PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ

MASTERTHESE

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Education, MEd

Hochschullehrgang mit Masterabschluss

Verhaltensauffälligkeiten und Schule

Verhaltensauffälligkeiten und Teilleistungsschwächen: Erfolgsfaktoren für Kinder mit ADHS und LRS

vorgelegt von

Judith Neulinger, BEd

Betreuung

Mag.ª Dr.in Nina Jelinek

Lucia Straßer-Kreisel, MA, MEd

Matrikelnummer 00504727

Wortanzahl 24688

Linz, 29. Juli 2024

Zusammenfassung

Diese Masterarbeit untersucht die Kombination der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der Lese-/Rechtschreibstörung (LRS) im Primarschulbereich theoretisch und empirisch. Die zentrale Forschungsfrage lautet: *Wie kann eine erfolgreiche Begleitung von Kindern und ihren Familien mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und einer Lese-/Rechtschreibstörung im Kontext Schule gelingen?*

Theoretisch werden ADHS und LRS jeweils für sich betrachtet, bevor auf ihr kombiniertes Auftreten, den Zusammenhang und die Folgen eingegangen wird. Die empirischen Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführter Expertinnen- und Experteninterviews zeigen, dass frühe Auffälligkeiten wie Konzentrationsprobleme eine Diagnose erfordern, um Ursachen zu identifizieren und passende Fördermaßnahmen einzuleiten. Verhaltensauffälligkeiten werden von Lehrpersonen oft geschlechtsspezifisch beurteilt, während Fachleute individuelle Unterschiede betonen. Kinder mit ADHS und LRS benötigen Struktur und Anerkennung, während Eltern Schuldentlastung, Aufklärung und eine effektive Zusammenarbeit mit der Schule brauchen. Ein enger Austausch zwischen Lehrkräften, Eltern und Fachleuten sowie zusätzliche schulische Ressourcen sind wichtig, um Kinder mit ADHS und LRS adäquat zu unterstützen und langfristig negative Auswirkungen zu verhindern.

Durch das Zusammenführen der theoretischen Erkenntnisse und empirisch gewonnenen Ergebnisse konnten Erfolgsfaktoren in der schulischen Arbeit mit betroffenen Kindern abgeleitet werden. Die Antwort auf die Forschungsfrage lautet, dass die Faktoren Fachwissen, Methodensicherheit, Elternarbeit und ausreichende Ressourcen entscheidend für den schulischen Erfolg von Kindern mit ADHS und LRS sind. Die Forschung ist durch die qualitative Analyse von zehn Experteninterviews aus vier Berufsfeldern mit einer überwiegend weiblichen Expertengruppe (acht weibliche, zwei männliche) begrenzt.

Abstract

This master's thesis theoretically and empirically examines the combination of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Reading and Writing Disability (dyslexia) in the primary school sector. The central research question is: *How can successful support for children and their families with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Reading and Writing Disability (dyslexia) be achieved in the school context?*

Theoretically, ADHD and dyslexia are considered separately before addressing their combined occurrence, correlation, and consequences. The empirical results of the qualitative content analysis of conducted expert interviews show that early signs such as concentration problems require diagnosis to identify causes and initiate appropriate support measures. Behavioral problems are often judged by teachers in a gender-specific manner, while specialists emphasize individual differences. Children with ADHD and dyslexia need structure and recognition, while parents need relief from guilt, education, and effective collaboration with the school. Close communication between teachers, parents, and specialists, as well as additional school resources, are important to adequately support children with ADHD and dyslexia and prevent long-term negative effects.

By combining theoretical insights and empirically obtained results, success factors in the school work with affected children could be derived. The answer to the research question is that the factors of expertise, methodological security, parental involvement, and sufficient resources are crucial for the academic success of children with ADHD and dyslexia. The research is limited by the qualitative analysis of ten expert interviews from four professional fields with a predominantly female expert group (eight female, two male).

Vorwort

Die Themen Verhaltensauffälligkeiten und Lernschwierigkeiten sowie ihre Wechselwirkung beschäftigen mich seit den ersten Tagen meines Berufslebens als Klassenlehrerin in der Volksschule. Es war naheliegend, dass ich mich im *Hochschullehrgang Verhaltensauffälligkeiten und Schule* der *Privaten Pädagogischen Hochschule der Diözese Linz* weiterbilde und im Anschluss den vom *Berufsverband Akademischer Legasthenie-Dyskalkulie-TherapeutInnen* (BALDT) zertifizierten Fortbildungslehrgang zur *Diplom Legasthenie- & Dyskalkulietrainerin* ergänze. In dieser Arbeit setze ich ein langes Anliegen um, beide Themenfelder miteinander zu verknüpfen, die Zusammenhänge näher zu betrachten und nach möglichen Erfolgsfaktoren für die Schule zu suchen.

In meinen zehn Jahren Berufserfahrung als Primarschullehrerin habe ich oft Kinder erlebt, die durch ihr soziales und emotionales Verhalten auffallen. Andere bleiben trotz intensiver Anstrengungen in ihrer Leistung hinter der Klasse zurück. Viele dieser Kinder haben in beiden Bereichen Schwierigkeiten. Der dänisch-schwedische Psychologe Hejlskov Elvén stellt fest:

> *„Menschen, die sich richtig verhalten können, werden es auch tun."*
> (Hejlskov Elvén, 2017, S. 279)

Diese Annahme bezieht sich meiner Erfahrung nach nicht ausschließlich auf das Verhalten, sondern in gleichem Maße auf die schulische Leistungserbringung. Ich beobachte Kinder, die sich mit der Doppellast von Verhaltensproblemen gepaart mit schwachen schulischen Leistungen durch ihre Schulzeit schleppen. Sie müssen höhere Hürden überwinden und häufiger Misserfolge einstecken, haben oft eine außenstehende oder oppositionelle Rolle im Klassenverband und stoßen nicht immer auf Geduld, Motivation und Ermutigung ihrer Lehrkräfte und Bezugspersonen.

