., 2013. *Stellungnahme der DGKJP zum Barmer GEK Arztreport 2013 über die Häufigkeit von Diagnosen einer hyperkinetischen Störung und der Verordnung von Medikamenten zu ihrer Behandlung*. [Online] Available at: <http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2013/stn-2013-02-05-barmer-arztreport-dgkjp.pdf> [Accessed 15 05 2014].

Döpfner, M. et al., 2008. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 12, pp. 59-70.

Döpfner, M., Lemkuhl, G., Schepker, R. & Frölich, J., 2007. *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Ecarius, J., Köbel, N. & Wahl, K., 2011. *Familie, Erziehung und Sozialisation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Eschenko, O., 2013. *Max-Planck-Gesellschaft*. [Online]  
Available at: [http://www.mpg.de/6804083/JB\\_2013](http://www.mpg.de/6804083/JB_2013)  
[Accessed 06 Mai 2014].

Frölich, J. & Lemkuhl, G., 2012. *Computer und Internet erobern die Kindheit: vom normalen Spielverhalten bis zur Sucht und deren Behandlung*. Stuttgart: Schattauer.

Gálvez JM1, F. D. F. D. M. H. T.-G. C. V.-v.-M. A., 2013. *Evidence of association between SNAP25 gene and attention deficit hyperactivity disorder in a Latin American sample*. Wien, Springer Verlag.

Gebhardt, B., Finne, E., von Rhaden, O. & Kolip, P. D. P., 2008. *ADHS bei Kindern und Jugendlichen*. Bremen/ Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag.

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2010. *Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen- Verordnung von Stimulantien nur in bestimmten Ausnahmefällen*. Berlin: GBA.

Gerd Glaeske, E. W., 2008. Aspekte der Behandlung von ADHS-Kindern. Versorgungsforschung auf Basis von Krankenkassendaten. In: H. Bonney, ed. *ADHS-Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, pp. 55-79.

Geulen, D., 2007. Sozialisation. In: H. Joas, ed. *Lehrbuch der Soziologie*. Frankfurt/New York: Campus Verlag, pp. 138-157.

Gontard, A. v., 2010. ADHS bei Vorschulkindern. In: *Diagnose und Therapie der ADHS*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, pp. 21-29.

Götsch, K., 2011. Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn, eds. *Ergotherapie, vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart: Thieme Verlag, pp. 75-90.

Götsch, K., 2011. Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn, eds. *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart: Thieme Verlag, pp. 56-64.

Gukenbiehl, H., 1979. Die Familie als primärer Sozialisationsraum. In: *Felder der Sozialisation*. Braunschweig: Georg Westermann Verlag, pp. 101-209.

Heinemann, E. & Hopf, H., 2006. *AD(H)S. Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele - Psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

