



Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit Kindern mit ADHS und ihren Familien

Eingereicht von

Marija-Madlen Kopic

Bachelor Thesis

Bachelor of Arts

Eingereicht bei

Herr Prof. Dr. Daniel Oberholzer

Hochschule für Soziale Arbeit

Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, im Juni 2020

Abstract

Kinder, die zappeln, nerven und auffallen – kommt Ihnen das bekannt vor? Das kann doch nur ADHS sein. In der Schweiz wird davon ausgegangen, dass 5 % aller Kinder und Jugendlichen von der sogenannten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung – kurz ADHS – betroffen sind. Trotz grosser Aufklärungsarbeit werden diese Kinder teilweise immer noch stigmatisiert. Bei einer medikamentösen Behandlung ist Ritalin die erste Wahl. Doch sind auch weitere alternative Behandlungsmethoden bekannt? Wie wir wissen, haben Kinder und Jugendliche besonderen Anspruch auf ihre Förderung und Entwicklung. Das Rahmenkonzept der «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit» nach Thiersch bietet mittels seiner Struktur- und Handlungsmaximen unter Einbezug der Dimensionen adäquate Möglichkeiten, Kinder mit ADHS und ihre Familien zu unterstützen. Durch die lebensweltnahe Umorientierung knüpft das Konzept an die alltägliche Lebenslage der Familien an und verhilft ihnen zu einem gelingenden Alltag. Diese Bachelorarbeit zeigt auf, welchen Beitrag das Konzept «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit» in der Arbeit mit Kindern mit ADHS und ihren Familien leisten kann.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
1 Einleitung	2
1.1 Meine Motivation	3
1.2 Darstellung der Relevanz für die Soziale Arbeit	5
1.3 Formulieren der zentralen Fragestellung und des Erkenntnisinteresses	6
1.4 Aufbau und Übersicht der Arbeit	6
2 Einführung in die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	8
2.1 Begriffserklärung Verhaltensstörung	8
2.1.1 Was ist ADHS?	9
2.1.2 Diagnostik AD(H)S	10
2.1.3 Komorbidität	12
2.2 Ursachen und Entwicklung	14
2.2.1 Neurobiologische Faktoren	14
2.2.2 Genetische Faktoren	14
2.2.3 Psychosoziale und umweltbedingte Faktoren	15
2.3 Zusammenfassung	16
2.3.1. Auswirkungen auf die familiäre Lebenslage	17
3. Behandlungsmethoden	18
3.1 Die Medikamentöse Therapie	18
3.2 Wie wirken Stimulanzien?	19
3.2.1 Methylphenidat	19
3.2.2 Nebenwirkungen von Methylphenidat	20
3.3 Alternative Behandlungsmethoden	21
3.4 Abschliessende Anmerkung	21
4 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit	23
4.1 Lebensweltorientierung als Wissenschaftskonzept	24
4.2 Lebenslage	25
4.2.2 Was bedeutet Alltag in Verbindung zur Lebenswelt?	25
4.3 Soziale Gerechtigkeit in Bezug auf den Alltag	26
4.4 Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit	27
4.5 Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Soziale Arbeit	29
4.6 Professionalität	33
5. Lebensweltorientierte Förderung an Kindern mit ADHS	35
5.1 Lebensweltorientierung in unterschiedlichen Arbeitsbereichen	35
5.2 Struktur- und Handlungsmaximen: Umsetzung	36

6 Diskussion	43
6.1 Lebensweltorientierung in Bezug auf Kinder mit ADHS – Fazit	43
6.2 Meine Stellungnahme und weiterführende Gedanken	45
6.4 Kritische Würdigung	47
7 Danksagung	50
8 Quellenverzeichnis	51
8.1 Literaturverzeichnis	51
8.1.1 Internetquellen	53
8.2 Abbildungsverzeichnis	54
8.3 Tabellenverzeichnis	54
9 Ehrenwörtliche Erklärung	56

1 Einleitung

«Anders sein und viele Fähigkeiten haben, das ist ADHS. Menschen mit ADHS haben besondere Fähigkeiten, außergewöhnliche Wege zu gehen. Sie brauchen dazu Selbstvertrauen, erreichbare Ziele, viel Motivation, Eigeninitiative und Kenntnisse, um das Beste aus ihrem Leben zu machen.» (Simchen 2015: 11)

Nach dem Kinder- und Jugendreport von 2019 wurden im Jahr 2017 bei mehr als einem Viertel der Kinder und Jugendlichen nach ärztlichen Untersuchungen psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten festgestellt. (vgl. Nier 2019: o.S.). Viele Fachkräfte beschwerten sich darüber, dass sie sich tendenziell mit schwächeren oder mehr «anders gestörten» Kindern beschäftigen müssen. Sie stossen auf Desorientierung und Haltungslosigkeit, was schnell zu Überforderung führen kann. Der pädagogische Alltag scheint somit eine wahrhaftige Herausforderung geworden zu sein (vgl. Heilmann/Eggert-Schmid Noerr/Pforr 2015: 7).

Mittlerweile ist dieses Themenfeld ein breit diskutierter Gegenstand in unserer Gesellschaft, ein besonderes Augenmerk wird auf die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, auch bekannt als ADHS, gelegt. Nicht nur Fachleute, die in diesem Bereich tätig sind, beschäftigen sich damit, sondern auch im Alltag werden die Inhalte dazu diskutiert und verbreitet. Zahlreiche Informationen mit entgegengesetzten Meinungen und Diskursen kreisen durchs Internet und die Literatur.

Heutzutage bekommen einige Kinder die Diagnose ADHS. Die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte hat im März 2019 einer Statistik nach einen Wert von 5 % gemessen. Das heisst, dass in einer Klasse von 20 Kindern durchschnittlich ein Kind von ADHS-Symptomen betroffen ist (vgl. Hunziker 2019: o.S.).

Doch was bedeutet das? Was brauchen diese Kinder? Welche Möglichkeiten werden ihnen zur Verfügung gestellt? Und wie gestaltet sich dadurch ihr Alltag?

Dies sind Fragen, die nicht nur die Kinder selbst, sondern vor allem die Eltern, die Erziehungsberechtigten und die mit ihnen zusammenarbeitenden Fachkräfte beschäftigen.

Die Thematik begleitet alle Beteiligten und bringt Ungewissheiten und Unsicherheiten mit sich. Doch scheinen wir zu wissen, was als «normales Verhalten» gilt und was als «abweichendes Verhalten». Grundsätzlich wird in unserer Gesellschaft das Normverhalten als das bekannte «normale Verhalten» angesehen. Kinder, die nicht in der Lage sind, sich diesem anzupassen oder stückweise davon abweichen, können somit einen erschwerten Zugang zu der Gesellschaft haben, in der sie sich befinden (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 67).

Damit sich diese Kinder trotzdem in die Gesellschaft integrieren und dem Normverhalten entsprechen können, wurden verschiedene Methoden entwickelt, welche dazu dienen, die

Anpassung des Verhaltens zu fördern. Schon zu Beginn der 90er Jahre wurden Amphetamine bei den zu Behandelnden angewendet, die auch heute noch neben Methylphenidat – Ritalin bzw. Medikinet – ihre Verwendung finden. Kinder mit der Diagnose ADHS zeigen häufig auch Lern- und Verhaltensstörungen, aufgrund dessen gestaltet sich der Umgang mit ihnen anders, im Gegensatz zu Kindern ohne die Diagnose ADHS. Dabei stellt sich die zentrale Frage, ob im Zuge dessen medikamentös behandelt werden muss oder ob es auch andere Alternativmöglichkeiten gibt, die die Zusammenarbeit mit Kindern mit ADHS erleichtern (vgl. Wender 2002: 15).

Das Rahmenkonzept der «Lebensweltorientierung» von Hans Thiersch beruht auf dem folgenden Ausgangspunkt: «Wenn man Kindern und Jugendlichen richtig gut und freundlich helfen will, dann muss man in die Welt hineingehen, in der diese Kinder und Jugendlichen versuchen, ihr Leben so gut wie möglich zu leben.» (Schoch 2005: 3)

Die Theorie «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit» richtet sich danach, Hilfsangebote aufzustellen. Mit ihren fünf Strukturmaximen möchte sie Kindern und Familien dazu verhelfen, ihre «alltägliche Erfahrungswelt» zu öffnen. Somit können die Betroffenen ihren Alltag darlegen und die pädagogischen Möglichkeiten an die gegebene Lebenswelt anpassen. Diese Theorie kann dazu beitragen, dass Kinder mit ADHS ohne medizinische Behandlung in ihrer Entwicklung gefördert werden und ihr Verhalten anerkannt wird (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 24).

Die Theorie behandelt für mich äusserst wichtige Aspekte, die dazu beitragen können, eine gezielte Arbeitsweise für Kinder mit ADHS zu unterstützen. Die nach Thiersch beschriebenen Strukturmaximen Prävention, Alltagsorientierung, Partizipation, Integration und Regionalisierung/Dezentralisierung eignen sich besonders gut, um sich als professionell Sozial Arbeitende für den Entwicklungsprozess der Kinder einzusetzen (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 83).

Diese Aspekte haben mich dazu veranlasst, die Themen der Kinder mit ADHS und der Lebensweltorientierung miteinander zu verknüpfen. Im folgenden Abschnitt erläutere ich meine Motivation; was mich dazu bewegte, mich mit diesem Thema näher auseinanderzusetzen.

1.1 Meine Motivation

Ich habe mein Praxissemester in einem Schulhaus für Kinder mit ADHS, Verhaltensauffälligkeiten und weiteren Defiziten absolviert. Die Kinder waren in diesem Schulhaus, weil sie in einer Regelklasse nicht mithalten konnten oder dem klassischen Normverhalten nicht entsprachen – sich somit von einer auffälligeren Seite zeigten. Sie wurden bewusst herausgenommen und separiert, da die Fachkräfte von Überforderung berichteten.

Dort habe ich mich damit befasst, was es wirklich heisst dem «Standardverhalten», aus diversen Gründen, nicht gerecht zu werden, was in unserer Gesellschaft nur bedingt akzeptiert wird.

Die Kinder waren sich dessen bewusst und es wurde ihnen offen kommuniziert, dass diese Art von «unruhigem» und «impulsivem» Verhalten nicht toleriert werden kann und sie sich, um wieder in eine Regelklasse zu gelangen, bemühen müssen. Jedes Kind ist anders, hat individuelle Stärken und Schwächen, somit fiel es dem einen leichter und dem anderen schwerer, sich diesem Normverhalten demgemäss anzupassen. In diesem halben Jahr durfte ich erfahren, welche Möglichkeiten es gibt, um auf die einzelnen Bedürfnisse der Kinder entsprechend eingehen zu können. Dabei war es für mich neu, dass so viele Kinder medikamentös behandelt werden. Manche Kinder konnten nur durch zusätzliche Medikamente die nötige Konzentration aufbringen, um in der Kleinklasse mithalten und dem geforderten Verhalten entsprechen zu können. Natürlich brachte jedes Einzelne dieser Kinder einen eigenen «Rucksack» mit – von der familiären Situation zu Hause bis zum weiteren sozialen Umfeld. Dessen wurde man sich täglich aufs Neue bewusst.

Zwei Jungen aus der Klasse haben mich besonders zum Nachdenken gebracht. Der eine kam jeden Tag müde und erschöpft in den Morgenkreis. Als ich mit ihm darüber sprach, sagte er mir, dass seine Medikation erhöht wurde und er seitdem morgens nichts essen könne, da ihm sehr übel sei. Er teilte mir mit, dass er keine Kraft habe und sich antriebslos fühle. Der andere Junge kam, nach meiner Interpretation, täglich fröhlich, munter und gut gelaunt in die Schule. Er musste aufgrund seiner «Konzentrationschwäche» und seiner «mangelhaften schulischen Leistung» ebenfalls Medikamente einnehmen. Da er sie zu Hause nicht eingenommen hatte, musste er diese täglich in der Schule einnehmen. Nach der Medikation konnte ich beobachten, wie seine Konzentration bezüglich der schulischen Leistung gestiegen ist, jedoch seine Lebensfreude sank. Oft sagte er mir, er wolle diese Medikamente nicht einnehmen, er würde sich nach der Einnahme traurig fühlen, deswegen würde er die Medikamente nie zu Hause nehmen, sondern er warte damit, bis die Schule beginnt. Darauf stellte ich mir die Frage, worauf der Fokus liegt: Auf guten schulischen Leistungen und Konzentration in der Schule oder dem eigenen Wohlbefinden?

Nicht nur diese Frage, sondern auch viele weitere Fragen begleiteten mich das gesamte Praxissemester hindurch, wie z.B. die Frage, was genau unter ADHS und Verhaltensauffälligkeiten verstanden wird, wie die Eltern und Sozialpädagogen damit umgehen, welche alternativen Ansätze es gibt und wie die eingesetzten Medikamente im Körper der Kinder wirken. Die Medikation zahlreicher Kinder und ihre Geschichten beschäftigten mich täglich. Ich dachte mir, dass es noch irgendeinen anderen Ansatz geben muss, um mit diesen Kindern sys-

tematisch ohne medikamentösen Einfluss arbeiten zu können. Da wir im Studium verschiedene Theorien erlernten, kam mir die Theorie der Lebensorientierung in den Sinn, die auf einen besser gelingenden Alltag abzielt. Zum einen war mir bewusst, dass eine nicht medikamentöse Alternative viel mehr Ressourcen und Aufwand für die Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte bezüglich der Kinder bedeutet. Zum anderen widerstrebte es mir zu akzeptieren, dass diese Kinder mit Medikamenten zur Ruhe gestellt werden, um dem gewollten Verhalten entsprechen zu können.

Da ich mir sehr gut vorstellen kann, später in diesem Bereich tätig zu sein, ist es im Hinblick auf meine eigene pädagogische Zukunft von besonderer Bedeutung zu erfahren, welche Erkenntnisse bezüglich dieses Themas bekannt sind. Im folgenden Abschnitt wird die Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit beschrieben, daraufhin wird zentrale Fragestellung im Zusammenhang mit dem Erkenntnisinteresse konkretisiert und der Ablauf der Arbeit kurz beschrieben.

1.2 Darstellung der Relevanz für die Soziale Arbeit

Im Bereich der Sozialpädagogik kommt es nicht selten vor, dass mit Kindern mit ADHS gearbeitet wird. Dies kann auf verschiedenen Ebenen unterschiedliche Herausforderungen mit sich bringen (vgl. Wender 2002: 15).

Für die professionellen Sozial Arbeitenden ist es sehr wichtig, den Kindern während der Arbeit sowie auch in den einzelnen Lebenslagen zu einem gelingenderen Alltag zu verhelfen. Nach Thierschs Konzept bauen die Sozial Arbeitenden auf den Stärken der Menschen auf und liefern ihnen ein Sprungbrett, das sie selbst zu ihrer eigenen Gestaltung der Lebenswelt bekräftigt. Somit sind die Professionellen der Sozialen Arbeit dazu aufgerufen, auf den Fähigkeiten aufzubauen, welche ein Mensch mitbringt, anstatt sich darauf zu konzentrieren, Defizite zu unterbinden. Der Mensch steht in der Lebensweltorientierung mitsamt seinen Ressourcen im Zentrum. In Verbindung mit der Arbeit mit Kindern würde dies bedeuten, dass durch die Bekräftigung ihrer Fähigkeiten ihr Selbstbewusstsein steigt, was wiederum zu einer vermehrten Anstrengung und der Bekämpfung ihrer eigenen Defizite führen würde (vgl. HSA FHNW 2007: 47ff.).

Auch Kinder sollten das Recht auf eine eigene Gestaltung ihrer Lebenswelt haben, vor allem Kinder, die nicht in die heutigen «Wert- und Normvorstellungen» hineinpassen. Die Behandlungsmethode der medikamentösen Therapie führt zu einer Defizitverhinderung. Durch das aufgesetzte Merkmal «ADHS» wird teilweise die Ressourcenorientierung blockiert, was das Ziel der Sozialen Arbeit vollkommen verfehlt (vgl. ebd.: 47ff.).

Im Werk «Soziale Arbeit und die Menschenrechte des Kindes» wird auf die Rechte von Kindern eingegangen. Dieser Satz verdeutlicht meine Intention bezüglich des Themas, gekoppelt mit der Relevanz der Sozialen Arbeit: «Das Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung als ein Recht, Fähigkeiten und Begabungen mit der Unterstützung von anderen Personen entdecken und entfalten zu können.» (Engelhardt 2016: 261)

Da die im vorherigen Kapitel erläuterten Erfahrungen in meinem Praxissemester stets durch die Verabreichung medikamentöser Mittel an die Kinder geprägt waren, möchte ich mich als Sozial Arbeitende mit Alternativmöglichkeiten, wie dem Ansatz der Lebensweltorientierung, befassen und die in der Theorie gewählten Prinzipien für die Arbeit mit Kindern mit ADHS aufzeigen.

1.3 Formulieren der zentralen Fragestellung und des Erkenntnisinteresses

Aus der Auseinandersetzung der verschiedenen Fragen haben sich für mich die Themen «Kinder mit ADHS im Zusammenhang mit ihren Familien» und «Lebensweltorientierung Soziale Arbeit» als zentrale Standpunkte dieser Bachelorarbeit ergeben. Dabei werde ich das Alter der Kinder auf bis 14 Jahre beschränken.

Die vorliegende Arbeit wird sich aus diesem Grund mit der folgenden Fragestellung befassen:

Zentrale Fragestellung:

- ◆ Welchen Beitrag leistet das Konzept der «Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit» in der Arbeit mit Kindern mit ADHS und ihren Familien?