In meiner pädagogischen Arbeit stellte sich die Frage, welche Ursachen dafür verantwortlich sind, und welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit diese Kinder Chancen auf schulischen Erfolg und die Entfaltung ihrer Potenziale haben. Genau diese Beobachtungen haben mich dazu bewogen, meine Masterthese zum

Anlass zu nehmen, mich mit der Thematik im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit näher auseinanderzusetzen. Die Illustration dieser beiden Kinder beschreibt für mich treffend die Ausgangslage und verdeutlicht die Komplexität der Problematik.

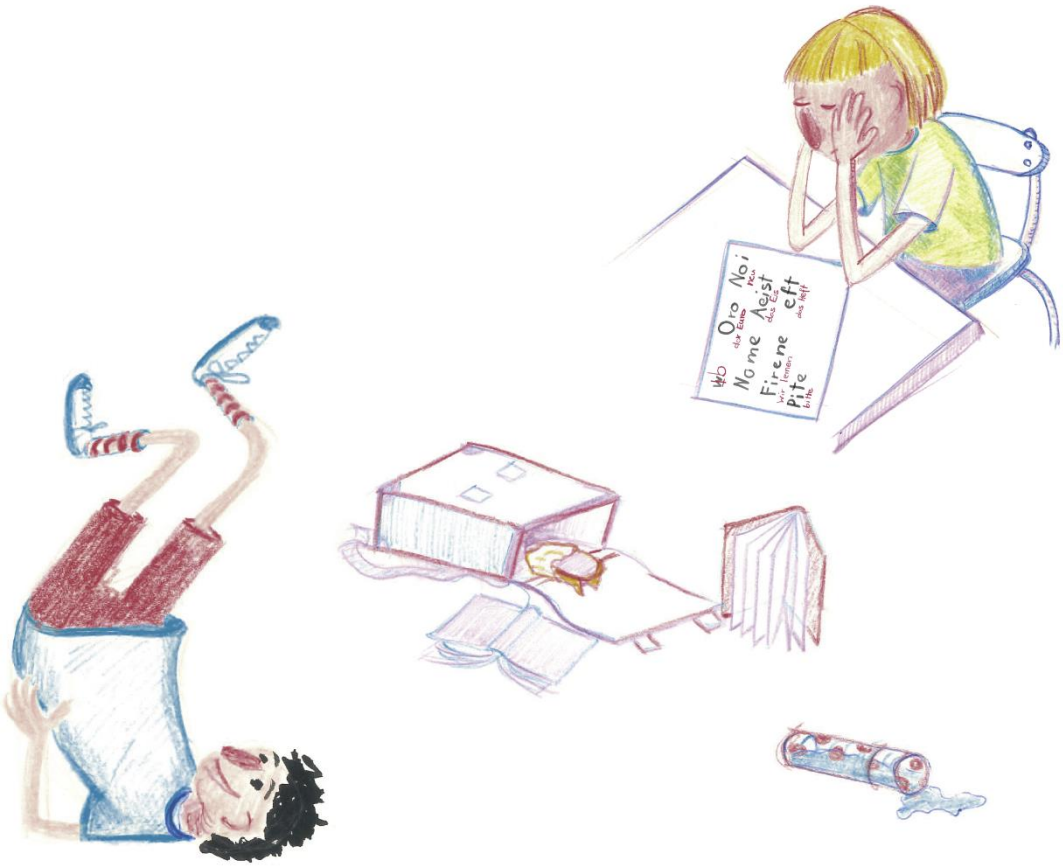

Abbildung 1. Ausangangslage (Illustration *Sombrero Design*, 2024)

Auf der Suche nach der Ursache muss der Vermutung nachgegangen werden, dass jene auffälligen Kinder möglicherweise an Lernschwierigkeiten oder einer Verhaltensstörung leiden. Es muss hinterfragt werden, inwiefern zwischen Verhalten und Leistung ein Zusammenhang bestehen könnte. Ich habe mich entschlossen, eine in der Primarschule häufig vorkommende Kombination von Verhaltensauffälligkeiten und Teilleistungsschwächen näher zu untersuchen: das gemeinsame Auftreten der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der Lese-/Rechtschreibstörung (LRS).

Danksagung

Besonderer Dank gilt meine Betreuerinnen der *Privaten Pädagogischen Hochschule der Diözese Linz*, Mag.ª Dr.in Nina Jelinek und Lucia Straßer-Kreisel, MA, MEd, die den Entstehungsprozess dieser Arbeit wissenschaftlich und inhaltlich begleitet haben. Ohne ihre Betreuung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ich danke meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern Mag.ª Bettina Diendorfer, MSc., Andrea Füreder, BEd, MEd, Dipl. Päd. Christine Jank, Monika Kampmüller, BEd, MA, Dipl. Päd. Sabine Leutgeb, Dr. Herbert Sailer, Dr. Martin Schöfl, MMag.ª Silvia Schubhart und Sabina Wolkenstein, BEd, für ihre Zeit und das Teilen ihres Wissens, ihrer Erfahrung und ihrer Expertise zu meinem Thema – jedes Interview für sich war ein besonders wertvolles Gespräch.