- Hradil, S., 1999. *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hurrelmann, K., 2002. *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Hüther, G., 2006. die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In: M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther, eds. *ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht GmbH & Co. KG, pp. 222-237.
- Hüther, G. & Bonney, H., 2002. *Neues vom Zappelphilip. ADS: verstehen, vorbeugen und behandeln*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Hüther, G., n.d. *WIN FUTUR*. [Online]  
Available at: <http://www.win-future.de/downloads/istdazappelphilippsyndromeinekrankheit.pdf>  
[Accessed 2014 Mai 14].
- IntelliMed, G., 2011. *Der Heilmittelkatalog*. [Online]  
Available at: <http://www.heilmittelkatalog.de/index.php/massnahmen-der-ergotherapie.html>  
[Accessed 24 04 2014].
- Kain, W., Landerl, K. & Kaufmann, L., 2008. Komorbidität bei ADHS. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, August, pp. 757-767.
- Knagge, S., 2007. Fallbeispiel vor dem Hintergrund der ICF und der Ergotherapeutischen Theoriemodelle. In: B. Winter & B. Arasin, eds. *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, pp. 48-54.
- Kowalsky, J., 2012. Paar- und Familientherapie und Systemische Ansätze. In: W. Rief, ed. *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, pp. 85-92.
- Kreppner, K., 1998. Sozialisation in der Familie. In: K. Hurrelmann & D. Ulrich, eds. *Handbuch der Sozialisationsforschung, Studienausgabe*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, pp. 321-334.
- Laewen, H.-J., Anders, B. & Hedervari, E., 1990. *Ein Modell für die Gestaltung der Eingewöhnungssituation von Kindern in Krippen*. Berlin: FIPP-Verlag.
- Lang, E., 1980. *Kinder, Familie und Fernehen*. Freiburg: Verlag Herder GmbH u. Co KG.
- Lempp, T., Eftichia, D., Bender, S. & M. Freitag, C., 2010. Diagnose und Differenzialdiagnose der ADHS im Kindes- und Jugendalter. In: *Diagnose und Therapie der ADHS*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, pp. 29-43.
- Leuzinger-Bohleber, P. D. M. & Haubl, P. D. D. R., 2007. Hilfe für kleine Störenfriede: Frühprävention statt Psychopharmaka. *Forschung Frankfurt*, 3, pp. 52-55.
- Leuzinger-Bohleber, P. M. & Lärer, D. p. D. S. K., 2008. *SFI, Sigmund-Freud Institut-Forschungsinstitut für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*. [Online]  
Available at: <http://www.sfi-frankfurt.de/de/forschung/archiv-der-forschungsprojekte/frankfurter-praeventionsstudie/projektbeschreibung.html>  
[Accessed 05 Mai 2014].

- Luchterhand, 1997. *Klein & Groß*, Neuwied: Luchterhand Verlag.
- Maier, A. et al., 2014. Effectiveness of cognitive-functional (cog-fun) occupational therapy intervention for young children with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study.. *American Journal of Occupational Therapy*, Mai-Juni, pp. 260-267.
- Marotzki, D. p. U., 2008. Sinnvolle Betätigung im Fokus. *Ergopraxis*, 5, pp. 30-32.
- Michael Rösler, A. v. G. W. R. C. M. F., 2010. *Diagnose und Therapie der ADHS*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Müller, A., Candrian, G. & Kroptov, J., 2011. *ADHS Neurodiagnostik in der Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Nave-Herz, R. & Onnen-Isemann, C., 2001. Familie. In: H. Joas, ed. *Lehrbuch der SOZIOLOGIE*. Frankfurt/Main: Campus Verlag mbh, pp. 289-310.
- Niederbacher, A. & Zimmermann, P., 2011. *Grundwissen Sozialisation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ottinger, D., 2005. *Thieme*. [Online]  
Available at: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2006-926911>  
[Accessed 08 Mai 2014].
- Peuckert, R., 2012. *Familienformen im sozialen Wandel*. Münster: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Plomin, R., DeFries, J. C., Mc Cleary, G. E. & Rutter, M., 1999. *Gne, Umwelt und Verhalten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Polancyzyk, G., der Lima, M. & Horta, B. R. L., 2007. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry*, 06, pp. 942-948.
- Pöttsch, O., 2012. *Geburten in Deutschland, Ausgabe 2012*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Ramanos, M., Renner, T. & A., W., 2011. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. In: H. Möller, L. G. & K. HP., eds. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag, pp. 1178-1188.
- Renschmidt, H. & Heiser, P., 2004. Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 10. September, pp. 2457-2466.
- RKI/BZgA, 2008. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: *KiGGS-Basiserhebung*. s.l.:s.n., pp. 57-62.
- Scherr, A., 2006. Bildung, Erziehung, Sozialisation. In: A. Scherr, ed. *Soziologische Basics*. Wiesbaden: Springer Verlag, pp. 33-41.
- Schlack, R., Kurth, B.-M. & Hölling, H., 2008. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. pp. 245-260.