Begrifflichkeiten wie «Lebensweltorientierung» und «ADHS» werden in der folgenden Arbeit erläutert. Zudem wird genauer auf die Behandlungsmethode der medikamentösen Therapie eingegangen. Die Arbeit basiert nicht auf empirisch fundierten Daten. Die Fragestellung wird auf theoretischer Ebene erarbeitet.

1.4 Aufbau und Übersicht der Arbeit

In der vorliegenden Literaturarbeit wird im zweiten Kapitel erläutert, wie sich die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung genau darstellt. Daraufhin wird auf die Diagnostik eingegangen, um ein Verständnis zu erlangen, wie zu der Diagnose «ADHS» bei Kindern gelangt werden kann. In einem weiteren Schritt werden sowohl die komorbiden Störungen,

Ursachen und Entwicklungen von ADHS als auch die Auswirkungen auf die familiäre Lebenslage beleuchtet.

Im dritten Kapitel werden Behandlungsmethoden aufgezeigt, dabei wird der Fokus auf die medikamentöse Therapie gelegt. Es wird dargelegt, wie diese wirkt und welche Nebenwirkungen sie mit sich bringt. Kurz wird auch auf alternative Behandlungsmethoden eingegangen. Danach wird die Theorie der «Lebensweltorientierten Soziale Arbeit» nach Grunwald und Thiersch (2016) dargelegt, welche den Hauptteil der Arbeit bildet. Konkret wird das Wissenschaftskonzept in seinen Grundzügen erläutert und es wird auf die Lebenslagen und die Bedeutung des Alltags im Konzept eingegangen. Darüber hinaus wird die Soziale Gerechtigkeit beleuchtet, da diese im Rahmenkonzept einen hohen Stellenwert einnimmt. Anschließend wird auf Dimensionen sowie die Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung eingegangen. Im fünften Kapitel lege ich das Konzept anhand der Struktur- und Handlungsmaximen an Kindern mit ADHS dar und zeige in Bezug auf die Lebenslage der Familie auf, wie adäquate Alltagsunterstützung umgesetzt werden kann. Dabei gehe ich vorab noch kurz auf die unterschiedlichen Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der Lebensweltorientierung ein. Abschliessend wird im sechsten Kapitel die Fragestellung beantwortet und es werden weiterführende kritische Gedanken geschildert. Zudem werde ich meine Stellungnahme in Bezug auf die Professionalität darlegen. Den Schluss bildet die kritische Würdigung.

Das Ziel der Arbeit besteht darin, aufzuzeigen, welchen Beitrag die «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit» in Bezug auf Kinder mit ADHS und ihre Familien leisten kann. Es soll ein Verständnis für die betroffenen Kinder, den Umgang mit medikamentöser Therapie als auch für die spezifischen damit verbundenen gesellschaftlichen Bedingungen geweckt werden. Durch die Erklärung des Rahmenkonzepts sollen gesellschaftliche Strukturen und Bewältigungsstrategien beleuchtet werden.

2 Einführung in die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

«ADHS ist eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter und steht seit vielen Jahren im Mittelpunkt intensiver Diskussionen zwischen Anhängern und Gegnern der Medikation durch Psychostimulanzien. Kaum eine andere Lern- und Verhaltensproblematik steht so im Spannungsfeld zwischen Pädagogik, Psychologie, sozialer Arbeit und Medizin.»

(Brandau/Kaschnitz 2008: 7)

Im folgenden Kapitel wird der Fokus auf die Verhaltensstörung und die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gelegt.

Wichtig ist dabei, dass zwischen zwei Hauptbezeichnungen unterschieden wird: der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, abgekürzt ADHS, und dem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom, abgekürzt ADS. Der Unterschied besteht darin, dass das ADS für Kinder ohne Anzeichen auf Hyperaktivität, genauer gesagt motorischer Unruhe, gilt.

In der vorliegenden Arbeit wird der Schwerpunkt auf die ADHS gelegt.

2.1 Begriffserklärung Verhaltensstörung

Damit von einer Verhaltensstörung gesprochen werden kann, muss ein Normverhalten definiert werden. Dieses wird oftmals durch gesellschaftliche Prozesse festgelegt, sodass ein reibungsloses Zusammenleben stattfinden kann. Die verschiedenen staatlichen Institutionen wie Schulen, Krankenhäuser etc. fordern und setzen ein Normverhalten sogenannte institutionelle Normen voraus, um die Funktionalität der einzelnen Systeme zu gewährleisten. Somit wird unter einer Verhaltensstörung ein Verhalten verstanden, welches von den konventionellen gesellschaftlichen Normen abweicht. Ob das Verhalten über das Mass der Norm hinausgeht oder dieses nicht erreicht, spielt dabei keine Rolle, wichtig ist nur, dass es in irgendeiner Form abweicht (vgl. Jantzen 2001: 222). Verhalten stellt die bewusste und unbewusste Aktivität dar, somit die Gesamtheit aller beobachtbaren und nicht beobachtbaren Aktivitäten eines Individuums. Eine Störung im Verhalten ist dann vorzufinden, wenn dieses von aussen nicht mehr beeinflusst werden kann (vgl. Borchert 1999: 34f). Anhand eines Zitats werden diese Aussagen verdeutlicht: «Normen definieren sich demnach dadurch, dass etwas dann als Norm gilt, wenn es verbindlich festlegt, wie Menschen sein sollen und wie sie sich unter bestimmten Bedingungen zu Verhalten haben.» (vgl. Stangl 2020: o.S.). Die Norm setzt voraus das Kinder sich in der Schule konzentrieren können müssen.

2.1.1 Was ist ADHS?

Bereits seit längerer Zeit setzen sich Ärzte und Forscher mit der ADHS-Störung auseinander. Dr. Hoffmann hat bereits im 18. Jahrhundert den Begriff des «Zappelphilipps» eingeführt. Das Syndrom wurde dazumal schon in klassischer Weise in einem Kinderbuch beschrieben (vgl. Seidler 2004: o.S.).

«Ob der Philipp heute still wohl bei Tisch sitzen will?» Also sprach in ernstem Ton der Papa zu seinem Sohn, und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum. Doch der Philipp hörte nicht, was zu ihm der Vater spricht. Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt auf diesem Stuhle hin und her.»

(Hoffmann 1863, zit. nach Wender 2002: 13)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung wird als häufigste diagnostizierte Verhaltensstörung des Kindesalters angesehen (vgl. Jenni 2016: 271).

Die Störung zeichnet sich durch drei Kernsymptome aus: Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität. Je nach Alter treten die Symptome unterschiedlich auf. Bereits im Kleinkindalter ist eine gewisse Bewegungsunruhe mit Hyperaktivität und erhöhter Impulsivität bei den Kindern zu beobachten. Da die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit zwei der schulischen Hauptanforderungen darstellen, nehmen die Symptome oft in der Schule oder im Kindergarten zu (vgl. Hunziker 2019: o.S.). Doch was heisst nun Aufmerksamkeit?

Nach Neuhaus (2012: 43) handelt es sich beim Begriff der Aufmerksamkeit um «einen recht komplexen Mechanismus, um Eindrücke aus der Umwelt aufnehmen und aussortieren zu können und somit eine entsprechend gezielte und auch effektive geistige Verarbeitung möglich wird».

Diese Definition zeigt auf, mit welchen Aspekten die Kinder mit ADHS Mühe haben. Gewiss gilt zu beachten, dass Aufmerksamkeit situationsbedingt ist und sich bei Kindern, je nach zu bewältigender Aufgabe, unterschiedlich zeigt (vgl. ebd.: 43).

Somit ist die ADHS eine verzweigte Störung, die sich aus neurobiologischen, psychischen, genetischen und sozialen Einflüssen ergibt (vgl. Jenni 2016: 271).

In einem weiteren Schritt wird aufgezeigt, wie sich die Diagnose ADHS stellen lässt.

2.1.2 Diagnostik AD(H)S

Susanne Walitza, Professorin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, äusserte in einem Interview: «Abklärungen auf ADHS müssen nachhaltig zeitintensiv und differenziert durchgeführt werden.» (vgl. Hartmann 2019: 36)

Lange Zeit galt ADHS als Störung des Kindheit- und Jugendalters, doch mittlerweile ist wissenschaftlich belegt, dass viele Betroffene auch im Erwachsenenalter unter ADHS leiden können. Die Diagnostik wird in verschiedenen Schritten vorgenommen.

Vorab wird eine detaillierte Anamnese durchgeführt, in welcher aufgeführt wird, wie sich die derzeitigen Probleme, Stärken, Schwächen, der Krankheitsverlauf und die Entwicklungsgeschichte der Betroffenen darstellen. Zusätzlich wird eine Familien- und Sozialanamnese ausgeführt. Dabei wird vor allem Wert auf die Krankengeschichte der Eltern, die familiären Eigenschaften und den Erziehungsstil gelegt (vgl. Jenni 2016: 274ff.).

Darüber hinaus werden mit den beiden international angewendeten Klassifikationssystemen DSM-IV/5 und ICD-10 Merkmale der ADHS systematisch festgehalten. Dies sind zwei grosse aktuell gültige Klassifikationssysteme, die seit langem zur Diagnostik von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter angewendet werden (vgl. ebd.: 4ff.). Bei DSM-IV und ICD-10 müssen sechs oder mehr erfasste Symptome von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität über sechs Monate hindurch in einem bestimmten Ausmass vorhanden sein, siehe Tabelle 1 (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2013: 1f.).

Zudem sollten die Symptome vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben. Die beiden Systeme unterscheiden sich in der Bestimmung der Menge und der Kombination der Kriterien, die für die Untersuchung einer ADHS-Diagnose vorhanden sein müssen.

Gemäss ICD-10 wird bei der Diagnose zwischen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) und einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) unterschieden (vgl. ebd.: 4). Nach Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2013: 3) werden im Klassifikationssystem des DSM-IV die Symptome in folgende Subtypen unterteilt:

- ◆ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Mischtyp
- ◆ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: vorwiegend unaufmerksamer Typ
- ◆ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

Tabelle 1: Symptom-Kriterien der Hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien) und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV

<p>A) Unaufmerksamkeit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten. 2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten. 3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen. 4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten). 5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. 6. 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). 7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). 8. Lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken. 9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.
<p>B) Hyperaktivität</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. 2. Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. 3. 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). 4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. 5. {Ist häufig «auf Achse» oder handelt oftmals, als wäre er «getrieben». <p>(Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)</p>
<p>C) Impulsivität</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. 2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen). 3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein). 4. Redet häufig übermässig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren). {Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.}

Wichtig zu wissen ist, dass für die Diagnosestellung diese Fragebögen alleine nicht ausreichen. Sie dienen besonders für den Vergleich und die Zusammenstellung der Daten, die das kindliche Verhalten in diversen Situationen beschreiben sollen. Ergänzend wird ein Entwicklungsprofil ausgearbeitet, das die intellektuellen, sprachlichen, neuromotorischen und auch sozialen Kompetenzen prüft, sowie zusätzliche mögliche Leistungstests. Die ADHS-Diagnose wird meist durch SchulpsychologInnen oder FachärztInnen gestellt.

Nach der Stellung der Diagnose werden die Kinder zu KinderärztInnen verwiesen, damit ihnen die entsprechende Medikation verschrieben wird (vgl. Jenni 2016: 275).

Nach Jenni (2016: 272) gibt es jedoch einen wichtigen Grundsatz bei der Diagnosestellung zu beachten.

«Es gibt allerdings keine genetische, neurologische oder neuropsychologische Untersuchungsmethode, die mit genügender Sensitivität und Spezifität zur Diagnose der ADHS eingesetzt werden kann. existieren nach wie vor keine zuverlässigen bildgebenden (z. B. Magnetresonanztomographie [MRT] oder Elektroenzephalographie [EEG]), labor-chemischen oder molekularbiologischen Verfahren für die Diagnostik beim individuellen Patienten. Im Klartext: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist eine klinische Diagnose.»

Es ist nicht auszuschliessen das in Zukunft eine spezifische Untersuchungsmethode für ADHS gefunden werden könnte, jedoch wäre die Problematik von einer eindeutigen Grenze zwischen «normal» und «pathologisch» immer noch vorhanden (vgl. Jenni 2016: 272).

2.1.3 Komorbidität

Selten bekommt ein Kind lediglich die Diagnose ADHS gestellt. Weitere psychische Störungen und Begleitprobleme werden oft zusätzlich mitdiagnostiziert. Gesamthaft weisen bis zu 70 % der Fälle eine komorbide psychische Störung, eine sogenannte Begleiterkrankung auf (vgl. Hartmann 2019: 36).

Die Kinder, die von einer komorbiden Störung begleitet werden, weisen grössere Entwicklungsrisiken auf als Kinder, die ausschliesslich den Symptomen der ADHS untergeordnet sind. Durchschnittlich ist die Symptomatik bei diesen Kindern durch vermehrte Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsproblematiken gekennzeichnet (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2013: 7f.).

In der folgenden Tabelle stellt Schramm (2013 in 2016: 24) die Erkenntnisse diverser Studien zur Komorbidität im Zusammenhang mit ADHS dar.

Tabelle 2: Häufigkeit komorbider Störungen bei Jugendlichen und Kindern mit ADHS

Häufigkeit in %	Art der komorbiden Störung
40–60 %	Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten
30–50 %	Störung des Sozialverhaltens
10–40 %	Depressionen
15–35 %	Angststörungen
10–35 %	Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
10–20 %	Tic-Störungen und Tourette-Syndrom
20–35 %	Substanzmissbrauch (nur Jugend und Erwachsenenalter)

(Schramm 2013 in 2016: 24)

An erster Stelle stehen hierbei externalisierende Verhaltensstörungen – sogenannte *Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens*. Diese zeichnen sich in ihrer Symptomatik durch leichte Reizbarkeit, trotziges Verhalten, geringe Empathie, Nicht-Einhalten sozialer Regeln sowie Aggressionen gegenüber Personen als auch Sachbeschädigungen aus. Bei der Komorbidität wird von zwei theoretisch fundierten Subtypen ausgegangen. Zum einen wird ausgesagt, dass beide Störungen in gleicher Ausprägung sehr früh und stark auftreten, und zum anderen, dass die externalisierenden Verhaltensstörungen aus der ADHS erfolgen und in einem schwächeren Mass auftreten (vgl. Mackoviak/Schramm 2016: 24ff.).

Nach den externalisierenden Verhaltensstörungen folgen die *Depressivität und die Angststörung*. Diese zählen zu den internalisierenden Störungen und entstehen meist durch die schwierigen Entwicklungsverläufe der ADHS. Die Kinder sind oft durch negative Erfahrungen ihres Umfeldes geprägt und entwickeln dementsprechend ein schlechtes Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, was zu depressivem Verhalten und Angststörung führen kann.

In der Schule fällt vor allem auf, dass viele Kinder mit ADHS von *Lernstörungen* betroffen sind, wie bspw. Dyskalkulie und Legasthenie. Somit stellt sich ihnen eine zusätzliche Herausforderung in den Weg, welche mit mehr Aufwand im Schulalltag und zu Hause beim Ausführen der Hausaufgaben verbunden ist (vgl. ebd.: 25).

Wie in der Tabelle 2 dargestellt wird, sind Kinder mit ADHS auch häufig von *Tic-Störungen* oder dem *Tourette-Syndrom* betroffen.

Diese können einen hemmenden Einfluss auf die Entwicklung des Selbstwerts und der Selbstwahrnehmung haben. Daraus kann sich ergeben, dass die Kinder sich zurückziehen, gleichaltrige und erwachsene Personen anfangen zu meiden, sozusagen eine Rückzugstendenz aufweisen. Festzuhalten ist, dass in jeder Hinsicht eine ärztliche Untersuchung notwendig ist, damit mögliche Zusammenhänge ersichtlich werden können (vgl. ebd.: 26).

Der Substanzmissbrauch betrifft hauptsächlich das Jugend- und Erwachsenenalter. Es gibt einige Langzeitstudien, die ein höheres Konsumverhalten belegen, jedoch werde ich nicht ausführlicher auf diesen Bereich eingehen, da die vorliegende Arbeit hauptsächlich die Altersgruppe der Kinder behandelt.

2.2 Ursachen und Entwicklung

2.2.1 Neurobiologische Faktoren

ADHS ist ursächlich zurückzuführen auf eine genetisch bedingte und veränderte Informationsverarbeitung, die das Verhalten kognitiver und motorischer Fähigkeiten beeinträchtigt. Zusätzlich wird auch die Gefühlssteuerung durch die ADHS beeinflusst.

Laut neurobiologischem Stand besteht bei Kindern mit ADHS eine Unterfunktion im Stirnbe- reich, der eine Reizfilterschwäche sowie einen Mangel an den Botenstoffen Dopamin und Noradrenalin aufweist. Es wird eine Reizüberflutung durch die Unterfunktion des Stirnhirns erzeugt, dies bewirkt ein ineinander verstricktes Netz von Nervenbahnen, welches zu einer Verlangsamung der Informationsverarbeitung führt. Diese Hürden müssen bewältigt werden, damit das Aktivieren der abgespeicherten Informationen und Verhaltensweisen im Langzeitgedächtnis erfolgen kann. Durch diese Sequenz wird die Lernentwicklung beeinträchtigt (vgl. Simchen 2015: 33).