Große Dankbarkeit gilt meiner Kollegin im Team der Grillparzerschule Isabella Sandmeier, BEd, MEd für ihr offenes Ohr, ihre kritischen Fragen und inspirierenden Gedanken sowie meiner langjährigsten Freundin, Mag.ª Simone Füreder für ihren Zuspruch, die Gespräche und ihren beständigen Support.

Danke an Martin Bruner aka *Sombrero Design* für den kreativen Gedankenaustausch und das zeichnerisch, künstlerische umsetzten meines Themas in der Gestaltung der in der Arbeit zu findenden Illustrationen. Manches lässt sich durch Bilder besser beschreiben als durch Worte und Literaturbelege.

An dieser Stelle gilt der größte Dank meiner gesamten Familie, die mir die Zeit schenkte, mich dieser Arbeit zu widmen. Meinen Eltern danke ich für ihre unermüdliche Bereitschaft, sich als leidenschaftliche Großeltern in der Kinderbetreuung einzubringen.

Ein besonders liebevolles Dankeschön gilt meinem Lebens- und Familienpartner, Dr. Christopher Mairhofer. Sein Ansporn, sein Engagement in der Familie, die Unterstützung auf allen Ebenen dieser Arbeit und seine Geduld haben mich durch diese Herausforderung getragen. Ich danke auch meinen beiden Söhnen Laurenz und Julius für die nötige Ablenkung. Ohne sie wäre die Zeit während dieser Arbeit nicht so lebendig geblieben.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung ... 1

2. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ... 4

2.1 Historische Einordnung der ADHS ... 5

2.2 Definition und Klassifikation der ADHS ... 6

2.3 Prävalenz der ADHS ... 7

2.4 Symptome der ADHS ... 9

2.5 Ursachen der ADHS ... 10

2.6 Komorbide Störungen bei ADHS ... 12

2.7 ADHS-Diagnostik ... 14

2.8 Interventionen bei ADHS ... 15

2.9 Verlauf der ADHS ... 17

2.10 Positive Aspekte der ADHS-Symptomatik ... 19

3. Lese-/Rechtschreibstörung (LRS) ... 21

3.1 Historische Einordnung der LRS ... 21

3.2 Definition und Klassifikation der LRS ... 23

3.3 Abgrenzung „*Schwäche*“ und „*Störung*“ ... 24

3.4 Prävalenz der LRS ... 25

3.5 Symptome der LRS ... 26

3.6 Ursache der LRS ... 27

3.7 Komorbide Störungen bei LRS ... 28

3.8 LRS-Diagnostik ... 30

3.9 Interventionen bei LRS ... 33

3.10 Verlauf der LRS ... 34

4. Zusammenhang und Folgen von ADHS & LRS 37

4.1 Ursache des Zusammenhangs 38

4.2 Teufelskreis ADHS und LRS 40

5. Schulische Erfolgsfaktoren für ADHS und LRS 42

5.1 Grundlegende Faktoren für erfolgreiches Lernen 43

5.2 Faktoren für schulisches Gelingen mit ADHS 45

5.3 Faktoren für schulisches Gelingen mit LRS 48

5.4 Faktor Elternarbeit 51

5.5 Unterrichtsmittel zum Thema ADHS und LRS 53

6. Empirie 56

6.1 Forschungsdesign & Forschungsfrage 56

6.2 Auswahl der Expertinnen und Experten 57

6.3 Auswertung und Inhaltsanalyse 59

7. Darstellung der Ergebnisse 61

7.1 Früherkennung und Diagnostik 61

7.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede 67

7.3 Bedürfnisse betroffener Kinder und ihrer Eltern 69

7.4 Pädagogisch interdisziplinäre Handlungsmöglichkeiten 77

8. Diskussion 89

Literaturverzeichnis 98

Abbildungsverzeichnis 105

Tabellenverzeichnis 105

Anhang 106

1. Einleitung

In der vorgelegten Masterthese zum Abschluss des Hochschullehrgangs *Verhaltensauffälligkeiten und Schule* wird sowohl theoretisch als auch empirisch eine im Primarschulbereich relevanten Kombination aus Verhaltens- und Leistungsstörung untersucht. Die Forschungsfrage der Arbeit sowie deren Aufbau und das Ziel sind untenstehend dargestellt.

Problemstellung und Forschungsfrage

Die wissenschaftliche Arbeit beschäftigt sich im breiten Spektrum der Verhaltensauffälligkeiten näher mit der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Kombination mit der Lese-/Rechtschreibstörung (LRS). Diese Kombination stellt in der Praxis eine besondere Herausforderung dar, wie ich in meiner Lehrtätigkeit beobachten konnte: Kinder mit diesen Besonderheiten bringen Lehrkräfte und Eltern an ihre Grenzen und bedürfen besonderer Aufmerksamkeit, um ihr Potenzial erfolgreich entfalten zu können. Den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet die zentrale Forschungsfrage:

Wie kann eine erfolgreiche Begleitung von Kindern und ihren Familien mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und einer Lese-/Rechtschreibstörung im Kontext Schule gelingen?