Schneewind, K. A., 1994. Erziehung und Sozialisation in der Familie. In: *Enzyklopädie der Psychologie, Psychologie der Erziehung und Sozialisation*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Schütte, G., 2013. Innere Stärke. *Wissen & Forschen*, pp. 10-13.

Statistisches Bundesamt ed., 2012. *Der Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen*. Wiesbaden: s.n.

Statistisches Bundesamt, D., 2013. *Statistisches Bundesamt, DESTATIS*. [Online] Available at: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/07/PD13\\_233\\_122.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/07/PD13_233_122.html) [Accessed 21 03 2014].

Steinhausen, H.-C., 2010. ADHS als psychopathologische Diagnose: Rückblick und Ausblick. In: A. v. G. W. R. C. M. F. Michael Rösler, ed. *Diagnose und Therapie der ADHS*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, pp. 13-20.

Techniker Krankenkasse, 2014. *ADHS: Kinder erhalten seltener Tabletten gegen das Zappelphilip Syndrom*. Hamburg: TK.

Thomas Lempp, E. D. S. B. C. M. F., n.d. In: s.l.:s.n.

Wandt, V., 2012. *Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.* [Online] Available at: <http://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=BVPG&snr=9115&t=ADHS-Pr%20ventionsstudie> [Accessed 05 05 2014].

Warnke, A. et al., 2011. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: H. e. a. Möller, ed. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, pp. 1178-1188.

Weidemann, A. K. B., 2001. *Pädagogische Psychologie*. Weinheim: Urban & Schwarzenberg, Psychologie Verlags Union Verlagsgruppe Beltz.

Weltgesundheitsorganisation, 2011. *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Winter, B., 2007. Ergotherapeutische Behandlungsgrundsätze bei Kindern mit ADHS. In: B. Winter & B. Arasin, eds. *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, pp. 56-76.

Winter, B. & Ottinger, D., 2007. Ergotherapeutisches Elterntraining (ETET). In: B. Winter & B. Arasin, eds. *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, pp. 100-109.

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen, 2002. *Die bildungspolitische Bedeutung der Familie - Folgerungen aus der PISA-Studie*. Stuttgart: Kohlhammer.

## Anhang

### **Kriterien der Hyperkinetischen Störung nach ICD-10**

#### *G1. Unaufmerksamkeit:*

Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten,
2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten,
3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird,
4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden),
5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
6. vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern,
7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge,
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt,
9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

#### *G2. Überaktivität:*

Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen,
2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird,

3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl),
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen,
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

*G3. Impulsivität:*

Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist,
2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen,
3. unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein),
4. reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

*G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.*

*G5. Symptomausprägung:* Die Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein, z. B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zuhause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z. B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind meist unzureichend.)

*G6. Die Symptome von G1. - G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.*

*G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-), eine manische Episode (F30.-), eine depressive Episode (F32.-) oder eine Angststörung (F41.-). (Bundesärztekammer, 2006)*

## **Klinische Kriterien der ADHS nach DSM V**

A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:

A.1 Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

### **Unaufmerksamkeit**

- a. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- b. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- c. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn / sie ansprechen,
- d. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten),
- e. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- f. vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),
- g. verliert häufig Gegenstände, die er / sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug),
- h. lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken,
- i. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

A.2 Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen.

### **Hyperaktivität**

- a. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- b. steht in der Klasse und anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf,
- c. läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),

- d. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- e. ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er / sie "getrieben",
- f. redet häufig übermäßig viel (in ICD-10 als Impulsivitätsmerkmal gewertet).

### **Impulsivität**

- g. platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
- h. kann nur schwer warten, bis er / sie an der Reihe ist,
- i. unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

*B.* Einige Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren (bzw. sechs Jahren nach ICD-10) auf.

*C.* Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz oder zu Hause).

*D.* Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.

*E.* Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung) (vgl. Bundesärztekammer, 2006)

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 08.06.2014

---

Dorle Hoffmann