Hinzu kommt, dass ADHS eine Unterversorgung von Dopamin und Noradrenalin in den Synapsen des Gehirns verursacht, die für das Weiterleiten und Vernetzen der Informationen zuständig sind. Der Neurotransmitter Dopamin wird als einer der wichtigsten Botenstoffe unseres Gehirns angesehen. Mit diesem Wissen wird anschliessend die Erklärung der Wirkung der verschiedenen Medikationen ausgeführt (vgl. ebd.: 33).

2.2.2 Genetische Faktoren

Oftmals deckt eine genetische Besonderheit die Betroffenheit von Kindern mit ADHS auf. Dies ist auf die hohe Sterblichkeitsrate von AHDS zurückzuführen. Es ist noch nicht bekannt, welche dieser Gene genau für den Ausbruch einer ADHS verantwortlich sind, jedoch ist davon auszugehen, dass dabei eine Verbindung mehrerer Gene entscheidend ist.

In den letzten Jahren fanden zahlreiche Forschungen in der Familie in Bezug auf die genetischen Faktoren statt. Dabei weisen Dopaminregulatorgene in mehreren Zwillings- und Familienstudien eine Verbindung mit der Entwicklung von ADHS auf (vgl. Mackoviak/Schramm 2016: 29).

Es zeigen 80 % eineiiger Zwillinge und 30 % zweieiiger Zwillinge dieselben Symptome. Die Forschungen gehen sogar davon aus, dass 80 % der ADHS-Erkrankungen genetisch bedingt sind.

Viele dieser veränderten Gene sind auf das Zusammenwirken der mangelhaften Informationsübertragung im Gehirn zurückzuführen, was auch die Erklärung für die möglichen Begleitstörungen sowie die unterschiedlichen Reaktionen auf die Einnahme der Medikation bietet (vgl. Skrodzki 2018: o.S.).

Bereits während der Schwangerschaft können werdende Mütter einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Kinder ausüben.

Schädigungen und Reifungsverzögerungen des Zentralnervensystems können auf Schwierigkeiten während der Schwangerschaft zurückzuführen sein. Als ein weiterer Risikofaktor während der Schwangerschaft haben sich der Konsum von Nikotin, Alkohol und Drogen als auch die Frühgeburtlichkeit sowie niedriges Geburtsgewicht erwiesen. Die Kinder werden durch diese Risikofaktoren der erhöhten Gefahr ausgesetzt, diverse Krankheiten sowie auch ADHS in ihrem Lebenslauf zu entwickeln (vgl. Mackoviak/Schramm 2016: 30).

2.2.3 Psychosoziale und umweltbedingte Faktoren

Psychosoziale Faktoren gelten nicht primär als Ursachen für die Entstehung der ADHS, jedoch können sie den Krankheitsverlauf und die Erscheinungsform durchaus beeinflussen.

Die Faktoren können Interaktionsstörungen zwischen den Eltern, Geschwistern, Bezugs- und Fachpersonen herbeiführen, was zu einer Verstärkung der Symptomatik führen kann.

Ein schwaches soziales Umfeld, ungünstige Familienverhältnisse, aber auch mangelnde Integration können vermehrt dazu führen, die negativen Interaktionen in der Umgebung zu fördern und somit negative Auswirkungen mit sich ziehen.

Diese Bedingungen können das Ausmass der ADHS sowie der komorbiden Störungen steigern (vgl. Gawrilow 2012: 68).

Nach Jantzen (2001) wird ADHS durch die sozialen Institutionen geformt. Er vertritt die Ansicht, dass das Krankheitsbild eine soziale Konstruktion darstellt, die durch unsere Leistungsgesellschaft gefördert wird. Somit spielen nach seiner Auslegung die umweltbedingten Faktoren eine grosse Rolle (vgl. Jantzen 2001: 222f.). Das als «normal» angesehene Verhalten innerhalb der Institution Schule bildet eine konstruierte Wirklichkeit.

Die Kinder, die es nicht schaffen, sich dieser Gegebenheit anzupassen, werden mit dem Krankheitsbild ADHS konfrontiert. Anders ausgedrückt kann gesagt werden, dass der heutige leistungsorientierte Stand unserer Gesellschaft verantwortlich ist für die hohe Anzahl an diagnostizierten Kindern. Es entstehen Bedingungen, die von den Kindern erfüllt werden müssen, damit sie mit dem gesellschaftlichen Stand mithalten können.

Das Zusammenspiel und die Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten bilden eine gute Grundlage und leisten ihren Beitrag als mögliche präventive Massnahme zur Entwicklung von ADHS (vgl. Bau/Barben 2016: 2).

Klar ist: ADHS kann nicht ohne Einbezug des sozialen Wandels unserer Gesellschaft verstanden werden. Dass dies in der ADHS-Forschung teilweise vergessen geht, liegt vielleicht an der Schwierigkeit, gesellschaftliche Entwicklungen zu «messen». (vgl. Robin 2015: o.S.).

2.3 Zusammenfassung

ADHS wird durch die Symptome Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität definiert und gilt als eine Selbstregulationsstörung. Es ist eine der häufigsten diagnostizierten Störungen im Kinder- und Jugendalter, welche in jeder Gesellschaftsschicht zu finden ist.

Der Krankheitsverlauf ist meist chronisch bedingt. Bei ausbleibender Behandlung der Störung ist die Gefahr sehr hoch, dass komorbide psychische Störungen auftreten (vgl. Mackoviak/Schramm 2016: 35).

Die Ursachen weisen auf eine hirnfunktionelle und genetische Störung hin, in Begleitung von umweltbedingten Faktoren, die für das Entstehen einer ADHS-Symptomatik verantwortlich sind (vgl. Gerspach 2014: 179).

Eine rein durch Umwelteinflüsse und psychosoziale Faktoren verursachte Entstehung ist allerdings sehr unwahrscheinlich. Durch die Anpassung von Individuum und Umwelt an die hohen gesellschaftlichen Anforderungen zur Konzentrations- und Lernfähigkeit wird die Symptomatik des Störungsbildes geformt. Eine hinderliche Interaktionsgestaltung mit den jeweiligen Bezugspersonen kann zu einer zusätzlichen Verstärkung der Problematik führen (vgl. Mackoviak/Schramm 2016: 35f.).

Es wird deutlich, dass aus Sicht jeder Disziplin jeweils andere Ursachen im Fokus stehen. Die Neurologen richten sich nach der Gehirnfunktion im Zusammenhang mit Dopamin, für Genetiker lassen sich die Ursachen eher auf die genetischen Anlagen zurückzuführen. Soziologen sind jedoch der Meinung, dass ADHS nicht nur auf eine medizinische Diagnose und genetische Prägung zurückzuführen ist. Aus einem Forschungsergebnis geht hervor, dass sich ADHS in einem Spannungsfeld zwischen Kind – Eltern – Schule – und Umwelt befindet.

Somit untersuchen Soziologen die Verbindung zwischen gesellschaftlichen Strukturen, Leistungen, als auch die familiären Konstellationen (vgl. Robin 2015. o.S.). Dabei gilt es, auch folgenden Standpunkt einiger Fachpersonen zu beachten:

«Aus der Sicht der Fachpersonen sei ADHS auch eine Modediagnose, unter die auffälliges Verhalten von Kindern subsumiert werde, ohne genau hinzuschauen, worunter das Kind tatsächlich leide. Eine präzise Abgrenzung zu einer normalen kindlichen Entwicklung oder anderen Erkrankungen, wie Depression, sei nämlich oftmals schwierig.» (Robin 2015: o.S.)

Folgend wird auf die Behandlungsmethode der medikamentösen Therapie eingegangen. Wie diese in den Körpern der Kinder wirkt, welche Nebenwirkungen sie mit sich zieht und welche Alternativmöglichkeiten neben dieser noch bekannt sind.

2.3.1. Auswirkungen auf die familiäre Lebenslage

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung hat grossen Einfluss auf die familiäre Lebenslage. Bei Kindern mit ADHS kann es zunehmend zu aggressiven Verhaltensauffälligkeiten kommen, was dazu führt, dass sie sich schlecht an Regeln halten können. Im Familienleben erweist sich dies oft als schwierig, da es häufig zu Streitigkeiten und Auseinandersetzungen führt, sei dies mit den Erziehungsberechtigten, den Geschwistern oder aber auch mit Fachkräften und anderen Kindern (vgl. Zentrales ADHS-Netz o.J.).

Dies erschwert die Beziehung zu Erwachsenen und Gleichaltrigen und wird den Kindern oft in Form von Ablehnung widerspiegelt. Da sich die Auffälligkeiten in der Familie als belastend erweisen, kommen die Eltern wiederholt an ihre Grenzen und sind schnell mit dem Erziehungskonzept überfordert. Sobald die Kinder eingeschult werden, nehmen die Probleme zu. Die Kinder werden mit hohen Ansprüchen konfrontiert wie Ruhe, Aufmerksamkeit und Kondition, für die sie noch keinerlei Bewältigungsstrategien entwickeln konnten. Diese negativen Prägungen sorgen bei den Kindern häufig für Selbstzweifel, Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen, was oft erst im späteren Alter auffällt.(vgl. ebd.).

Kinder mit ADHS werden häufig stigmatisiert, was auch auf die «vermeintlich» schlechte Erziehung der Eltern zurückgeführt wird. Diese Unbeholfenheit führt vermehrt dazu, dass sich die Eltern für eine Einnahme der Medikation bei ihren Kindern entscheiden (vgl. Robin: 2015: o.S.). Gerne möchte ich im folgenden Kapitel 3 genauer auf medikamentöse Therapie eingehen und dieses Kapitel mit der Bilanz einer Studie der ZHAW abschliessen (vgl. ebd.).

«Die ZHAW-Studie kam zum Schluss, dass Eltern sich auch aufgrund des Leidensdrucks der Kinder für eine medikamentöse Behandlung entscheiden. Oftmals wurden zuvor bereits andere Massnahmen erfolglos ausprobiert.» (Robin: 2015: o.S.)

3 Behandlungsmethoden

3.1 Die Medikamentöse Therapie

Eine Methode, die sich nach wie vor zur Behandlung von ADHS anbietet und in unserer Gesellschaft oft Anwendung findet, ist die medikamentöse Therapie.

«Der Wirkstoff Methylphenidat, enthalten in Ritalin, ist der meistverabreichte Wirkstoff bei ADHS.» (vgl. Hartmann 2019: 34)

Bei den zur Behandlung eingesetzten Medikamenten handelt es sich um eine Psychostimulanz, welche den Wirkstoff Methylphenidat enthält. In der Schweiz kam das Medikament erstmals 1954 zum Gebrauch und wird seither vermarktet.

Der Wirkstoff ist in verschiedenen Präparaten wie z.B. Ritalin, Medikinet, Concerta und weiteren Medikamenten zu finden. Heutzutage gibt es zusätzlich eine weitere Substanz – das sogenannte Atomoxetin, auch als Mittel der zweiten Wahl bekannt –, welche die Medikationssubstanzen erweitert und im derzeitigen Strattera vorhanden ist. Dieses wirkt jedoch nicht im Belohnungssystem des Gehirns, wie dies beim Wirkstoff Methylphenidat der Fall ist, sondern erhöht den Botenstoff Noradrenalin im Gehirn (vgl. Neuhaus 2012: 166).

In der Schweiz steht die Betroffenheitsquote von Kindern und Jugendlichen mit ADHS bei fünf Prozent. Dabei nehmen in etwa die Hälfte von ihnen den Wirkstoff Methylphenidat ein. An erster Stelle steht das Medikament Ritalin, welches am häufigsten bei der Wahl einer medikamentösen Behandlung eingesetzt wird (vgl. Hartmann 2019: 34).

Die Voraussetzung für eine Behandlung mithilfe von Methylphenidat ist eine eindeutige ärztliche Diagnose. Die Therapie ist mit regelmässigen Beratungsterminen verbunden, die ein Lern- und Verhaltenstherapiekonzept miteinbeziehen. Wichtig ist, dass die Wirksamkeit der Therapie stets geprüft und die Dosis entsprechend angepasst wird.

Die Erziehungsberechtigten übernehmen eine wichtige Rolle bei der Einnahme der Medikamente, denn sie entscheiden schlussendlich, ob solch eine Therapie bei ihren Kindern durchgeführt werden soll oder nicht (vgl. Simchen 2015: 207).

Eine frühzeitige und kontinuierliche Einnahme der Medikation kann nach Simchen (2015: 207) die Bildung von möglichen Begleiterkrankungen hemmen und soll in einem längerfristigen Prozess das Selbstwertgefühl steigern (vgl. ebd.: 207).

Nicht in jedem Fall ist der Einsatz von Stimulanzien notwendig, diverse Aspekte wie der Leistungsdruck, die Lebensqualität und der Grad der Belastung des Kindes haben einen hohen Stellenwert für die Verabreichung der Medikamente, aber auch das Ausmass der Belastung für das soziale Umfeld. Wenn das Umfeld und die entsprechenden Fachkräfte in der Schule,

der Tagesstätte oder dem Freizeitverein unter der ADHS des Kindes leiden, kommt es oft auch zum Einsatz von Stimulanzien. Somit ist der Einsatz der Medikation ebenso abhängig davon, wie belastend sich das auffällige Verhalten auf das soziale Umfeld auswirkt (vgl. ebd.: 207).

3.2 Wie wirken Stimulanzien?

3.2.1 Methylphenidat

Der Wirkstoff Methylphenidat wirkt in den Nervenverbindungsstellen, den Synapsen, und sorgt dafür, dass der Abbau der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin blockiert wird. Aufgrund des Beseitigens dieser ADHS-Transporterstörung kann das Gehirn Informationen wieder schnell weiterleiten. Es verursacht den Ausgleich im Belohnungssystem und in den Unterfunktionen einiger anderer Hirnbereiche. Damit werden therapiebedingte Resultate erzielt, die sonst kaum zustande kommen könnten (vgl. Simchen 2015: 207f.).

Die Dosishöhe wird primär nicht nach dem Körpergewicht der Kinder ausgerichtet, sondern nach der «Transporterdichte» in den Synapsen. Diese Dichte, auch Hirnstoffwechsel genannt, ist bei Kindern meist höher als bei Erwachsenen. Aus diesem Grund bekommen Kinder überwiegend eine höhere Dosis pro Kilogramm Körpergewicht als Erwachsene verabreicht. Grundsätzlich gilt zu beachten, dass die Dosierung von Methylphenidat am Anfang in geringen Mengen gegeben und stufenweise, wöchentlich bis monatlich, erhöht werden sollte (vgl. ebd.).

Bereits 30 Minuten nach der Einnahme der Medikation setzt die Wirkung ein. Die Gesamtdosis sollte auf den ganzen Tag in ungefähr gleichmässigen Abständen genommen werden. Damit eine effektive Wirkung erzielt werden kann, bewährt es sich, nicht die Medikation immer wieder aufs Neue abzusetzen wie bspw. am Wochenende oder im Urlaub. Die Medikation ist in der Schweiz rechtlich ab einem Alter von sechs Jahren zugelassen.

Neuhaus (2012: 167) beschreibt die Wirkung von Methylphenidat bei Kindern folgendermassen:

- Das Abdriften und das Wegträumen nehmen ab.
- Die Stimmung stabilisiert sich.
- Die Frustrationstoleranz wird grösser.
- Die Kinder scheinen «erreichbarer».
- Die Beobachtungs- und Umsetzungsgenauigkeit nimmt zu.

- Das Herangehen an subjektiv schwierige oder langweilige Aufgaben gelingt besser.
- Es wird nicht sofort auf Ablenkreize reagiert.
- Das Befolgen von Regeln gelingt leichter.
- Die Unruhe nimmt ab, sofern sie vorhanden ist.
- Die Leistung verbessert sich zum Teil auffällig (vgl. Neuhaus 2012: 167f.).

Durch das Einnehmen der Medikation über einen längeren Zeitraum sollen sich die Lebensqualität verbessern, positive Resultate erzielt werden sowie Lob und Anerkennung als Begleiter des Alltags dienen. Die Behandlung sollte bei einer Verbesserung der ADHS-Symptomatik bis zu mehrere Jahre dauern. Diese langzeitliche Therapie soll den Kindern und Jugendlichen ein Automatisieren der gewünschten Lern- und Verhaltensmethoden in der erlernten Übungs- respektive Behandlungszeit ermöglichen. Eine gesamte Heilung der ADHS-Symptomatik ist nicht bekannt, jedoch können die Kinder lernen, sich ihre eigenen Fähigkeiten zunutze machen und somit einen besseren Umgang mit dem Krankheitsbild für sich selbst und ihre Selbstverwirklichung zu finden (vgl. Simchen 2015: 208).

3.2.2 Nebenwirkungen von Methylphenidat

Ursprünglich ist die Entwicklung von Methylphenidat auf ein erweckendes Medikament zurückzuführen, das eine längere Wirkung als Koffein aufweisen sollte und somit nicht die Nebenwirkungen reiner Amphetamine repräsentieren sollte.

Nach langjährigen Untersuchungen zählen Appetitlosigkeit und Schlafstörungen immer noch zu den häufigsten Nebenwirkungen von Methylphenidat (vgl. Hartmann 2019: 38).

Es ist belegt, dass der Wirkstoff eine bestimmte appetitreduzierende Reaktion auslöst. Aus diesem Grund ist es bedeutsam abends, wenn der Wirkstoff nachlässt, die Kinder das Essen zu lassen, was sie mögen (vgl. Neuhaus 2012: 170).