Aufbau und Ziel der Arbeit

Um eine fundierte theoretische Basis zu schaffen, werden zunächst die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und die Lese-/Rechtschreibstörung im Einzelnen betrachtet. Später wird auf das kombinierte Auftreten von ADHS und LRS und dessen möglichen Auswirkungen eigegangen. Des Weiteren werden Erfolgsfaktoren für die Arbeit mit Kindern, die von ADHS und LRS betroffen sind, sowie für die Beratung und Zusammenarbeit mit ihren Eltern gesucht. Im Forschungsteil der Arbeit werden Expertinnen und Experten unterschiedlicher Berufsfelder umfassend zu dieser Thematik und zum Umgang mit ADHS und LRS im Kontext Schule befragt.

Abschließend findet im Diskussionsteil die Verknüpfung von Theorie und Forschung sowie die Beantwortung der Forschungsfrage Platz.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist einerseits, die Aufarbeitung der aktuellen Fachliteratur zur Einordnung von Auffälligkeiten, um frühzeitige und angemessene Interventionen einzuleiten, und andererseits, Wissen über schulische Erfolgsfaktoren für die Arbeit und Begleitung von Kindern mit ADHS und LRS zu schaffen. Das Anliegen dieser Arbeit ist es außerdem, herauszuarbeiten, wie ungünstige Entwicklungen im Bildungsweg durch Verhaltensauffälligkeiten und unentdeckte Teilleistungsschwächen vermieden werden können, um schulischen Misserfolg zu verhindern und betroffenen Kindern den Bildungsweg zu ermöglichen, der ihrem kognitiven Potenzial entspricht.

Definition

In der vorliegenden Arbeit wird die Schnittmenge zwischen emotionalen Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Teilleistungsschwächen untersucht. Im Zentrum stehen dabei die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beziehungsweise die Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) als Beispiele für Verhaltensauffälligkeiten sowie die Lese-/Rechtschreibstörung (LRS) als Beispiel für Teilleistungsschwächen.

In dieser Arbeit wird, wie in der Fachliteratur gängig, die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung auf das Akronym ADHS gekürzt. Die Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität, kurz ADS ist in der Nennung ADHS miteingeschlossen. Die Lesestörung sowie die Rechtschreibstörung als auch die kombinierte Lese-/Rechtschreibstörung werden als LRS angeführt und schließt alle drei Erscheinungstypen mit ein.

Um sich dem Thema zu nähern, ist zu Beginn die Auseinandersetzung mit der Definition und Einordnung der Begrifflichkeiten unumgänglich, dazu werden folgende, national und international anerkannte Quellen herangezogen.

Für die Beschreibung und diagnostischen Einordnung von Krankheiten oder Störungen sind zwei international anerkannte Klassifikationssysteme bedeutend. Einerseits das von der American Psychiatric Association herausgegebene *Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders, in aktuell 5. Auflage, kurz das *DSM-5* (Falkai & Döpfner, 2015). Andererseits die von der Weltgesundheitsorganisation, der WHO (World Health Organization) publizierte *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, in aktuell 10. Version, kurz die *ICD-10* (Dilling et al., 2015). Mit 2022 ist die 11. Version der ICD in Kraft getreten, befindet sich jedoch noch in Revision und soll ab 2027 das ICD-10 ablösen. Anhand dieser beiden Klassifikationssysteme werden die für diese Arbeit relevanten Störbilder eigeordnet und beschrieben.

Ergänzend wurden außerdem die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) herausgegeben S3-Leitlinien für ADHS und für LRS herangezogen. Die interdisziplinären, evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinien richten sich an Berufsgruppen wie Fachärzte/Fachärztinnen, Psychologen/Psychologinnen, Pädagogen/Pädagoginnen und Therapeuten/Therapeutinnen, die an der Prävention, Diagnostik und Behandlung beteiligt sind. Die Bezeichnung *S3* ist als Qualitätssiegel, der darin empfohlenen Maßnahmen, zu verstehen, da sie eine systematische Entwicklung, wie beispielsweise Entscheidungsanalysen, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfungen durchlaufen haben. Die Leitlinien werden laufend überarbeitet und erscheinen alle fünf Jahre in aktualisierte Version. Für ADHS wird die S3-Leitlinie für *Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jungend- und Erwachsenenalter* (AMWF, 2017) und für LRS die S3-Leitlinie für *Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese-/Rechtschreibstörung* (AMWF, 2015) zitiert.

Für den Bezug zum schulischen Kontext in Österreich werden sowohl aktuelle Erlässe und Rundschreiben des *Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung* als auch Publikationen und Handreichungen zum Themenfeld ADHS und LRS herangezogen.

2. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Bevor die Thematik ADHS näher betrachtet wird, gilt es der kontroversen Frage „*Gibt es AHDS überhaupt?*“ nachzugehen. Kaum eine Diagnose wird so kritisch in Frage gestellt und heiß diskutiert wie die der ADHS. In der Fachliteratur nehmen Expertinnen und Experten Positionen auf konträren Standpunkten ein. So sind sich beispielsweise Döpfner, Frölich, Barkley und viele andere internationale Forscher und Forscherinnen, die unter anderem in dieser Arbeit zitiert werden, einig, dass ADHS eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist (Barkley, 2015; Döpfner et al., 2013; Frölich et al., 2021). Hingegen beziehen etwa Schmidt und Hüther die kritisch, oppositionelle Position. Sie hinterfragen sowohl das Konstrukt-ADHS als auch die Ursachen sowie die Funktion medikamentöser Behandlungsmethoden und fordern die Abschaffung des Begriffs ADHS (Hüther & Bonney, 2019; Schmidt, 2019). Eine weitere Perspektive im Spannungsfeld dieser Thematik bringen Lachenmeier, Spitzer oder Grolimund und Rietzler, die sich für das Erkennen der positiven Aspekte, verborgenen Talente und Stärken der ADHS Symptomatik einsetzten (Spitzer, 2010; Rietzler & Grolimund, 2023; Spitzer, 2010; Lachenmeier, 2024).