Im Anfangsstadium kann es häufig zu Schlafstörungen kommen, vor allem bei unregelmässiger Einnahme der Medikation. Je nach Verträglichkeit des Kindes kann die Einnahme in den ersten Tagen zu Kopfschmerzen und Herzrasen führen, bis sich das Kind an die Wirkung gewöhnt. Da das Medikament einen wachen Zustand des Gehirns fördert, werden die Kinder oft beim Nachlassen der Wirkung müde oder sogar lethargisch, weil sie in einen Zustand ohne ausreichende Wirkung der Medikation fallen. Gelegentlich kann es zu Haarausfall oder Hautausschlägen kommen. Erkrankungen wie Parkinson, Alzheimer, Psychosen oder sonstige Langzeitschäden sind in keiner Form belegt (vgl. ebd.: 170).

Durch die Einnahme der Medikation, sozusagen das Aufsetzen der «chemischen Brille» im Gehirn, werden einem die eigenen Handlungen bewusster. Der Blick schärft sich, was nicht

nur positive, sondern auch negative Auswirkungen mit sich zieht. Leider erkennen die Kinder dabei vielfach ihre eigenen Defizite, was oft zu Verzweiflung in den einzelnen Lebensbereichen führen kann (vgl. ebd.:168).

Nach Evelin Hartmann (2019: 38) hängen die Erscheinungen der Nebenwirkungen mit der Dosierung der Medikation zusammen. Es ist äusserst wichtig, vorsichtig mit der Dosierung umzugehen und dabei das Kind über einen längeren Zeitraum zu beobachten. Die Dosierung soll und kann auf Grundlage der Befindlichkeit des Kindes immer aufs Neue angepasst werden.

Wenn die Eltern sagen: ›Das Kind ist jetzt viel stiller als früher‹, ist das für mich eine Nebenwirkung. Mein Ziel ist es, dass das Kind sagen kann: ›Jetzt bin ich wieder ich selber. Ich kann mich wieder konzentrieren, ich funktioniere in der Schule, habe wieder Freude mit anderen zu spielen.‹ Erst dann stimmen für mich die Dosis und die Therapie. Treten dauerhaft Nebenwirkungen auf, läuft die Behandlung falsch. (vgl. Hartmann 2019: 38)

3.3 Alternative Behandlungsmethoden

Seit Jahren wird an alternativen Behandlungsmethoden für Kinder mit ADHS geforscht. Mit Omega-3-Fettsäure-Präparaten und Neurofeedback werden die besten Resultate erzielt. Doch es zeigt sich bei diesen Methoden auch eine geringere Wirkung als bei der Einnahme von Medikation (vgl. Hartmann 2019: 37).

Das Neurofeedback-Training ermöglicht das Regulieren der eigenen Hirnfunktion mithilfe von Computerprogrammen. Da die Hirnaktivität bei Kindern mit ADHS anders funktioniert als bei Nichtbetroffenen, soll diese anhand der Computerprogramme auf ein Aktivitätslevel verlagert werden, welches den Kindern bessere Steuerung der Konzentration und Impulsivität ermöglicht (vgl. ebd.: 37).

3.4 Abschliessende Anmerkung

Die Einnahme einer Medikation ersetzt nicht die aktive Auseinandersetzung mit der ADHS-Symptomatik. Es braucht nach wie vor eine systematische Anleitung zum Vorgehen bei dem diagnostizierten Krankheitsbild. Die Erziehungsberechtigten sind weiterhin gefordert, klare Regeln und Strukturen im Alltag der Kinder zu setzen. Das Üben von Routinen und ein liebenswürdiger Umgang ist nicht zu vernachlässigen, da die Hypersensibilität der Betroffenen mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht entrinnt. Die Kinder sollen trotz Medikation nicht mit

schwierigen Lerninhalten überfordert werden, sondern Anforderungen an das eigene Tempo anpassen (vgl. Neuhaus 2012: 168).

Durch die immer höhere Diagnoserate gilt es, sich zu fragen, welche Behandlungen den Bedürfnissen der Kinder, neben der Einnahme von Medikation, noch entsprechen (vgl. Mackowiak/Schramm 2016: 15).

Die Theorie der Lebensweltorientierung soll durch ihre Struktur- und Handlungsmaximen, die als systematische Anleitung angesehen werden können, zu der eigenen Gestaltung des Alltags verhelfen. Ziel dabei ist es, zu einem gelingenderen Alltag zu gelangen.

Im folgenden Abschnitt wird die Theorie der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit erläutert, die eine adäquate Alternativmöglichkeit zu der medikamentösen Behandlung darstellen soll.

4 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

Hans Thiersch, der Begründer des Konzepts der Lebensweltorientierung, war 1970 einer der ersten Professoren für Erziehungswissenschaften und Sozialpädagogik. Fortwährend beschäftigt er sich mit den Theorien der Sozialpädagogik, welche durch den ständigen gesellschaftlichen Wandel stets angepasst und revidiert werden. Er wirkte am achten Jugendbericht in Deutschland sowie in der Kinder- und Jugendhilfe mit, in der sein Konzept der Lebensweltorientierung beständig Verwendung fand (vgl. Reimann: o.S.).

Um aufzeigen zu können, wie sich die Theorie der Lebensweltorientierung in Bezug auf die Lebenslage an einem Kind mit ADHS darstellt, werden die theoretischen Grundzüge der Theorie ausführlich erklärt.

Die Konzeption der Lebensweltorientierung bildet ein sozialarbeitsreiches Rahmenkonzept, das sich bis heute noch in den Standards der sozialen Arbeit wiederfindet und in die neueren wissenschaftlichen Entwicklungen mit einfließt. Zum einen möchte es aufzeigen, dass das Ergebnis der Sozialen Arbeit in den täglichen Deutungs- und Handlungsmustern der Menschen und ihrer Bereitschaft zur Bewältigung dieser liegt. Zum anderen befasst es sich mit der Sozialen Gerechtigkeit und lässt die Wirkung von Ressourcen, Stärken und Schwächen der Menschen hervorbringen, damit ein gelingenderer Alltag erzielt werden kann – der Alltag soll dadurch gelenkt, strukturiert und gefestigt werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 24).

In diesem Kapitel werden wichtige Aspekte erläutert, die zum Verständnis der Grundlage des Konzepts beitragen. Einerseits sind dies zentrale Begrifflichkeiten wie Lebenslage, Lebenswelt und Alltag beziehungsweise Alltäglichkeit. Diese bilden das Fundament der Theorie und werden für die weitere Auseinandersetzung mit dem Konzept benötigt. Andererseits werden wichtige Bestandteile der Theorie wie das Wissenschaftskonzept, die Dimensionen der Lebensweltorientierung und die Struktur- und Handlungsmaximen sowie die Soziale Gerechtigkeit erläutert. Im weiteren Verlauf wird aufgezeigt, welche Bedeutung das Konzept für die professionellen Sozial Arbeitenden aufweist.

Zu erwähnen ist, dass das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nur im Zusammenhang mit seinen theoretischen Zügen und der charakteristischen Sicht von Lebenswelt zu verstehen ist. Das Konzept beschäftigt sich hauptsächlich mit Alltagsfragen und den daran anknüpfenden möglichen Hilfeplanungen. Deshalb ist es wichtig zu betonen, dass es keine «Selbstverständlichkeit des Alltagswissens wiederholt», sondern auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen beruht, welche zur Unterscheidung der generellen Alltagserfahrungen dienen (vgl. Thole 2012: 182).

4.1 Lebensweltorientierung als Wissenschaftskonzept

Um das Konzept der Lebensweltorientierung nachvollziehen zu können, erscheint es vorab wichtig, die theoretischen Grundzüge eines Wissenschaftskonzepts der Sozialen Arbeit kennenzulernen. Demzufolge werden in diesem Abschnitt Grundlagen der Konzeption der Sozialen Arbeit aufgezeigt und das Wissenschaftskonzept der Lebensweltorientierung erläutert.

Das Lebensweltorientierungskonzept wird als Theoriekonzept der Sozialen Arbeit angesehen. Theoriekonzepte setzen sich meistens mit der Positionsbestimmung der Sozialen Arbeit auseinander, dabei werden die Frage des Wissenschaftscharakters des Konzepts, die gesellschaftliche Aufgabe der Sozialen Arbeit und die Festlegung der Hilfsbedürftigkeit der Zielgruppen diskutiert. Dazu kommen noch die subjektiven Handlungsmuster und die Gestaltung in der Organisation der Sozialen Arbeit (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 28). Bei der Behandlung dieser Fragen nehmen die Konzepte unterschiedliche Perspektiven ein – aus der bildungstheoretischen, aus der professionstheoretischen, der subjektbezogenen und der systemtheoretischen Sichtweise. Das Konzept der Lebensweltorientierung geht aus den sozialwissenschaftlich-empirischen Wissenschaften hervor und gilt als Zweig der forschenden Disziplin der Sozialen Arbeit, in dem sich die Forschung auf alle Anhaltspunkte wie die gesellschaftlichen, alltäglichen und organisationalen Methoden der Praxis stützt (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 29). Der Leitgedanke der Sozialen Arbeit bezieht sich auf die Orientierung der Lebenswelten der Zielgruppen. Das Rahmenkonzept der Lebensweltorientierung wird folglich in den Kristallisationspunkten seiner theoretischen Dimension präzisiert (vgl. ebd.: 28).

Der Wissenschaftscharakter des Konzepts gilt «als Konzept in der Tradition einer hermeneutisch-pragmatischen Erziehungswissenschaft und einer pragmatischen orientierten Sozialen Arbeit, die es sozialwissenschaftlich neu formuliert» (nach Thiersch 1978 in: Grunwald/Thiersch 2016: 29). Die behandelnde Frage ist das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis. Theorie und Praxis sollen im Konzept dieselbe Wirklichkeit verkörpern, da beide ein Ziel verfolgen: das Lösen von Problemen. Aus dem theoretischen Aspekt geht hervor, dass die «Klärung von Problemen» aus der Entfernung geklärt und beleuchtet werden. Die Theorie prüft, ob etwas für wahr oder für unwahr erklärt wird und offenbart dies mit der methodisch belegten öffentlichen Kontroverse (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 29). Die Praxis orientiert sich an der Durchführung des augenblicklich gestellten Auftrags und bearbeitet die Hintergründe zur Bewältigung, der Notwendigkeit entsprechend. Das eine wird nicht vom anderen abgeleitet, sondern steht in dauernder Wechselwirkung zueinander, so weist das Konzept der Lebensweltorientierung auf gegenseitige Bezüge, Herausforderungen, Unterstützungen und Bearbeitungen für die Ausformung in der Praxis hin.

4.2 Lebenslage

Im sozialpädagogischen Konzept der Lebensbewältigung beschreiben Böhnisch und Schröer (2013: 41) die Lebenslage als

«Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und der jeweiligen Ausformung von sozialen Spielräumen, in denen das Leben – biografisch unterschiedlich – bewältigt werden kann, thematisiert werden» (Böhnisch/Schröer 2013: 41).

Somit wird die Lebenslage als Gesamtheit der äusseren Entwicklungen beschrieben, in der sich ein Mensch befindet (vgl. ebd.).

Nach Ingeborg Nahnsen (1975) stellen Lebenslagen zugleich «Ermöglichungszusammenhänge» dar, die sich durch die fortführenden gesellschaftlichen Entwicklungen und den damit zusammenhängenden Prozessen der Interessensentwicklung der Menschen bilden. Diese sogenannte eigene Gestaltung des Lebens und die damit verbundene Interessensentwicklung zählt als ein weiterer Faktor, durch welche es zu unterschiedlichen Lebenslagen kommt (Böhnisch/Schröer 2013: 42).

4.2.2 Was bedeutet Alltag in Verbindung zur Lebenswelt?

Thiersch und Grunwald (2016: 33) bezeichnen den Alltag in dem Konzept der Lebensweltorientierung auch als «Alltäglichkeit», einen Zustand, in dem die Welt miteinander agiert und funktioniert. Nach ihnen ist es ein «Zugang zur Wirklichkeit», in welchem wir Menschen uns stetig durch all die Jahre befinden. Dieser Satz verdeutlicht die spezifische Sichtweise auf Alltag und Alltäglichkeit: «Der Mensch wird nicht abstrakt als Individuum gesehen, nicht primär in Eigenschaften und Kompetenzen; der Mensch wird in einer Wirklichkeit gesehen, in der er sich vorfindet, die ihn bestimmt und mit der er sich auseinandersetzt.» (Thiersch/Grunwald 2016: 33)

Die Alltäglichkeit wird in den Dimensionen Raum, Zeit und den sozialen Beziehungen bestimmt. In dieser Wirklichkeit werden Erfahrungen und Bewältigungsmuster impliziert. Die Anforderungen der Alltäglichkeit sind die Bewältigungsaufgaben, die sich uns Menschen stellen. Diese bezwingen wir oftmals durch Gewohnheiten und Routinen (vgl. ebd.: 34).

Diese Alltäglichkeit ist geprägt durch konfliktreiche Eigenschaften wie Macht, Bestätigung und Unterdrückung, das Erringen der eigenen Interessen, Selbstinszenierung und ständige Behauptung des eigenen Ichs. Dabei finden die Menschen ihre individuelle Selbstwahrnehmung, die sie durch die gesamte Lebenszeit hindurch begleitet. Die Alltäglichkeit lässt sich in den verschiedenen Alltagswelten wie Familie, Freundschaft, Arbeit etc. verwirklichen.

Im Verlauf dieser durchlebten Lebenswelten bildet sich die persönliche Biografie aus, die durch Erfahrungen, Prägungen sowie auch durch Traumatisierungen gekennzeichnet ist. Lothar Böhnisch greift dieses Zusammenspiel der Lebenswelten und der dadurch entstandenen Biografie in seinem Bewältigungskonzept noch genauer auf, wobei die Sichtweisen der beiden Konzepte verbunden werden (vgl. ebd.).

Dieser Alltag, der bestimmt ist durch Ressourcen, Misserfolge und Ansehen, bildet die menschliche Identität. Durch die komplexen Verstrickungen der Gesellschaft, die Bemühung, aber auch die Chancen bleiben diese Bewältigungsaufgaben eine dauernde Herausforderung (vgl. ebd.: 35).

«Die Bewältigung der Alltagsaufgaben im Durchgang durch die Lebenswelten im Lauf des Lebens wird zur Arbeit an der Biografie, zur Biografizität.» (Thiersch/Grunwald 2016: 36)

4.3 Soziale Gerechtigkeit in Bezug auf den Alltag

Die Soziale Gerechtigkeit ist nach Grunwald und Thiersch (2016: 30) eine Thematik, die die Soziale Arbeit formt. Sie wird auch als «Projekt» der Sozialen Arbeit verstanden. In diesem Kapitel wird die Soziale Gerechtigkeit aufgegriffen, damit die Verbindung zwischen den oftmals benachteiligten Kindern mit ADHS bezüglich ihrer gesellschaftlichen Position aufgezeigt werden kann.

Die Soziale Arbeit kann als laufendes Bestreben nach Sozialer Gerechtigkeit verstanden werden, die sich den aktuellen Standards der wandelnden Gesellschaft anpassen und somit immer wieder neu ausrichten muss. Sie bewegt sich zwischen diversen Macht-, Wirtschafts- und Demokratieinteressen. Daraus bilden sich ständige Strapazen, die Frage nach Anerkennung der benachteiligten Gruppen, der niedrigeren Schicht, der Emanzipation der Frauen, *der Eigenwilligkeit und Selbstbestimmtheit der Kinder* und der Menschen mit Behinderung oder psychischen Erkrankungen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 30). Wobei diese Kontroversen zugleich die Erweiterung der «Gleichheitsrechte» der Menschen ermöglichen würden.

In der gegenwärtigen Zeit zielt die Gesellschaft zunehmend auf die materialen Rechte ab, die sich an der Gestaltung von Lebensverhältnissen orientieren. Allen Menschen soll unter denselben Voraussetzungen die Partizipation am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden (vgl. ebd.).

«Soziale Gerechtigkeit zielt so auf die Gestaltung der Verhältnisse. Menschen- und insbesondere Kinderrechte werden in den UN-Konventionen allmählich und zunehmend ausformuliert, aber nur zögerlich und nur sehr bedingt eingelöst; sie müssen verstanden werden

als soziale Zielorientierung einer sich globalisierenden Welt, als deren soziale Vision.» (Grunwald/Thiersch 2016: 30f.)

Das Konzept der Lebensweltorientierung verlangt die Frage nach der Gleichheit im Sinne einer Gerechtigkeit. Den Menschen, die als «anders» gelten, soll Respekt gebühren. Es fordert ein gleiches Recht für alle, die mit der gesellschaftlichen Norm nicht mithalten können (vgl. ebd.).

Kinder mit ADHS sollen in diesem Zusammenhang als kompetent, selbst- und eigenständig wahrgenommen werden und nicht als betroffene Krankheitsträger, die den Stigmatisierungen der Gesellschaft unterliegen (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 85).

«Im Mittelpunkt dieser Perspektive steht nicht ein Patient als Symptombündel mit seiner Krankengeschichte, sondern ein Mensch und Wesen mit einer eigensinnigen Lebensgeschichte.» (Brandau/Kaschnitz 2008: 111)

4.4 Dimensionen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit

In Kapitel 5 wird aufgezeigt, wie das Konzept der Lebensweltorientierung auf Kinder mit ADHS angewendet werden könnte. Aufgrund dessen kann es als wesentlich erachtet werden, auf die unterschiedlichen Dimensionen des Rahmenkonzepts einzugehen, damit der Aufbau der Arbeit nachvollziehbar ist.

Nach Grunwald und Thiersch (2016: 31) «meinen Dimensionen immer gegebene Bedingungen in denen gehandelt wird».

Die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit handelt in diesen Dimensionen, indem sie sie als Grundlage sozialer Interaktionen miteinbezieht und diese beachtet (vgl. Kabsch 2018: 86).

Erfahrene Zeit

Zeit wird von uns Menschen individuell interpretiert und kann als positiv oder negativ gewertet werden, da sie nicht immer einheitlich ist, sondern als subjektiv erlebte Dimension wahrgenommen wird. Im Konzept der Lebensweltorientierung kann die *erfahrene Zeit* als eher strukturiert oder ordnungslos auf eine Person wirken. Je nachdem wie die Lebenslage sich gerade gestaltet, kann sie auch als interessant oder aussichtslos empfunden werden (vgl. Kabsch 2018: 86). Der Auftrag der Lebensweltorientierung besteht darin, diese Auffassung der Zeit und die damit verbundene Interpretation in einen gelingenderen Alltag zu verwandeln, daher wird eine gelingendere Gestaltung der Zeit angestrebt. Wichtig dabei ist, dass sich der Mensch nicht ständig an der Zukunft orientiert, sondern sich nach der Gegenwart

richtet und sich somit die Zeit zu Nutzen macht. Der Fokus richtet sich auf das Leben im «Jetzt», indem die vorhandenen Ressourcen gegenwärtig genutzt werden sollen. Ferner wird so ein Fundament für die in der Zukunft liegende Zeit, die durch positive Erlebnisse gekennzeichnet ist, gestaltet (vgl. ebd.).

Erfahrener Raum

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Dimension Raum gelegt. Dabei bezieht sich der Fokus auf die Sozialraumorientierung und die Gemeinwesenarbeit. Über die Einzelhilfe hinaus werden Lebenswelten gestaltet, die Menschen dazu verhelfen, sich in schwierigen Lebenslagen besser zurechtzufinden (vgl. Kabsch 2018: 86). Im Konzept der Lebensweltorientierung wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Sozialraum hinterfragt und entsprechend gestaltet werden soll, da sich in diesem der Alltag abspielt. So können bspw. Klassenzimmer in der Schule mit Farbe verziert sein und somit eine entspannte Atmosphäre schaffen. Die Art der Räumlichkeiten hat einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden der Menschen (vgl. ebd.). Für Kinder mit ADHS ist es umso wichtiger einen Raum zu schaffen, der ihre Konzentration fördert und ihren Fähigkeiten freien Lauf lässt. So lassen sich die gegebenen Ressourcen greifen und neue hervorrufen (vgl. Thiersch et al. 2012: 187).

Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen sind entscheidend für die Handhabung der Interaktion in den lebensweltorientierten Aufgaben. Es ist im Sinne der Lebensweltorientierung, diese Beziehungen zu stützen und aufzubauen, um somit in der unmittelbaren Umgebung der Menschen einen gelingenderen Alltag erzielen zu können. Die Umwelt der Betroffenen mitsamt ihren einzelnen Systemen wird aus der Sicht der Lebensweltorientierung involviert. Es ist wichtig, dass deutlich wird, in welchen Systemen die Beziehungen befähigt werden können, um für die Menschen eine adäquate Förderung gewährleisten zu können (vgl. Kabsch 2018: 87).

Daher ist es essenziell, dass die Arbeit mit Kindern mit ADHS im Zusammenhang mit der sozialen familiären Situation, Elternarbeit, mit den Fachpersonen im Schulsystem sowie mit weiteren zentralen Bezugspersonen gestaltet wird (vgl. Thiersch et al. 2012: 187).

Alltägliche Bewältigungsaufgaben

Durch das Handeln der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in Bezug auf die erfahrene Zeit, den erfahrenen Raum und die sozialen Beziehungen wird grosse Beachtung gelegt auf die alltäglichen Bewältigungsaufgaben, die sich im Verlauf des Tages bilden. Dabei geht es um die gewöhnlichen Tagesabläufe wie z.B. Aufstehen, Zähne putzen, Essen und zu Bett gehen. Diese Abläufe müssen ebenfalls koordiniert werden und fordern pädagogische Strukturierung im Umgang mit den drei erläuterten Dimensionen (vgl. Thiersch et al. 2012: 188).

Hilfe zur Selbsthilfe

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt darauf ab, den Menschen zur Selbsthilfe zu verhelfen, ihre Stärken und Ressourcen zu fördern im Sinne von Empowerment und Identitätsarbeit (vgl. Thiersch et al. 2012: 188). Die Dimensionen richten sich so aus, dass die Menschen sich trotz Unterstützung als Individuen ihrer Bewältigungsaufgaben fühlen. Identitätsarbeit fördert das Freisetzen von Ressourcen, die sich in allen erschwerten Lebenssituationen ergeben, und trägt zur Sicherheit im individuellen Lebenskonzept bei (vgl. ebd.).

Gesellschaftliche Bedingungen

Wie bekannt ist, sind Lebensverhältnisse durch den gesellschaftlichen Wandel und die darin verankerten Strukturen geprägt. Nach den Autoren soll die Lebensweltorientierung sich an den politischen Auseinandersetzungen beteiligen und mitwirken (vgl. Thiersch et al. 2012: 188). Sie koppelt sich im öffentlichen Diskurs z.B. an die Jugend-, Behinderten- und Familienpolitik. Dieses Einsetzen ist notwendig, um den bedürftigen Menschen gerechte und faire Lebensverhältnisse sowie adäquaten Schutz bieten zu können (vgl. ebd.).

4.5 Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Soziale Arbeit

Die Struktur- und Handlungsmaximen zeigen im folgenden Kapitel auf, wie sich die Umsetzung der Lebensweltorientierung auf die Kinder mit ADHS gestaltet. Es werden sechs Prinzipien erläutert, die als Bewältigungsstrategien zur Umsetzung verhelfen und das Konzept konkretisieren. Diese und noch weitere sind im achten Jugendbericht für die Jugendhilfe enthalten (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 42).

Sie dienen als Orientierung, auf die sich SozialpädagogInnen in der Umgangsgestaltung mit den Betroffenen stützen können, sowie für die Prinzipien der institutionell-organisationalen Gestaltung in diversen Arbeitsbereichen (vgl. ebd.).

- ◆ Prinzip der Einmischung
- ◆ Prävention
- ◆ Alltagsnähe
- ◆ Regionalisierung/Dezentralisierung
- ◆ Integration und Inklusion
- ◆ Partizipation

Das Prinzip der Einmischung

Dieses Prinzip möchte ausdrücken, dass sich die Soziale Arbeit in der Gesellschaft im Rahmen der sozial- und bildungspolitischen Ebene positioniert (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 42). Mit diesem Konzept soll eine bewusste Zusammenführung der Sozialpolitik und Sozialpädagogik stattfinden. Die Professionellen sind dazu aufgerufen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen, das sie in den Lebenswelten der Zielgruppen erhalten, bewusst einzubringen (vgl. Kabsch 2018: 88).

Ein zentraler Punkt dabei ist die Bereitstellung der Ressourcen. Diese können durch eine ungleiche Verteilung oder gar durch Mangel ein Ungleichgewicht herstellen. Zugleich wird auch auf die Überforderung eingegangen, sich in der Konkurrenzgesellschaft behaupten zu müssen (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 42). Die erzielten Ressourcen gelten als entscheidend für die Frage nach einem gelingenderen Alltag, da sie diesen erschweren oder erleichtern können. Somit sieht das Prinzip der Einmischung auch die Wirkung der Sozialen Arbeit als politisches Mandat, der ebenso als Professionsauftrag gilt. Die professionellen Sozial Arbeitenden vertreten somit die bürgerliche Gesellschaft in der Form einer Zusammenarbeit (vgl. Kabsch 2018: 88). Nach Grunwald und Thiersch (2016: 43) soll dieses Mandat auf Beständigkeit beruhen.

«Einmischung ist nicht als singuläre Intervention, sondern als permanente Beteiligung und Einflussnahme zu sehen – Einmischung wird so zum kontinuierlichen Mitmischen.»

Prävention

Die Maxime, die allen zuvorkommt, ist die der Prävention – sogenannte Vorbeuge und Vorsorge leisten. Die primäre Prävention zählt zur generellen Aufgabe aller Sozialen Arbeit und Pädagogik. Diese meint die Erschaffung aussichtsreicher und belastbarer Alltäglichkeit und Lebenswelten. Es geht darum, einen Umgang mit den normalen Lebenskrisen zu finden, diese möglichst reibungslos zu bewältigen und diesen Umgang gleichzeitig zu stärken (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43).

Als sekundäre Prävention gilt die Behutsamkeit. Dies meint, dass vorhersehbare Belastungen durch Unterstützungsangebote rechtzeitig abgefangen werden – sozusagen im Voraus gestoppt werden und gar nicht erst ausbrechen. Diese Belastungen kommen erfahrungsgemäss oft in Lebensübergängen vor, z.B. beim Übergang von Schule zu Beruf (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43).

Zusätzlich befasst sich die Soziale Arbeit auch mit einem weiteren Fachgebiet, das als «Teufelskreis» beschrieben wird. Dabei handelt es sich um die Verluste von Familienangehörigen oder Freunden sowie Lebensereignisse wie Krankheit, Behinderung und Tod. Dabei gilt wieder die primäre Prävention – Strategien zu entwickeln, die den Umgang mit den schweren

Lebensereignissen erleichtern –, aber auch die Anwendung in Form von sekundärer Prävention, Warnsignale deuten und die Belastungen vorher abfangen (vgl. ebd.). Ein Beispiel wäre ein Beratungsangebot für Eltern mit Kindern mit ADHS, das von Fachpersonen betreut wird. Als tertiäre Prävention gilt es, bei bereits eingetroffenen Lebensereignissen diese lernen zu akzeptieren und Schlimmeres zu verhindern – weitere Folgen von Störungen. Wichtig ist, dass die Prävention nicht als Kontrollfunktion gilt, sondern auf Hilfs- und Bewältigungsstrategien abzielt (vgl. Kabsch 2018: 89).

Alltagsnähe

Die Maxime der Alltagsnähe bezieht sich auf das Angebot der Hilfen und darauf, direkte Hilfe im Alltag der Zielgruppe zu leisten. Wie das Wort «Nähe» an sich schon sagt, sollen Massnahmen entworfen werden, die die Ressourcen der Menschen stützen und aufbauen. Somit soll nicht der Mehrwert pädagogischer Interventionen darin liegen, die Lebenswelt zu ersetzen. Direkte Angebote in der Familie und Jugendkultur sind erstrebt. Ein hinderliches Beispiel kann die Heimerziehung sein, bei der die Jugendlichen aus ihrem Alltag und der Lebenswelt herausgeholt werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 44). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sieht sich somit als festen Bestandteil des Alltags. Zu bedenken ist, dass die Alltagsnähe stets im Rahmen der Möglichkeiten zu sehen ist. Kabsch (2018: 90) hebt den Aspekt der Alltagsnähe hervor, indem er beschreibt: «Wenn die räumliche Nähe der Hilfen gegeben ist, kann lebensweltorientierte Soziale Arbeit im Miteinander-Sein dann auch Teil des Sozialraums und damit selbst Betroffene sein.» (Kabsch 2018: 90)

Regionalisierung/Dezentralisierung

Im derzeitigen Kontext werden Regionalisierung und Dezentralisierung in Form der Sozialraumorientierung debattiert. Die lebensweltliche Erfahrung soll dabei in den Raum miteinbezogen werden. In den Maximen der Prävention und Alltagsnähe wurde diese Thematik schon aufgegriffen, dadurch wird jedoch der Blickwinkel der lokalen Hilfsangebote nochmals erweitert (vgl. Kabsch 2018: 90). In der Regionalisierung kommt es auf die Mitgestaltung des sozialen Raums an. Die Menschen machen im Sozialraum ihre Erfahrungen, die den Alltag prägen. Durch Dezentralisierung sollen wohnortnahe, an die Zeit und den Gesellschaftswandel angepasste unterstützende Hilfsangebote geschaffen werden (vgl. ebd.). Das Ansiedeln der Professionellen in der Umgebung verfolgt den Zweck, dass ein Netzwerk von Unterstützungsangeboten entsteht. Thiersch und Grunwald betonen jedoch ausdrücklich, dass keine Institutionalisierung, die ausschliesslich auf das Einhalten der Regeln ausgerichtet ist, wie z.B. Schule oder Kindertagesbetreuung, gefördert wird, sondern Gestaltungsarbeit geleistet wird, die sich auf lebensweltliche Sozialräume bezieht (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 45).

Integration und Inklusion

Inklusion wird als ein weiterer Blickwinkel der Integration angesehen. Sie wird in den Menschenrechten vertreten und zählt zu den Grundprinzipien der Sozialen Arbeit. Mit Inklusion ist eine «Gleichheit aller miteinander lebenden Menschen in der Anerkennung einer grundlegenden Gelichwertigkeit» gemeint (Grunwald/Thiersch 2016: 45). Die Inklusion ermöglicht die Teilhabe und setzt sich somit der hierarchischen Denkweise entgegen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen oder Besonderheiten sich an die gesellschaftliche Mehrheit anpassen müssen (vgl. ebd.). Die Lebensweltorientierung setzt sich für das Auflösen dieser benachteiligten Hindernisse ein – die Lebensverhältnisse sollen für jedermann auf Gerechtigkeit beruhen, was ein Umdenken der alltäglichen Bewältigungsaufgaben mit ihren religiösen, kulturellen und ethischen Aspekten voraussetzt (vgl. ebd.).

Zwar kann ein Mensch in der Gesellschaft inkludiert sein, jedoch kommt es trotzdem darauf an, wie jemand in eine Gruppe von Menschen *integriert* ist. Beispielweise kann ein Kind mit ADHS im Musikunterricht dabei sein – inkludiert, doch trotzdem von der Mehrheit ausgeschlossen und als Sonderling angesehen werden –, aber nicht integriert sein. Um eine vollkommene Teilnahme und Teilhabe zu gewährleisten, müssen beide Perspektiven in den Blick genommen werden (vgl. Kabsch 2018: 92).

Da wir in einer Konsum- und Leistungsgesellschaft leben, sind von dieser Problematik alle betroffen. Die Menschen, die es nicht schaffen mitzuhalten, werden vom Prinzip der Ab- und Ausgrenzung verfolgt. Somit entsteht ein Auftrag für die gesamte Soziale Arbeit und Sozialpolitik, damit das Ziel einer solidarischen Gesellschaft verfolgt werden kann (Grunwald/Thiersch 2016: 46).

Partizipation

Die Maxime der Partizipation zielt darauf ab, die Menschen an den Unterstützungsangeboten teilnehmen und teilhaben zu lassen. Ziel ist es, dass die Betroffenen eine Förderung der Selbstwirksamkeit und Selbsttätigkeit erfahren. Sie sollen an den Massnahmen, die zur Verbesserung der eigenen Lebenswelt dienen, mitbestimmen und mitentscheiden dürfen, was in vielen Bereichen nicht als selbstverständlich angesehen wird (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 46). Die aktive Beteiligung und Gestaltung an den Prozessen unterliegt der Asymmetrie von Hilfe, insofern können die verschiedenen Positionen nicht aufgehoben werden, was ein Ungleichgewicht in der Handlung der Unterstützungsangebote ausmacht (vgl. ebd.).

Die Folge stellt sich in der Weise dar, dass Partizipation in den verschiedenen Arbeitsbereichen unterschiedlich gehandhabt werden muss. So wird die Partizipation in der Schule anders gestaltet als im Behindertenbereich. Trotz Verständnis und Rücksicht der Lebenslage der Betroffenen können diese Asymmetrien nicht gänzlich unterbunden werden. Umso wichtiger ist es zu erkennen, welche Form von Partizipation den Zielgruppen entsprechen und sie

zugleich zu befriedigen, damit diese an die Gestaltung des Alltags angepasst werden kann (vgl. Kabsch 2018: 94).

Im achten Jugendbericht der Kinder- und Jugendhilfe werden noch drei weitere Maximen erläutert, *das Vernetzen, das Aushandeln und das Reflektieren*. Auf diese Maximen wird in diesem Kapitel nicht genauer eingegangen, da der Schwerpunkt auf den oben verdeutlichten Strukturmaximen liegt. Diese drei Maximen sollen jedoch nicht in Vergessenheit geraten, da sie Anwendung in Kinder- und Jugendeinrichtungen finden, wie z.B. in Erziehungsstätten, Kindergärten, Heimen etc. und zu der Umsetzung der Konzeption dazugehören. Die drei genannten Handlungsmaximen sind in sich einleuchtend und bedürfen keiner ausführlicheren Erklärungen (vgl. Schoch 2005: 15).

Abschliessend ist festzuhalten, dass die Handlungs- und Strukturmaximen niemals getrennt voneinander betrachtet werden sollten. Sie ergänzen sich gegenseitig und stehen in laufender Wechselwirkung und in Verbindung zueinander (vgl. Kabsch 2018: 94).

4.6 Professionalität

In diesem Kapitel wird kurz erläutert, welche Bedeutung das Konzept der Lebensweltorientierung für die Sozial Arbeitenden aufweist. Eine professionelle Umsetzung in der Praxis erfordert das Verständnis der Professionalität.

Das Konzept der Lebensweltorientierung ist geformt durch den Charakter der sozialpädagogischen Professionalität. Aus der Philosophie des Konzeptes bildet sich eine professionelle Haltung, die zum Habitus und zur Prägung der Berufsidentität beiträgt (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 49). In der Sozialen Arbeit ist ersichtlich, dass jedes Arbeitsfeld entsprechend der Bedürfnisse der AdressatInnen unterschiedliche Zugänge und Schwerpunkte setzen muss. Dennoch ist davon auszugehen, dass das Konzept der Lebensweltorientierung einen Rahmen für die Professionellen der Sozialen Arbeit schafft und ihnen somit eine gemeinsame Grundhaltung ermöglicht. Diese Haltung ist zentral, damit die internen Kooperationen funktionieren können und die Soziale Arbeit ihre Profession nach aussen vertreten kann (vgl. ebd.: 50).