Es wird deutlich, dass dieses komplexe, polarisierende Thema nur schwer zu umreißen ist. Für die Auseinandersetzung in der vorliegenden Arbeit wird keine kritische Haltung zu ADHS angenommen. Es werden wissenschaftliche Erkenntnisse der Fachliteratur, die sich auf die in DSM-5 und in ICD-10 zugrunde gelegten Diagnosekriterien beziehen, recherchiert und verglichen. Es wird davon ausgegangen, dass der in dieser Arbeit beschriebene Kenntnisstand über die sehr weitreichende Thematik ADHS ein knapper Überblick der aktuellen Forschungslage ist und dass sich das Wissen um Ursache, Diagnostik als auch Behandlung von ADHS durch noch nicht entdeckte Erkenntnisse künftiger wissenschaftlicher Forschungsergebnisse Veränderungen bringen kann.

2.1 Historische Einordnung der ADHS

Bischkopf und Bischkopf (2016, S. 15ff) erläutern umfassend die Entwicklungsgeschichte der Störung, wobei erste Beschreibungen der Symptome bereits in der Kindergeschichte über „*Zappelphilipp*“ von Hoffmann aus dem Jahr 1845 zu finden sind. Hingegen ist die Geschichte des ADHS in der Medizin eine kurze. Obwohl es Beschreibungen der Symptome bereits länger gab, setzte sich erst 1960 der Kinder- und Jugendpsychiater Eisenberg für die Aufnahme einer Kategorie in das *DSM der American Psychiatric Association* ein. Jahre später wird der amerikanische Psychiater für seine „Beichte auf dem Sterbebett“ bekannt, in der er einem Journalisten gestanden haben soll, dass ADHS ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Krankheit sei (Gerspach, 2014, S. 23). Bischkopf und Bischkopf (2016) erklären, dass in der dritten Auflage des DSM im Jahr 1980 erstmals die „Störungen mit Aufmerksamkeitsdefizit“ klassifiziert und unter dem Namen *Hyperkinetisches Syndrom* und *Minimale cerebrale Dysfunktion* genannt wurde. In dieser dritten Auflage des DSM wurde zeitgleich zum ersten Mal die Lese-/Rechtschreibstörung aufgenommen. Die getrennte Definition von Lernstörung und ADHS war ein bedeutender Schritt für die diagnostische Klarheit. Polarisierende Stimmen hinsichtlich der Diagnose gibt es seit jeher. Kritiker sehen die Umwelt, die zu wenig Toleranz und Spielraum gibt, als nicht kindgerecht, andere meinen, dass die Anforderungen der Gegenwart, der Medienkonsum und die Informationsflut es Kinder schwer mache Impulse zu steuern und die Aufmerksamkeit zu kontrollieren (Bischkopf & Bischkopf, 2016, S. 15–27) . Desgleichen beschreiben Rietzler und Grolimund die Veränderungen in der Erwartungshaltung und der Umwelt der letzten Jahrzehnte. Die Reizoffenheit ist nur dann ein Problem, wenn es das Ziel ist, sich auf nur eine Aufgabe zu fokussieren, und Hyperaktivität ist nur dann hinderlich, wenn Stillsitzen erforderlich wird. Die Entwicklung zu vorrangig sitzenden, kopflastigen Tätigkeiten, längeren Ausbildungszeiten und weniger praxisorientierten Berufen führt zu einer Veränderung der Anforderungen an die Arbeitskräfte. Zusätzlich schaffen die höhere Ablenkbarkeit durch Medien sowie Bewegungs- und Schlafmangel für Menschen mit ADHS in der gegenwärtigen Zeit vermehrt zusätzliche Schwierigkeiten (2023, S. 25f). Dass heute mehr ADHS

Diagnosen gestellt werden, liegt laut Gawrilow et al. (2022, S. 27) nicht daran, dass es heute mehr Kinder in der Bevölkerung mit der Symptomatik der ADHS gäbe, sondern einerseits am gesellschaftlichen Fokus, der auf Verhaltensstörungen von Kindern gerichtet ist und andererseits an der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten zur Feststellung von ADHS. Seit dem Jahr 2004 fordern internationale Fachexperten außerdem eine gewissenhafte und wissenschaftlich korrekte Darstellung von ADHS in den Medien (Bischkopf & Bischkopf, 2016, S. 15–27).

2.2 Definition und Klassifikation der ADHS

Unter Auffälligkeiten des Verhaltens im Kindesalter unterscheidet man zwischen *internalisierenden*, nach innen gerichtete für die Außenwelt nur bedingt wahrnehmbare Störungen und *externalisierenden* Störungen, bei welchen die Auffälligkeiten nach außen gerichtet sind. In der Gruppe der *internalisierenden Störungen* findet man im schulischen Kontext unterschiedliche Angststörungen und affektive Störungen wie zum Beispiel die Depression. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DSM-5) beziehungsweise die Hyperkinetische Störung (ICD-10) werden unter anderem zu der Gruppe der *externalisierenden Störungen* im Grundschulalter gezählt (Schneider & Popp, 2020, 15ff).