Die Profession der Sozialen Arbeit benötigt ein professionelles Selbstbewusstsein, welches sich in der Eigenschaft der Alltagsorientierung offenbart. Sie läuft sonst Gefahr, sich von anderen Professionen in einen «Begründungszwang» mit konkret überschaubaren Arbeitshandlungen drängen zu lassen, welche sie in das Gefecht von Steuerung und Führung zu verleiten versuchen (vgl. ebd.).

Professionelles Handeln ist gekennzeichnet durch verlässliche Verfahren, die in der Undurchschaubarkeit und Offenheit in der Arbeit einen nachweisbaren Handlungsansatz liefern. Trotz dieses Handlungsansatzes muss es sich immer nach dem Alltag der AdressatInnen richten und an den spezifischen Situationen der Betroffenen anknüpfen. Diese Konstellation von «methodischer Strukturierung und grundsätzlicher Offenheit in der Gestaltung professioneller Beziehungen» bezeichnet Thiersch als «strukturierte Offenheit» (Thiersch 1993 in: Grunwald/Thiersch 2016: 51).

Diese zeichnet sich durch das Zurückgreifen auf eine strukturgegebene Pädagogik aus, die gleichzeitig durch die Offenheit des Handelns geprägt ist.

Eine solche Professionalität kann nur unter Einbeziehung von Reflexivität seitens der Professionellen der Sozialen Arbeit ausgeübt werden. Es gilt, die gegebenen Spannungen mit grösster Präzision zu beachten wie z.B. die unterschiedlichen Denkweisen und Auffassungen, die Asymmetrie zwischen professionellem Handeln und der Nähe und Distanz. Auch Risikofaktoren sollen erfasst sowie in den Prozess miteingebunden werden (Grunwald/Thiersch 2016: 51).

Neben der Selbstreflexion sind interdisziplinäre Teamsitzungen, Supervisionen sowie Weiter- und Fortbildungen notwendig. Zudem sind eine sich stetig entwickelnde Kultur der Offenheit und Fehlerfreundlichkeit erforderlich (vgl. ebd.).

5. Lebensweltorientierte Förderung an Kindern mit ADHS

5.1 Lebensweltorientierung in unterschiedlichen Arbeitsbereichen

Das Potenzial der einzelnen Maximen wird erst deutlich, wenn sie den unterschiedlichen Institutionen mit ihren Unterstützungsangeboten angepasst werden. Prinzipiell müssen die Institutionen ihre Arbeitsweisen umstrukturieren, damit eine vollständige lebensweltorientierte Soziale Arbeit erfolgen kann. Konkret bedeutet dies, dass das gesamte sozialpädagogische System samt allen Leistungen nach dem Konzept der Lebensweltorientierung umgestaltet wird. Ebenso können die unterschiedlichen Institutionen ihre individuell entsprechenden Gesichtspunkte des Konzepts umsetzen (vgl. Thiersch 2002: 210).

So müssen in jeder Institution und in jedem fachspezifischen Bereich unterschiedliche Akzente spezifisch aufgebaut und realisiert werden. Diese Arbeit in der Lebensweltorientierung kann nach Thiersch (2002: 211) «zunächst unterschieden werden als Arbeit in der gegebenen Lebenswelt und als Gestaltung neuer kompensierender alternativer Lebensräume.» Sie wird je nach AdressatInnen und den jeweiligen Problemlagen ausdifferenziert. In jedem Feld steht die wesentliche Frage, wie ein gelingenderer Alltag erzielt werden kann, im Fokus.

Die Zielorientierung gestaltet sich z.B. in der offenen Jugendarbeit anders als im Kindergarten oder in der Heimerziehung (vgl. ebd.).

Hilfen der Erziehung stellen sich in verschiedenen Kontexten dar, bspw. in einer Tagesgruppe, Einzelhilfe oder auch in der Heimarbeit. Dabei richtet sich die Lebensweltorientierung nach neuem Perspektivenaufbau, der Bekämpfung von Schwierigkeiten und Ängsten und der Erfahrung der eigenen Wirklichkeit, indem sie die regionalen Ressourcen sowie die Elternarbeit nutzt (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 47).

In der Arbeit mit belasteten Familien und ihren Kindern stehen die Professionellen der Sozialen Arbeit vor der Aufgabe, den Familien zu verhelfen zu erkennen, was sich als hilfreich für das Aufwachsen ihrer Kinder erweisen kann und was als eher hemmend. Mit dem Blick der Lebensweltorientierung sollen sie feststellen, in welchen Bereichen Veränderungen stattfinden könnten. Es können sich z.B. folgende Fragen stellen (vgl. ebd.):

- ◆ Wie kann nützliche Verlässlichkeit im familiären Alltag mit Kindern mit ADHS gelingen?
- ◆ Besteht für alle der nötige Raum und die Freiheit, den Aufgaben nachgehen zu können?
- ◆ Wie weit öffnet sich das Netz zur Verwandtschaft, Nachbarschaft, Beratungs- und Unterstützungsgruppen?

- ◆ Wie kann die Kooperation zwischen Kindertagesbetreuung und Schule mit Kindern mit ADHS gelingen? (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 47)

Im folgenden Kapitel wird nicht auf jedes Arbeitsfeld in Bezug auf die Kinder mit ADHS spezifisch eingegangen, sondern generell auf die Arbeit mit belasteten Familien und ihren Kindern mit ADHS, also aus dem Blickwinkel der familiären Lebenslage mit dem zu Hause wohnenden Kind. Dabei werden die einzelnen Arbeitsfelder wie Schule teilweise mit den Handlungs- und Strukturmaximen verknüpft, doch es wird nicht für jedes Arbeitsfeld eine einzelne Ausführung gegeben.

5.2 Struktur- und Handlungsmaximen: Umsetzung

In diesem Kapitel wird eine Verbindung zu der Theorie der Lebensweltorientierung und Kindern mit ADHS aufgezeigt. Dabei lautet die Frage: Welchen Beitrag leistet das systemisch lebensweltorientierte Konzept in der Arbeit mit Kindern mit ADHS?

Anhand von den im vorherigen Kapitel erläuterten Struktur- und Handlungsmaximen wird dargestellt, wie die konkrete Umsetzung des Konzepts im Alltag der Kinder mit ADHS aussehen könnte – mit speziellem Blick auf ADHS aus der Lebenswelt des Kindes.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit bedeutet primär, eine Anerkennung gegenüber den alltäglichen Erfahrungen von Kindern mit ADHS und ihren Familien zu entwickeln. Im Rahmen einer Bereitschaft dazu sollen die pädagogischen Unterstützungsleistungen an die spezifische Lebenswelt angepasst werden, damit ein gelingenderer Alltag stattfinden kann (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 109). Diese Orientierung an der Alltagslebenswelt ist ein laufender Vorgang und somit ein ständiger Begleiter der Interventionen, die in einem kooperativen Prozess erfolgen, wobei anpassungsfähige Arbeitsformen befürwortet werden, die zu individuellen Bewältigungsstrategien in prekären Lebenslagen beitragen (vgl. ebd.).

Nach dem in Kapitel 4 generierten Wissen agiert die Soziale Arbeit im Konzept der Lebensweltorientierung stets mit dem Einbezug der Dimensionen als Hintergrundfolie. Folgend werden Hilfen zur Lebensbewältigung erläutert, bei denen sich die Dimensionen in der Umsetzung der Handlungs- und Strukturmaximen konkretisieren (vgl. Kabsch 2018: 85).

Prävention

«Würden die ersten Anzeichen von ADHS und die damit verbundene Tragweite frühzeitig erkannt werden, bestünde die Chance, sich teufelskreisartig verwickelnde Problemauswüchse im späteren Alter aufzuhalten.» (Brandau/Kaschnitz 2008: 109)

Die Diagnose bei Kindern mit ADHS erfolgt rechtlich erst ab dem sechsten Lebensalter. Diese starre Festlegung des Diagnosealters wird auf Grundlage des Konzepts der Lebensweltorientierung zum Diskussionspunkt. Kenntnissen zufolge kann ADHS bereits im Klein- und Vorschulalter mit ziemlicher Sicherheit diagnostiziert werden, somit können allenfalls die Symptomatik mit den präventiven Massnahmen gelindert und komorbide Störungen verhindert werden (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 109).

Demzufolge plädiert das Konzept der Lebensweltorientierung auf die Möglichkeiten einer Früherkennung, die bereits im Kindergarten oder in der Spielgruppe erfolgen können (vgl. ebd.).

Dieses Prinzip, bezieht sich auf die sekundäre Prävention – vorhersehbare Belastungen durch gezielte Interventionen abzufangen. Primäre Prävention könnte im Sinne einer Beratungsstelle mit entsprechenden Fachkräften für Eltern von Kindern mit ADHS durchgeführt werden. Diese präventiven Hilfen sollen dazu führen, den negativen Ereignissen einen positiven Einfluss gegenüberzustellen. In der Dimension Zeit wird darauf hingewiesen, eine Gegenwartsgestaltung zu ermöglichen, in Verbindung heisst dies, Prävention im Hier und Jetzt zu fördern (vgl. Kabsch 2018: 86).

Alltagsnähe

Gelegentlich wird in klinischen und therapeutischen Institutionen der konkrete Alltag der Kinder aus den Augen verloren, da die Institutionen dem Auftrag unterliegen, diagnostischen und therapeutischen Kriterien nachzugehen. Mit dem Konzept der Lebensweltorientierung soll nicht die Absicht der Erziehungsziele verfolgt, sondern es sollen eher Entwicklungsstrategien entwickelt werden, die das primäre Ziel der Unterstützung zu einem gelingenderen Alltag verfolgen.

Eine Förderung der sozialen Kompetenzen wird angestrebt, z.B. mit *Verhaltenstrainings*, welche einen Mehrwert im Alltag der Kinder darstellen können (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 87). Als essenziell gilt die Vermittlung von Sicherheit, Zielsetzungen und Klarheit. Durch den Einbau von Regeln und Strukturen im alltäglichen Ablauf sollen diese integriert werden (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 111f.). Des Weiteren soll ein Zeitmanagement gefördert werden, in Form visualisierter Darstellung wie einem *Tages- oder Wochenplan*, der auch gemeinsam mit den Betroffenen erstellt werden kann. Kinder mit ADHS nehmen besonders die gegenwärtige Zeit wahr, somit fällt es ihnen schwer, sich zu orientieren und eine Aufgabe zu unterbrechen. Aufgrund dessen ist eine klare Kommunikation zu fördern, was oft durch bildliche Darstellungen gelingt (vgl. ebd.).

Mit diesen Möglichkeiten wird den Kindern bewusst, dass weitere Kompetenzen neben dem schulischen Leistungsdruck, der schon auffällig früh angestrebt wird, wichtig sind.

Die Umsetzung der Unterstützungsangebote verlangt den Eltern und Fachpersonen eine ausserordentliche Disziplin ab. Bei prekären Familienverhältnissen gestaltet sich die Umsetzung solcher Alltagshilfen schwer, daher sollten besonders PädogInnen darauf achten, den Kindern alltagsnahe Unterstützung bieten zu können (vgl. ebd.).

Netzwerkarbeit/Regionalisierung und Dezentralisierung

Oftmals tendieren Familien mit Kindern mit ADHS zu sozialer Isolation und Einsamkeit. Grund dafür sind meist die stigmatisierenden Bilder unserer Gesellschaft, dass sich ein Kind angemessen – respektive ruhig im öffentlichen Raum – zu verhalten hat, da es sonst unangenehm auffallen könnte (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 95f.).

SozialpädagogInnen sind im Rahmen des Konzepts der Lebensweltorientierung dazu aufgefordert, eine Netzwerkperspektive einzunehmen, wobei die Fachpersonen gemeinsam mit den Betroffenen die Ressourcen des verbundenen Netzwerks aktivieren, um die Problembewältigung für die einzelnen Familien zu erleichtern. Dabei haben sie als Fachpersonen keinen direkten Einfluss auf die Problematik, jedoch mobilisieren sie alle möglichen Netzwerke und sorgen dafür, dass sich die Betroffenen nicht mehr als Einzelkämpfer in der Gesellschaft betrachten, sondern ihnen ein Zugang zur Umweltorientierung ermöglicht wird. Regionalisierung zielt auf den Einbezug der örtlich regionalen Strukturen in der Lebenswelt der Betroffenen (vgl. ebd.). Die Dimension des Raums verweist auf die Bedingung, den Sozialraum und den darin stattfindenden Alltag sinnvoll zu nutzen (vgl. Kabsch 2018: 86).

Ein Fallbeispiel dazu: Eine alleinerziehende Mutter eines 6-jährigen hyperaktiven Jungen namens Eli kommt immer weniger mit seinem Verhalten zurecht. Sie wendet sich an die Sozialpädagogin in der Kindertagesstätte. Nach aktivem Zuhören schlägt die Sozialpädagogin die *regionalen Angebote* eines Karate- oder Fussballklubs vor. Die Mutter findet die Angebote gut, hat jedoch aufgrund ihrer Arbeit keine Zeit, Eli zum Training zu bringen. Die Sozialpädagogin weiss, dass ein weiterer Junge, Marc, aus der Kindertagesstätte den Karateklub in der Region besucht. Sie aktiviert die Ressourcen, indem sie den Eltern von Marc die Situation schildert und das Einverständnis einholt, um ihre Kontaktdaten an die Mutter von Eli weiterzuleiten. Die Eltern von Marc willigen ein, Eli zum Karatetraining mitzunehmen (vgl. ebd.: 96).

Es wird für ein Mithelfen und eine Möglichkeitserweiterung zusammen mit den Wünschen des Kindes und der Familie plädiert, ohne das Gefühl zu vermitteln, sich in ihren Lebensraum einmischen zu wollen – eine Erreichbarkeit wird mit der Regionalisierung erlangt und durch die Kooperation dezentralisiert. So sollen eine Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit vermittelt werden. Eine Aktivierung der «Selbstgestaltungskräfte» in respektvoller Begleitung wird ebenfalls angestrebt (vgl. ebd.: 96).

Soziale Integration und Inklusion

Zu den Bestandteilen der sozialpädagogischen Interventionen gehören die zielorientierte Integration und Inklusion – Eingliederung und Zusammenschluss von Kindern in belastenden Lebenslagen. Kinder mit ADHS neigen aufgrund der Hyperaktivität zu einer mehrfachen Ausgrenzung in Gruppen. Nach Brandau und Kaschnitz (2008: 115) muss bei ihnen «die soziale Eingliederung erzieherisch unterstützt werden», damit sie lernen, einen sozialen Umgang im Zusammenspiel und -leben mit anderen zu pflegen und ihre sozialen Kompetenzen zu schärfen.

Der Auftrag richtet sich dabei nicht nur an das Anpassen der bestehenden Regeln der Kinder mit ADHS, sondern auch an die Umstellung von anderen Beteiligten im System und die damit verbundene Erweiterung der Fähigkeit von Toleranz, Akzeptanz und vor allem Anerkennung. Den Kindern soll eine klare Positionierung der sozialpädagogischen Fachkräfte vermittelt werden, die sich für das Recht des «andersartigen» Verhaltens einsetzen, solange dieses Verhalten keinem schadet (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 115).

Spezielle Angebote, bei denen die Gefahr gross ist, dass Kinder ausgegrenzt und diskriminiert werden, sollen von den sozialpädagogischen Fachkräften nicht gefördert werden (vgl. ebd.). Oft rücken soziale Probleme in den Vordergrund, wenn es um die einzelnen Systemübergänge geht, wie z.B. vom Kindergarten in die Schule. Meist verspüren die Erziehungsberechtigten bei jedem neuen Übergang Unsicherheit, Angst und Sorgen dahingehend, dass die Kinder nicht entsprechend gefördert werden und nicht gut aufgehoben sind.

Essenziell ist es, bei diesen Übertritten darauf zu achten, dass Ressourcen und Fähigkeiten der Kinder an die weiteren Fachkräfte als Information weitergeleitet werden, so kann eine strukturierte Übergabe von einem in das andere System erfolgen und auf die jeweiligen Helfersysteme unterstützend wirken sowie zugleich Sicherheit vermitteln (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 90). Nach Hochuli Freund und Stotz (2015: 37) «gilt es als wesentliche Aufgabe der Sozialen Arbeit, soziale Integration zu unterstützen und immer wieder neu zu sichern, also den Zugang von Menschen zu allen relevanten Bereichen der Gesellschaft zu ermöglichen».