Zur Klassifikation und Einordnung von Krankheiten können zwei Manuale herangezogen werden, anhand welcher Ärzte Diagnosen stellen. Das DSM-5 ist im Gegensatz zum ICD-10 ein rein auf psychische Störungen bezogenes Diagnosesystem, welches einerseits detaillierter beschreibt und andererseits näher am aktuellen Stand der Forschung ist. In der künftigen Ausgabe des ICD-11 sind die Diagnosekriterien des ADHS an den DSM-5 angepasst (Gawrilow et al., 2022, S. 18). Einen Unterschied zwischen den Manualen findet man in den Namen des Störbildes, wie in folgenden Überschriften sichtbar wird.

Hyperkinetische Störung nach ICD-10

Im Kapitel V des ICD-10 finden sich Psychische- und Verhaltensstörungen (F00-F99), in dessen Unterkapitel die Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) zu finden sind. Unter dem Code F90 ist die Hyperkinetische Störung (kurz HKS) eingetragen. Es werden zwei Diagnosen unterschieden:

F90.0 Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung

F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (Dilling et al., 2015)

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung nach DSM 5

Der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung wird auf das Akronym ADHS beziehungsweise ADS, wenn die Störung ohne Hyperaktivität auftritt, gekürzt. Abhängig davon, welche Merkmale der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung am stärksten ausgeprägt sind, gliedert das DSM-5 die Störung in drei Typen:

- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ
- vorwiegend unaufmerksamer Typ
- kombiniertes Erscheinungsbild (Gawrilow et al., 2022, S. 19)

Beide Klassifikationssysteme unterscheiden sich nur unwesentlich in der Definition einzelner Kriterien, allerdings in Anzahl und Kombination der Kriterien, die für die Diagnosestellung relevant sind. Der DSM-5 fordert im Gegensatz zum ICD-10 einen Beginn der Symptome nicht bis zum sechsten, sondern erst bis zum zwölften Lebensjahr (Frölich et al., 2021, S. 12).

2.3 Prävalenz der ADHS

Falkai und Döpfner (2015, S. 81) geben im DSM-5 laut epidemiologischen Studien eine weltweite Prävalenz von circa 5 % bei Kindern und 2,5 % bei Erwachsenen an. Aktuelle Prävalenzzahlen zu psychischen Gesundheitsproblemen von Jugendlichen in Österreich wurden 2017 im *European Child & Adolescent Psychiatry Journal* veröffentlicht. Darin berichten Wagner et al., dass 9,3 % der Stichprobe von 3615

Studienteilnehmern in der Altersgruppe 10–18 Jahre eine neurologische Entwicklungsstörung zeigten, wovon 5,2 % von einer ADHS betroffen waren. Born und Oehler heben hervor, dass ADHS international zu den häufigsten Erkrankungen zählt, warum Kinder und Jugendliche bei Fachärzten/Fachärztinnen oder Therapeuten/Therapeutinnen vorstellig werden (2019, S. VIII).

Es muss erwähnt werden, dass, abhängig davon welches Klassifikationssystem verwendet wird, die erhobenen Prävalenzwerte variieren können (Frölich et al., 2021, S. 20).

ADHS im Verhältnis Buben : Mädchen

Im Störungsbild der ADHS erkennt man einen nennenswerten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der DSM 5 (Falkai & Döpfner, 2015) berichtet, dass ADHS bei männlichen Menschen häufiger auftritt als bei weiblichen. Bei Kindern zeigt sich das im Verhältnis von circa 2 : 1 und bei Erwachsenen in etwa 1,6 : 1. Mädchen zeigen dabei häufiger internalisierende Störungen, während neurologische Entwicklungsstörungen sowie störende, impulsivitäts- und verhaltensbedingte Störungen bei Jungen häufiger vorkamen (Wagner et al., 2017).

ADHS und Mädchen

Die deutsche Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie Neuy-Lobkowicz setzt sich im *Fachmagazin neuro.aktuell* (März 2023) näher mit dem Thema Mädchen und ADHS auseinander. Sie beschreibt, dass ADHS in der Kindheit bis zu 80 % bei Jungen diagnostiziert wird, obwohl die Prävalenz im Erwachsenenalter geschlechtsgleich ist. Der Grund dafür liegt in den ADHS-Fragebögen, die eher auf hyperaktive Symptome, die häufiger bei Buben auftreten, ausgerichtet sind. Mädchen erreichen oft nicht die erforderlichen Diagnosekriterien für ADHS und werden fälschlicherweise als negativ diagnostiziert. Erwachsene Männer werden häufiger diagnostiziert, weil sie eher externalisierte Störungen wie Delinquenz und Suchterkrankungen zeigen. Frauen dagegen leiden meist an internalisierten Störungen wie Depressionen und Angststörungen und zeigen subtilere Symptome wie Verträumtheit und Ablenkbarkeit. Diese Symptome werden häufiger übersehen. Insbesondere

bei Mädchen in unterstützenden Familienumgebungen wird eine ADHS erst im Erwachsenenalter offensichtlich, wenn Eigenständigkeit und Selbstorganisation gefragt sind (A. Neuy-Lobkowicz, 2023).