Partizipation

Die Maxime Partizipation verdeutlicht das Beteiligungsrecht. Für alle Angebote soll Teilhabe und Mitbestimmung ermöglicht werden. Durch dieses Recht lernen die Kinder, sich in ihrer Selbstwirksamkeit zu erleben (vgl. Thiersch et al. 2012: 189). Dementsprechend er-

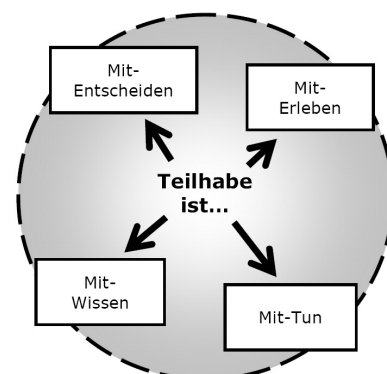


Abb. 1: Dimensionen von Partizipation /
Teilhabe; Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

fährt sich das Kind als Objekt seines eigenen Lebens und erlebt sich selbst als Individuum. Bei Kindern mit ADHS ist es von zentraler Bedeutung, dass sie gehört werden und ihre Meinung bei wichtigen Massnahmen respektiert wird. Gerade bei medikamentösen Behandlungen sind Erwachsene oftmals der Ansicht, dass Kinder gar nicht gefragt werden sollten, da sie ohnehin «nicht gut einschätzen können, was ihnen am besten entspricht.» Doch genau dann ist es wichtig, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte die Ansicht des Kindes miteinbeziehen. Nicht selten ist es der Fall, dass Kinder in der Pubertät die Medikation aus eigenem Willen absetzen (vgl. Brandau/Kaschnitz 2008: 116).

Im Konzept der Lebensweltorientierung wird grossen Wert auf das Wohlbefinden der Kinder gelegt. Aus sozialpädagogischer Sicht soll dieses wahrgenommen und eingeschätzt werden. Die eingeleiteten Massnahmen und Methoden sollen möglichst immer auf einer freiwilligen kooperativen Basis mit den Kindern zusammen erfolgen (vgl. ebd.).

Partnerschaftliche Kooperation mit den Eltern

Eltern und Erziehungsberechtigte sind im Alltag der Kinder mit ADHS Experten und stellen einen enorm wichtigen Bestandteil für die Kooperation mit den Fachkräften dar. Die Wichtigkeit der Dimension der sozialen Beziehungen im Zusammenhang mit der Alltagsnähe wird auch in diesem Abschnitt verdeutlicht. Eltern kennen die «Wirklichkeit» des Kindes und leben diese im Alltag zusammen mit ihnen. Eine partnerschaftliche Kooperation verfolgt das Ziel der gemeinsamen Förderung der Kinder. Sie bietet die Grundlage für eine reibungslose Zusammenarbeit (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 88f.). Dabei bedarf es einer Aushandlung und Besprechung aller Entscheidungen und eingeleiteten Massnahmen mit den Erziehungsberechtigten. Somit fordert eine partnerschaftliche Kooperation gewisse Voraussetzungen, die sich oft auch als Herausforderungen ergeben können. Als Basis gilt es, eine Kommunikation herstellen zu können, damit die Verantwortungsübernahme der sozialpädagogischen Fachkräfte seitens der Erziehungsberechtigten eingeschätzt werden kann und den Kindern entsprechend ihrer individuellen Fähigkeiten angemessene Unterstützung geboten wird (vgl. ebd.).

Das unruhig geltende Verhalten der Kinder kann eine defizitorientierte Haltung zu Hause auslösen und wiederholt Sanktionen in den Vordergrund stellen. Dementsprechend gestaltet sich die Aufgabe der Sozialarbeitenden derart, dass die Stärken und Belastungen der vielschichtigen Lebenswelt der Kinder mit ADHS herbeigeführt werden, ermessen wird, was sich als hilfreich oder eher erschwerend für das Aufwachsen der Kinder erweist, und dort angeknüpft wird, um den Kindern und Erziehungsberechtigten angemessene Unterstützung und Entlastung ermöglichen zu können (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 47).

Autonomie und Eigensinn

In der Theorie der Lebensweltorientierung zeichnet sich der Begriff der Autonomie als ein wesentlicher Bestandteil aus. Ein Kind entwickelt durch die unterschiedlichen Lebenslagen eine Persönlichkeit – Identitätsbildung –, einen sogenannte «Eigensinn», der von den Mitmenschen nicht direkt lenkbar, manipulierbar und belehrbar ist (vgl. ebd.: 92).

Es ist bekannt, dass Kinder nicht gezwungen werden können, jemanden zu mögen, so können wir die Kinder auch nicht zwingen, ein Wunschverhalten abzuliefern oder ihr Denken und Erleben bestimmen. Gewiss können Kinder durch Botschaften, Belohnungen und Sanktionen in den Dingen, die sie tun, beeinflusst werden. Trotz allem bedeutet dies nicht, dass sie diese mit Freude und Freiwilligkeit ausüben. Sozialpädagogische Fachkräfte können den Kindern in ihrer subjektiven Wahrnehmung nur eine Hilfe sein, indem sie eine zuverlässige Beziehung zu ihnen aufbauen und sie für die Kinder eine bedeutungsvolle Umwelt abbilden, die ihnen sinnreiche Anregungen für die Weiterentwicklung vermittelt. Der Schlüssel liegt darin, einen Kontakt zum «Eigensinn» trotz gegebener Regeln und Strukturen zu ermöglichen.

So empfehlen Brandau, Pretis und Kaschnitz (2003: 93) folgende Perspektive in der Arbeit mit Kindern mit ADHS einzunehmen: «Statt sich über den schnellen Wechsel im Verhalten und in den Gefühlen von Kindern mit ADHS zu ärgern und diese negativ zu bewerten, kann es hilfreicher sein, diese sprunghaften Schwankungen zwischen verschiedenen Verhaltenspolen als

›eigensinnige Ordnung‹ der Selbstorganisation wahrzunehmen.»

So kann in der Praxis durch das Wahren der Autonomie die Veränderung bei den Kindern nur dann angestossen werden, wenn nicht angestrebt wird, eine vollständige Kontrolle über ihr Verhalten erlangen zu wollen (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 94).

Empowerment als Hilfe zur Selbsthilfe

«Man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst tun können.» (Abraham Lincoln in: Herriger 2020: 7)

Das Empowerment-Konzept gilt als ressourcenorientierte Aktivierung der Selbstgestaltungskräfte und ist für die Soziale Arbeit von hoher Notwendigkeit. Ziel ist es, die Betroffenen zur Entdeckung ihrer eigenen Stärken anzuregen und die Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu fördern – Hilfe zur Selbsthilfe bereitzustellen. Dies ermöglicht eine Erweiterung der Autonomie und auch der sozialen Teilhabe – *Partizipation*, die die Förderung der eigenen Lebenslage als wesentlich betrachtet (vgl. Herriger 2020: 7).

Empowerment lässt sich auf verschiedene Ebenen umsetzen und ist in die Handlungs- und Strukturmaximen der Partizipation sowie in das Prinzip der Einmischung einzuordnen.

Betroffene Familien mit Kindern mit ADHS haben die Möglichkeit, selbst Initiative zu ergreifen und sich zu wehren (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003: 94f.).

Sie können sich beispielsweise mit anderen Familien zusammenschliessen und sich über die Art und Weise der Erziehung austauschen in Form einer ADHS-Selbsthilfegruppe.

Zudem können sie ihre Interessen und Bedenken öffentlich schildern und sich für die Wünsche ihrer Kinder engagieren. Bestenfalls könnte dieser Einsatz bis hin zu politischen Vertretern durchdringen in der Mitgestaltung der aktiven Förderung für Familien mit Kindern mit ADHS.

Empowerment ermutigt in diesem Fall die Erziehungsberechtigten dazu, ein Bewusstsein der eigenen Situation zu erlangen, sich an Initiativen und Öffentlichkeitsarbeit zu beteiligen oder auch entsprechende Fachkräfte hinzuzuziehen, die fachliche Inputs einbringen können (vgl. ebd.).

Es gilt zu beachten, dass all diese Unterstützungsangebote der Handlungs- und Strukturmaximen nur umgesetzt werden können, wenn die betroffenen Familien mit ihren Kindern die «Hilfe» der Professionellen der Sozialen Arbeit annehmen wollen, da die Inanspruchnahme von Hilfen immer nur auf Freiwilligkeit basieren kann (Hochuli Freund/Stotz 2015: 52).

Thiersch (2002: 216) unterstreicht dabei noch einmal die Wichtigkeit der Beziehungsarbeit und Kooperation mit den Betroffenen seitens der Sozial Arbeitenden, indem er sagt: «Verhandlungsfähigkeit kann nicht vorausgesetzt werden. Es kommt darauf an Vertrauen zu gewinnen und den Willen zur Veränderung zu erwecken.» (Hochuli Freund/Stotz 2015: 57)

Abschliessen möchte ich dieses Kapitel mit den Zielen und Verpflichtungen der Sozialen Arbeit, wie sie in Paragraph 6, des Berufskodex der Sozialen Arbeit beschrieben sind, in Verbindung mit den Kindern mit ADHS und den Hilfeleistungen der Professionellen der Sozialen Arbeit:

«Die Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren.» (vgl. AvenirSocial 2010: 6)

6 Diskussion

Im letzten Kapitel werden die Erkenntnisse der Arbeit unter Bezugnahme der Fragestellung aufgegriffen. Zudem wird erläutert, welche Stellung ich als zukünftig professionelle Sozial Arbeitende zu dem Thema einnehme. Zuletzt werden anhand einer kritischen Würdigung weiterführende Fragen im Zusammenhang mit der Entwicklung dieser Arbeit dargelegt.

6.1 Lebensweltorientierung in Bezug auf Kinder mit ADHS – Fazit

Die Fragestellung lautete wie folgt:

- ◆ Welchen Beitrag leistet das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Kindern mit ADHS und ihren Familien?

In der vorliegenden Arbeit habe ich mich theoretisch mit dem Rahmenkonzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der Lebenswelt der Kinder mit ADHS und ihren Familien auseinandergesetzt. Ich habe als alternative Behandlungsmethode zu der medikamentösen Therapie aufgezeigt, wie die Struktur- und Handlungsmaximen (Kapitel 5.2) spezifisch bezogen auf Kinder mit ADHS und ihre Familien umgesetzt werden können.

Das Konzept der Lebensweltorientierung bildet eine Grundlage für die Soziale Arbeit, indem es in seinen Dimensionen einen Rahmen für die Professionellen der Sozialen Arbeit schafft und mit seinen Handlungs- und Strukturmaximen konkrete Hilfen zur Lebensbewältigung anbietet. Durch seine Grundsätze vermittelt es Orientierung, lässt aber gleichzeitig eine Offenheit und Anpassungsfähigkeit in der Umsetzung zu. Das Konzept ermöglicht den Einbezug von Familien und ihren Kindern mit ADHS und greift adäquate Unterstützungsmöglichkeiten in der Verwirklichung der eigenen individuellen Lebenswelt auf. Als eine alternative Behandlungsmethode zur medikamentösen Therapie greift es auf die Individualität der Kinder zurück und macht sich diese zunutze. Viele Kinder im Jugendalter setzen die Medikation ab (Kapitel 5.2), weil sie eine gewisse Steuerungsfunktion verspüren. Das Konzept plädiert darauf, schon im Kindesalter auf das Wohl der Kinder zu achten, und nicht erst, wenn sie ins Jugend- oder Erwachsenenalter hineinkommen. Durch das Empowerment und die Hilfe zur Selbsthilfe wird das Vertrauen in die eigenen Kräfte gestärkt, was wiederum zur Selbstsicherheit und Identitätsbildung beiträgt.

Zu der theoretischen Fundierung bezüglich medikamentöser Therapie gilt es festzuhalten, dass Ritalin in sorgfältig diagnostizierten Fällen sinnvoll eingesetzt werden kann, da durch den Einsatz das Kurzzeitgedächtnis aktiviert wird und Lernerfolge erzielt werden können. Dabei geht aus der Arbeit hervor, dass es ein umfangreiches Diagnoseverfahren (Kapitel 2.1.2)

braucht, um den Kindern eine angemessene Dosierung der Medikationen verschreiben zu können (Kapitel 3.2.1).

Eine eindeutige Diagnostizierung gestaltet sich schwierig, da die Diagnose hauptsächlich mit den international statistischen Klassifikationssystemen der Krankheiten durchgeführt (ICD und DSM) wird, die keine einwandfreie Diagnose aufzeigen können, da es noch keinen spezifisch entwickelten validen «ADHS-Test» gibt (Kapitel 2.1.2). Die hohe Zahl an komorbiden Störungen erschwert das Ganze nochmals (Kapitel 2.1.3). Zukunftsorientiert gesehen wird es immer schwierig bleiben, «normal» von «abnormal» zu trennen. Genau deswegen bietet das Konzept der Lebensweltorientierung einen Mehrwert, da nicht die Defizitbekämpfung im Vordergrund steht, sondern ein Zusammentreffen von gesellschaftlicher Akzeptanz, die die Besonderheiten der Kinder mit ADHS und ihrer Familien anerkennt, um einer stigmatisierenden Haltung entgegenzuwirken. Anhand dieser Arbeit wurde versucht, die Möglichkeiten und Perspektiven aufzuzeigen, die eine Lebensweltorientierte Soziale Arbeit beinhaltet. Sie orientiert sich an der Wirklichkeit der Betroffenen und hat anhand der erläuterten Maximen das Potenzial, sich im Alltag der Kinder mit ADHS und ihren Familien durchzusetzen und positive Effekte im Zusammenleben zu erzielen, ohne medikamentösen Einfluss.

Beachtet werden muss, dass dieses Konzept seinen Beitrag nur leisten kann, wenn die Familien und Kinder bereit sind, Unterstützung anzunehmen und die Professionellen der Sozialen Arbeit an ihrer Lebenslage und damit verbundenen Hilfen teilhaben lassen. Je besser sich die Kommunikationen zwischen den Familien und den Sozial Arbeitenden darstellt, desto wahrscheinlicher kommt es zu einer erfolgreichen Bewältigung und Zugänglichkeit der Betroffenen im Alltag. Die prekären Lebensverhältnisse sind mit von Bedeutung. Je nach familiärer Situation, bspw. bei einem psychisch erkrankten oder drogenabhängigen Elternteil, kann es sein, dass der Zugang zu den Familien und ihren Kindern mit ADHS erschwert wird. Dabei erweist sich die Ressourcennutzung und das Anbieten regionaler Unterstützungsangebote, sogenannter Hilfen vor Ort, als essenziell, um ihnen die Möglichkeit zu bieten, ihre Anliegen mit spezialisierten Fachkräften zu bewältigen. Die Notwendigkeit der Knüpfung von sozialen Beziehungen, die zur Vermittlung von Stabilität und Sicherheit in die Familien der Kinder mit ADHS beitragen, darf nicht ausser Acht gelassen werden. Präventiv sollen die Problematiken, die auf die Familien mit Kindern mit ADHS zukommen, frühzeitig erkannt werden, bevor sie sich in der Gesellschaft festsetzen. Für die Kinder mit ADHS soll eine stabile und lebenswerte Umgebung geschaffen werden, die Krisen vorbeugt.

Mit diesen initiierten Handlungs- und Strukturmaximen vermindert sich zugleich das Risiko der Separierungen, Diskriminierungen und Fremdplatzierungen der Kinder mit ADHS und verhilft gleichzeitig zur Integration und Inklusion aller Betroffenen. Das Konzept leistet seinen Beitrag dazu, indem es eine Sicherung der allgemeinen Leistungsstandards in Verbindung

mit sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit vermittelt. Es weist die Professionellen der Sozialen Arbeit auf die Bedeutsamkeit hin, sich für diese Rechte politisch einzusetzen und an unserem System zur Veränderung beizutragen.

6.2 Meine Stellungnahme und weiterführende Gedanken

Aufgrund des Erfahrungswissens meines halbjährigen Praktikums schildere ich anhand der Erkenntnisse des lebensweltorientierten Konzepts meine weiterführenden Gedanken mit einem kritischen Blick auf die Durchführung in der Praxis.

Dabei gilt zu beachten, dass sich die Bedingungen je nach Praxiskontext für die Kinder mit ADHS anders gestalten und somit mein Blick von der Sonderschule geprägt ist.

In der Praxis durfte ich erfahren, dass Kinder in ihrer Ganzheitlichkeit wahrgenommen werden wollen. Sie wünschen sich ein Umfeld von Fachpersonen um sich herum, welche ihre Meinungen und Gefühle wertschätzen und sie als vollkommene Individuen ansehen. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung mit den Kindern mit ADHS beruht auf dieser Wertschätzung und Anerkennung. Das Konzept der Lebensweltorientierung gilt als Träger dieser Werte.

Um dieses Konzept angemessen umsetzen zu können, fordert es eine Umstrukturierung und Umorientierung der Institutionen und ihrer Vorgehensweisen, damit die Professionellen der Sozialen Arbeit entsprechend der Bedürfnisse der Kinder mit ADHS agieren können.

Die Arbeitshaltung soll von Problemen und Sorgen auf eine lebensweltnahe kinderzentrierte Pädagogik, die ressourcenorientiert handelt, ausgebaut werden.

Das Konzept fordert eine Integration und Inklusion, eine Teilnahme und Teilhabe, eine Anerkennung und Akzeptanz der Kinder und keine Ausgrenzung und Diskriminierung, wie z.B. Sonderschulen oder Schulheime, die zur Förderung dieser speziellen Angebote gehören.

Diese Störungen im System verursachen nach meiner Wahrnehmung Konflikte bei den Menschen und werden an den Kindern ausgetragen, weil eine schnelle und effiziente Lösung generiert werden muss, wie bspw. die Verabreichung der Medikation, damit die erforderlichen Leistungen erbracht werden können. Somit weist diese Problematik nochmal auf die grundlegenden strukturellen Ursachen hin.

Wie in Kapitel 3.2 (Wie wirken Stimulanzien?) erläutert, fördert die Medikation eine ersichtliche Verbesserung in der Konzentration zutage, sie trägt zu einer schnell wirkenden Veränderung im Verhalten bei. Doch entspricht dies einer kindergerechten Pädagogik? Liegt der Fokus unserer Gesellschaft auf den schulischen Leistungen? Dies sind Fragen, die ich mir in

der Einleitung gestellt habe und auf die ich durch die Vertiefung dieser Arbeit eine Antwort für mich gefunden habe.