2.4 Symptome der ADHS

Kinder mit ADHS zeigen im schulischen Setting neben den weiter untenstehenden beschrieben Kernsymptome in ICD-10 und DSM-5 nach Brandau und Pretis folgende Anzeichen:

- fehlende Hausübungen und unfertige Aufgaben
- schlechtes Lernverhalten
- vergessen von Materialien und Unterlagen
- unzureichende Vorbereitung auf Tests und Schularbeiten
- fehlende Eigenständigkeit im Bitten um Hilfe oder Erklärung
- unleserliches Schriftbild
- störendes Verhalten im Unterricht
- Häufiges geraten in Konflikte wegen schwacher Impulskontrolle
- fehlende Ausdauer für Übung und Wiederholung
  (Brandau & Pretis, 2009, S. 91)

Symptome der Hyperkinetischen Störung (HKS) ICD-10

- meist früher Beginn in den ersten fünf Lebensjahren
- geringe Ausdauer bei Beschäftigungen mit kognitivem Einsatz
- Tendenz von Tätigkeit zu Tätigkeit zu springen
- wenig Selbstregulation
- hoher Aktivitätsdrang

Darüber hinaus können Kinder mit Hyperkinetischer Störung achtlos und impulsiv sein, zu Unfällen neigen und wegen ihres Verhaltens bei anderen Kindern unbeliebt sein. Häufig zeigt sich eine Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, eine motorische oder sprachliche Entwicklungsverzögerung. Dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl können Sekundärprobleme sein (Dilling et al., 2015).

Symptome der Aufmerksamkeitsdefizitstörung DSM-5

Die drei Kernsymptome der ADHS beschreiben Gawrilow et al. (2022, S. 17f) in Anlehnung an das DSM-5 wie folgt:

Unaufmerksamkeit

- häufige Flüchtigkeitsfehler
- Aufmerksamkeit über längeren Zeitraum aufrechterhalten
- kann Aufgaben nicht oder nicht vollständig zu Ende bringen
- Vermeidung von Aufgaben mit längerer kognitiver Anstrengung
- leicht Ablenkbar durch äußere Reize
- bei Routineaufgaben vergesslich

Impulsivität

- kann Wortbeiträge und Antworten nicht zurückhalten und zuhören
- hat Schwierigkeiten abzuwarten
- unterbricht und stört häufig

Hyperaktivität

- kann schwer stillsitzen, zappelt viel mit Händen und Füßen
- steht auf und läuft herum während andere ruhig Sitzen
- ist ständig in Bewegung, erscheint wie „getrieben“

(Gawrilow et al., 2022, S. 17f)

Born und Oehler konkretisieren, dass der Kernsymptomatik der ADHS oft schulische Lern- und Leistungsprobleme folgen, die wiederum die Grundsymptomatik verstärken können. Die geringe Aufmerksamkeit, die Filterschwäche und ein begrenzter Arbeitsspeicher machen es schwer, den schulische Anforderungen gerecht zu werden (Born & Oehler, 2019, S. 61). Wiederholt erlebte Misserfolge beeinflussen das Selbstwertgefühl und das soziale Verhalten negativ (2019, S. IX).

2.5 Ursachen der ADHS

Nach aktuellem Stand der Forschung lässt sich das Entstehen der ADHS nicht auf eine Ursache zurückführen, sondern auf ein komplexes Zusammenspiel vieler

Faktoren und ihre Entwicklungsbedingungen (Mackowiak & Schramm, 2016, S. 29ff). Genannt werden einerseits genetische Prädispositionen und Störungen der Gehirnfunktion, die wiederum zu einer höheren Vulnerabilität beitragen, als auch Umwelt- und psychosoziale Faktoren, die für die Symptomausprägung und den Schweregrad verantwortlich sind (Frölich et al., 2021, S. 31f).

Döpfner und Schürmann (2017, S. 41) beschreiben im multifaktoriellen Geschehen Funktionsstörungen des Gehirns als Hauptursache, welche möglicherweise durch Komplikationen während Geburt und Schwangerschaft, die Nahrung oder erbliche Faktoren ausgelöst werden können.

Mackowiak und Schramm (2016, S. 30f) heben in der Entstehung von Funktionsstörung des Gehirns besonders die Bedeutung der Vererbbarkeit hervor, welche in Familie- und Zwillingsstudien belegte werden konnte. Faraone et al. (2005) verglichen 20 Zwillingsstudien in Europa, Australien und den USA, sie kommen auf eine Schätzung der Vererbbarkeit von 76 %. Der erbliche Faktor, sprich die genetische Prädisposition, spielt bei der Entwicklung von ADHS nach aktuellem Forschungsstand die bedeutendste Rolle.

Als inzwischen wissenschaftlich erwiesene, nachrangige Faktoren nennen Döpfner und Schürmann (2017, S. 42) Komplikationen bei der Geburt und in der Schwangerschaft, während ein geringes Geburtsgewicht sowie Konsum von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft auf ein erhöhtes Risiko für ADHS hinweisen. In Studien zur Ursachensuche in unserer Nahrung, insbesondere Zucker, Phosphate und Nahrungsmittelzusätze konnte bisher kaum ein Zusammenhang mit der Entstehung von ADHS belegt werden (Döpfner & Schürmann, 2017, S. 44).

Psychosoziale Faktoren wie der sozioökonomische Status der Familie, die eventuelle eigene ADHS-Problematik der Eltern, Interaktion mit Lehrpersonen und Gleichaltrigen, der Erziehungsstil, bis hin zur gesellschaftlichen Wertesetzung sind für die Entwicklung der ADHS insofern von großer Bedeutung, da sie zur Verschärfung der Problematik beitragen können, welche die Ausprägung der Symptome und den Verlauf der Auffälligkeiten, die zu weiteren Problemen führen können, maßgeblich beeinflussen (Mackowiak & Schramm, 2016, S. 30f).