Ich schliesse meinen Standpunkt an das Konzept der Lebensweltorientierung an. In der Gesellschaft soll ein Verständnis geweckt werden, das darauf abzielt, dass den Kindern mit Nachsicht und Rücksicht begegnet wird. Ihnen soll das Recht zustehen, nicht die volle Leistung und Konzentration aufbringen zu müssen, wenn dies schlichtergreifend zur Überforderung führt. Eine individuelle Leistungsanpassung soll stattfinden.

Den Professionellen der Sozialen Arbeit stehen meiner Meinung nach nicht genügend Ressourcen zur Verfügung, um die Lebenslagen und Schwierigkeiten der Kinder ganzheitlich zu sichten und diese dem Alltag und ihren individuellen Fähigkeiten anzupassen, was sich nicht mit dem Blick einer kindergerechten Pädagogik vereinbaren lässt.

Ein Gedanke wäre, in sozialpädagogischen Einrichtungen mehr Fachpersonal einzusetzen, damit der Druck von mehrfach gleichzeitiger Betreuung sinkt und jedes Kind adäquat und zeitlich angemessen unterstützt werden kann. So können die praktischen Konzepte, wie das der Lebensweltorientierung, eine Gelegenheit bekommen, entsprechend umgesetzt zu werden. Ebenfalls sollte das System auf die Förderung von integrativen Angeboten ausgerichtet sein, um eine freie solidarische Lebenswelt für die Kinder zu ermöglichen. Die Soziale Arbeit sollte der gesellschaftlichen Desintegration entgegenwirken.

Da diese Optimierungen mit einer staatlich-politischen Finanzierung und Entscheidung einhergehen, sollen auch das Prinzip der Einmischung seitens der Professionellen der Sozialen Arbeit wahrgenommen und politische Mitwirkung erzielt werden können.

Trotz dieser schwierigen gegebenen Bedingungen erachte ich es als wesentlich, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit an den professionstheoretisch geprüften und praktisch fundierten Konzepten, wie dem der Lebensweltorientierung, festhalten und im Miteinander der Kinder mit ADHS versuchen, einen gelingenderen Alltag für sie und ihre Familien zu erzielen.

Zahlreiche weitere Konzepte und Verhaltenstherapien finden sich im Bereich der kindergerechten Pädagogik, ich gehe stets von lebensweltorientierten Konzepten aus, da ich mich mit diesem auseinandergesetzt habe.

Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen dieser Arbeit kann ich für den weiteren Werdegang in meiner professionellen Tätigkeit nutzen, dass ich das erlernte Fachwissen in spezifischen Situationen einsetzen kann. Als Professionelle versuche ich den betroffenen Familien gegenüber mit Offenheit, Anerkennung und Akzeptanz aufzutreten, damit sie sich in der Gesellschaft gesehen und wahrgenommen fühlen. Ich versuche mich in Alltagssituationen be-

wusst an den Handlungs- und Strukturmaximen auszurichten, da diese auch zu meiner professionellen Grundhaltung beitragen und ich diese theoretischen Aspekte vertrete. Zudem habe ich in der Praxis wahrgenommen, dass sie zur Unterstützung beitragen.

6.4 Kritische Würdigung

Zuletzt werden mit der kritischen Würdigung durch eine differenzierte Betrachtungsweise fehlende Aspekte als auch Möglichkeiten und Grenzen dieser Bachelorarbeit beleuchtet.

Das Ziel der Arbeit bestand darin, aufzuzeigen, was das lebensweltorientierte Konzept der Sozialen Arbeit leisten kann in Bezug auf Familien mit Kindern mit ADHS. Die Darstellung des Konzepts soll eine alternative Behandlungsmethode zu der medikamentösen Therapie aufzeigen. Zudem habe ich mir zum weiteren Ziel gesetzt, den Zusammenhang zwischen den gesellschaftlichen Problemen und der Stigmatisierung von Kindern mit ADHS aufzuzeigen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Ziele nicht ganzheitlich erreicht. Einerseits ist das Thema ADHS sehr facettenreich, je nach wissenschaftlicher Fachrichtung verändert sich der Blickwinkel auf das Störungsbild ADHS und die damit oftmals verbundene medikamentöse Behandlung, was mir bei der Vertiefung der Literatur bewusst wurde. Dabei habe ich im Rahmen dieser Arbeit nicht alle Perspektiven ausführlich miteinbezogen, sondern nur oberflächlich angeschnitten. Hauptsächlich wurde eine alternative Behandlungsmethode zur medikamentösen Therapie vorgestellt. Weitere therapeutische Alternativmöglichkeiten wurden nicht berücksichtigt. Zudem wurden mögliche prekäre Lebensverhältnisse in der Lebenslage der Familien nicht einbezogen und berücksichtigt sowie auch keine weiteren Lebenslagen, in denen sich die Kinder befinden. Je mehr Ressourcen den Familien zur Verfügung stehen, desto besser können die Unterstützungsmöglichkeiten in den Alltag integriert werden. Damit meine ich, dass die Handlungs- und Strukturmaximen anders ausgelegt werden müssen bei bspw. sucht- oder psychisch erkrankten Eltern, schwierigen Wohnverhältnissen oder Familien mit Migrationshintergrund. Auch habe ich mich nicht auf spezifische Arbeitsfelder eingeschränkt, was die Perspektive nochmals eingegrenzt und die Unterstützungsangebote konkretisiert hätte.

Die Handlungs- und Strukturmaximen haben sich in der Arbeit als leitend in Bezug auf die Fragestellung erwiesen. Zur Erweiterung hätten konkrete Hilfsangebote genannt werden können, die die Familien mit Kindern mit ADHS in der Schweiz unterstützen. Durch die offen formulierte Fragestellung empfand ich es gewissermassen schwierig, stets das Erkenntnisinteresse zu verfolgen.

Die Frage, was das Konzept der Lebensweltorientierung genau auf für Familien mit Kindern mit ADHS leistet, bleibt teilweise offen, da dieser empirisch nachgegangen werden muss, was den Rahmen dieser literaturfundierte Arbeit gesprengt hätte. In einem weiteren Schritt müssten diese unterstützenden Handlungsmöglichkeiten bei Familien und ihren Kindern mit ADHS angewendet werden, um konkret zu sehen, was eine Lebensweltorientierte Soziale Arbeit leistet. Diese Forschungen müssten über einen längeren Zeitraum stattfinden, damit ein repräsentatives Resultat erzielt werden kann. Zukunftsorientiert könnte spannend sein, wie sich das Konzept der Lebensweltorientierung erweitert und entwickelt, da es sich stets an der aktuell gegebenen Gesellschaftssituation orientiert.

Durch die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Rahmenkonzept der «Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit» habe ich erkannt, welchen Beitrag das Konzept für die betroffenen Kinder und Familien und auch im Rahmen der gesamten Gesellschaft mithilfe der Professionellen der Sozialen Arbeit leisten kann. Ein wichtiger Aspekt für mich liegt darin, dass Hilfeleistungen nur entstehen können, wenn die Betroffenen diese akzeptieren und den Willen dazu aufbringen, einen gelingenderen Alltag erlangen zu wollen. Dies heisst jedoch nicht, dass die Professionellen sich in ihrer Arbeit zurücknehmen sollen, eher, dass sie als Partner gegenüber den Betroffenen auftreten und ihre Unterstützung anbieten.

Im Rahmen dieser Arbeit erhält der/die LeserIn eine Übersicht und ein Verständnis über die Zusammenarbeit mit Kindern mit ADHS, die meist angewandte Behandlungsmethode der medikamentösen Therapie und eine auf Ressourcen ausgelegte Alternative «Lebensweltorientierte Soziale Arbeit.» Die Thematiken sollen neugierig machen und zu einer weiteren Vertiefung anregen, da sie nicht nur die Familien mit Kindern mit ADHS betreffen, sondern an die Akzeptanz und Anerkennung der gesamten Gesellschaft appellieren. Es entsteht eine Bereicherung für alle Mitglieder der Gesellschaft. So sehe ich es als grundlegende Aufgabe der Sozialen Arbeit, die Kinder mit ADHS und ihre Familien in der Gesellschaft zu schützen und zu fördern.

Ich für mich habe gemerkt, dass ich mich mit dem Innenleben der Kinder beschäftigen möchte, denn somit verfällt der Begriff ADHS und verwandelt sich in die Fähigkeiten, Potenziale und den Reichtum der Kinder. Diesen Standpunkt kann ich mit der Theorie der Lebensweltorientierung vereinbaren.

Abschliessen möchte ich meine Arbeit mit einem Kinderkommentar, da diese schliesslich im Zentrum dieser Arbeit stehen.

Über mein Benehmen (Simon, 10 Jahre alt)

«Dieses Thema ist sehr schwierig. Es wird immer nur bei Kindern von schlechtem Benehmen geredet, obwohl ich finde, dass manche Erwachsene sich noch viel schlechter benehmen. Benehmen ist, wenn man was machen darf und wenn man was nicht machen darf. Dafür bekommt man dann auch Noten. Ich folge so gut es geht, ich meine, ich versuche es, aber oft gelingt dies nicht. Ich interessiere mich für viele Dinge, eigentlich für alles, am meisten für Sport, aber auch für Tiere. Da ich mich so vieles interessiere, weiss ich oft nicht, was das Wichtigste ist. Manchmal muss man auch ein paar Mal zu mir sagen, was ich machen soll, schreien hilft dann nicht viel.» (Neuhaus 2012: 55)

7 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Bachelorarbeit motiviert und unterstützt haben.

Dabei geht ein herzliches Dankeschön an Herrn Prof. Dr. Daniel Oberholzer, meinen Betreuer, der mir hilfreiche Anregungen gab und jegliche Fragen beantwortet hat.

Ein weiteres grosses Danke geht an meine Familie, meine Freundinnen und meinen Freund, die mich in der Zeit tatkräftig unterstützt, mir Mut zugesprochen haben und als Stütze erlebt wurden.

8 Quellenverzeichnis

8.1 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.
- Borchert, Johann (Hrsg.). (1999). Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie. Kiel: Hogrefe.
- Böhnisch, Lothar/Schröer, Wolfgang (2013). Soziale Arbeit – eine problemorientierte Einführung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Brandau, Hannes/Kaschnitz, Wolfgang (2008). ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik Therapie und Soziale Arbeit. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Brandau, Hannes/Pretis, Manfred/Kaschnitz, Wolfgang (2003). ADHS bei Klein-und Vorschulkindern. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Döpfner, Manfred/Frölich, Jan/Lemkuhl, Gerd (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Engelhardt, Iris (2016). Soziale Arbeit und die Menschenrechte des Kindes. Grundlagen Handlungsansätze und Alltagspraxis. Warschau: Verlag Barbara Budrich.
- Eveline, Hartmann (2019). «Interview Ritalin ist kein Diagnostikumittel für ADHS». Fritz und Fränzi. Das Schweizer Eltern Magazin. Ausgabe 2/2019.
- Gawrilow, Caterina (2012). Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gerspach, Manfred (2014). Generation ADHS – den « Zappelphilipp» verstehen. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hrsg.) (2016). Lebensweltorientierung. In: Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 24–64.
- Heilmann, Joachim/Egger-Schmid Noerr, Annelinde/Pfarr, Ursula (Hg.) (2015). Neue Störungsbilder – Mythos oder Realität. Psychoanalytisch-pädagogische Diskussionen zu ADHS, Asperger-Autismus und anderen Diagnosen. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Herriger, Norbert (2020). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 6., erweiterte aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jantzen, Wolfgang (2001). Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen. Das Beispiel „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ (ADS). Zeitschrift für Heilpädagogik. Ausgabe 6/2001.
- Kabsch, Jonas (2018). Lebensweltorientierung und Autismus. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung. Wiesbaden: Springer VS.
- Mackowiak, Katja/ Schramm, Satyam Antonio (2016). ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation Intervention. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Neuhaus, Cordula (2012). ADHS bei Kindern Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlungen. 3., aktualisierte Auflage.
- Schramm, Satyam Antonio (2013). Intervention bei ADHS im Jugendalter – Konzeption und empirische Evaluation des Lerntrainings für Jugendliche mit ADHS (LeJa). Unveröffentlichte Disseration: Universität Oldenburg. In: Katja, Mackowiak/Satyam Schramm (2016). ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation Intervention. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Simchen, Helga (2015). AD(H)S – Hilfe zur Selbsthilfe. Lern- und Verhaltensstrategien für Schule, Studium und Beruf. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Thiersch, Hans (2002). Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. In Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung. Weinheim und München: Juventa Verlag. S. 203–220.

Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus/Königter, Stefan (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hg.) (2012). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. S. 175–194.

Wender, Paul H. (2002). Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Unveröffentlichte Publikationen:

HSA FHNW (2007). Theorien der Sozialen Arbeit. Modul 17.

8.1.1 Internetquellen

Barben, Judith/Bau, Andreas (2016). *Ritalin – die verkannte Gefahr*. Psychologische 'ADHS' Therapie Schweiz. URL: http://www.adhs-schweiz.ch/Bilder/ritalin_die_verkannte_gefahr.pdf [Zugriffsdatum: 28. Januar 2020].

Eduard, Seidler (2004). Deutsches Ärzteblatt. „Zappelphilipp“ und ADHS: Von der Unart zur Krankheit. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/40288/Zappelphilipp-und-ADHS-Von-der-Unart-zur-Krankheit> [Zugriffsdatum: 04. Dezember 2019].

Hunziker, Urs (2019). Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte URL: <https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/4/adhs/> [Zugriffsdatum: 04. Dezember 2019].

Jenni, Oskar (2016). Monatsschrift Kinderheilkunde. Zeitschrift für Kinder und Jugendmedizin. Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung – Warum nicht ADHS Spektrum. DOI: 10.1007/s00112-015-0030-6. Ausgabe 4 [Zugriffsdatum: 02. März 2020].

Nier, Hedda (2019). Kinder- und Jugendreport 2019. Psychische Erkrankungen bei Kindern & Jugendlichen. URL: <https://de.statista.com/infografik/20041/psychische-erkrankungen-bei-kindern-jugendlichen/> [Zugriffsdatum: 02. März 2020].

Reimann, Ina (2009). Hans Thiersch Konzept der Lebensweltorientierung URL: <https://www.hausarbeiten.de/document/157813> [Zugriffsdatum: 20. April 2020].

Robin, Dominik (2015). Kranke Kinder oder kranke Gesellschaft. URL: <https://www.fritzundfraenzi.ch/gesundheit/psychologie/kranke-kinder-oder-kranke-gesellschaft> [Zugriffsdatum: 30. März 2020].

Schoch (2015). Maximen des Konzepts „Lebensweltorientierung“ – kindgerecht erklärt oder Wie Hilfen und Angebote für Kinder und Jugendliche in Deutschland gestaltet werden sollen URL: <https://silo.tips/download/maximen-des-konzepts-lebensweltorientierung-kindgerecht-erklrt> [Zugriffsdatum: 02. März 2020].

Skrodzki, Klaus (2018). Kinder und Jugendärzte im Netz. ADHS / Aufmerksamkeits-Defizit Hyperaktivitäts-Störung URL: <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/adhs-aufmerksamkeits-defizit-hyperaktivitaets-stoerung/ursachen/> [Zugriffsdatum: 02. März 2020].

Stangl, Werner (2020). Stichwort: 'soziale Normen'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. URL: <https://lexikon.stangl.eu/18288/soziale-normen/> [Zugriffsdatum: 15. Juni 2020].

Zentrales ADHS-Netz (Hg.) (o.J.). In: (<https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/adhs-im-vorschulalter/>) [Zugriffsdatum: 30. März 2020].

8.2 Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Was ist ADHS?

<https://www.fritzundfraenzi.ch/gesundheit/psychologie/mein-kind-hat-adhs-und-jetzt> [Zugriffsdatum: 28. April 2020].

Abb. 1: Dimensionen von Partizipation / Teilhabe; Lebensweltorientierte Soziale Arbeit.

Schoch (2015). Maximen des Konzepts „Lebensweltorientierung“ – kindgerecht erklärt oder Wie Hilfen und Angebote für Kinder und Jugendliche in Deutschland gestaltet werden sollen URL: <https://silo.tips/download/maximen-des-konzepts-lebensweltorientierung-kindgerecht-erklrt> [Zugriffsdatum: 28. April 2020].

8.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptom-Kriterien der Hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien) und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV

Döpfner, Manfred/Frölich, Jan/Lemkuhl, Gerd (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Tabelle 2: Häufigkeit komorbider Störungen bei Jugendlichen und Kindern mit ADHS
Schramm, Satyam Antonio (2013). Intervention bei ADHS im Jugendalter – Konzeption und empirische Evaluation des Lerntrainings für Jugendliche mit ADHS (LeJa). Unveröffentlichtliche Disseration: Universität Oldenburg. In: Katja, Mackowiak/Satyam Schramm (2016). ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation Intervention. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

9 Ehrenwörtliche Erklärung

Bachelor-Thesis

Erklärung der/des Studierenden zur Bachelor-Thesis

Name, Vorname:

Marija-Madlen Kopic

Titel/Untertitel Bachelor-Thesis:

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit Kindern mit ADHS und ihren Familien

Begleitung Bachelor-Thesis:

Prof. Dr. Daniel Oberholzer

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 18.06.2020 Unterschrift: M.-M. Kopic