2.6 Komorbide Störungen bei ADHS

Unter Komorbidität ist das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Krankheiten zu verstehen. Mackowiak und Schramm (2016, S. 23) stellen fest, dass das Störbild ADHS selten alleine auftritt, sondern sehr häufig gemeinsam mit weiteren Krankheiten wie psychischen Störungen oder nicht klinische relevanten Begleitproblemen anzutreffen ist. Die S3-Leitlinie (siehe Kapitel 1.3) gibt an, dass etwa bei 85 % der Betroffenen eine zusätzliche komorbide psychische Erkrankung besteht (AMWF, 2017, S. 25). Die auftretenden Störungen entwickeln sich entweder als Folge der ADHS wenn keine ausreichende Behandlung stattgefunden hat, oder liegen gleichzeitig aber unabhängig der ADHS vor (Frölich et al., 2021, S. 25).

Döpfner et al. (2013, S. 7ff) und Kahl (2012, S. 57ff) geben untenstehend einen Überblick über die Häufigkeit der Begleitstörungen bei ADHS.

- *Lese-/Rechtschreibstörung*

  Die LRS ist mit einer Komorbidität von 8–39 % eine der häufigsten Störungen bei ADHS im Kindesalter und tritt familiär gehäuft auf. Durch die ADHS-Symptomatik entsteht einerseits eine Verzögerung im Lernen andererseits verursacht die fehlende Impulskontrolle vermehrt Flüchtigkeitsfehler. Leistungsdefizite trotz intellektueller Grundbegabung sind die Folge.

- *Umschriebene Entwicklungs-, Lern- und Teilleistungsstörungen*

  Hier werden mit einer Prävalenz von 40 % sowohl LRS und die Rechenstörung als auch motorische und sprachliche Entwicklungsstörungen genannt. Im Schulalter treten Teilleistungsstörungen gehäuft auf, wobei diagnostisch zu prüfen ist, ob die Lernstörung als Folge von ADHS oder unabhängig der ADHS gleichzeitig auftritt. Kinder mit einer ADHS-Diagnose würden auf Grund der Symptomatik der Störung bei IQ-Tests bis zu 15 Punkte schlechter abschneiden.

- *Oppositionelle, aggressive oder dissoziale Verhaltensstörung*

  Bei 50 % der Kinder im Alter unter 12 Jahren mit ADHS tritt auch eine oppositionelle, aggressive oder dissoziale Verhaltensstörung auf. Im Jugendalter ist ein

Rückgang auf ein Drittel zu beobachten. Früh auftretende komorbide Störungen des Sozialverhaltens erhöhen die Gefahr für die Entwicklung von Delinquenz, Substanzmissbrauch und einer dissozialen Persönlichkeitsstörung.

- *Depressive Störung*

Mit einer Prävalenz von bis zu 40 % treten depressive Symptome gemeinsam mit ADHS auf. Gründe dafür sind andauernden Misserfolgserlebnisse, ein schwacher Selbstwert und geringes Selbstwirksamkeitsbewusstsein.

- *Angststörungen*

Angststörungen treten mit einer Prävalenz von bis zu 40 % komorbid auf. ADS-Kinder zeigen eine eher introvertierte, ängstliche Grundnatur und sind vulnerabler, (Schul-) Ängste zu entwickeln. Hingegen laufen ADHS-Kinder oft Gefahr, in der Diagnostik übersehen zu werden.

Des Weitere im Zusammenhang mit ADHS beschriebene Komorbiditäten sind Substanzmissbrauch und Computerspielsucht mit einer Prävalenz von 40 %, Tic-Störungen und Tourette-Syndrom mit 30 % Zwangsstörungen (Döpfner et al., 2013, S. 7). Darüber hinaus nennt Kahl (2012) motorische Entwicklungsstörungen mit einer Komorbidität von 30–50 %, Autismus-Spektrum-Syndrom mit einer Komorbidität von bis zu 50 %, als auch auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen, schulische Über- oder Unterforderung sowie Absencen-Epilepsie.

Frölich et al. (2021, S. 27) schlussfolgern, dass Komorbiditäten der Normalfall sind und es wichtig ist zu erkennen, dass häufig nicht nur das *eine* Störbild, sondern häufig zwei oder sogar drei Störbilder zusammenkommen. Für die Planung der pädagogisch-therapeutischen Intervention hat die Identifizierung und Abgrenzung der einzelnen Störungen eine entscheidende Bedeutung.

Sekundärsymptomatik bei ADHS

Als häufige Begleit- oder Folgeerscheinungen einer AHDS beschreiben Born und Oehler (2019, S. 9), Lern- und Leistungsprobleme trotz normaler Intelligenz im schulischen Bereich. Der DSM 5 (Falkai & Döpfner, 2015) bestätigt ebenfalls, dass ADHS zu geringerer Leistung und geringerem Erfolg in der Schule führt. Weitere

Sekundärsymptome im späteren Lebensverlauf sind höheres Risiko für Arbeitslosigkeit, vermehrte interpersonelle Konflikte sowie die Gefahr, eine Störung des Sozialverhaltens und in Folge eine Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Außerdem werden im Zusammenhang mit ADHS erhöhtes Unfallrisiko, Substanzmissbrauch, Adipositas und Gefängnisstrafen genannt (Falkai & Döpfner, 2015, S. 83).

2.7 ADHS-Diagnostik

Im Prozess der Abklärung einer ADHS wird differenzialdiagnostisch vorgegangen. Das bedeutet, es muss geklärt werden, ob die beschriebenen Symptome nicht durch eine andere Diagnose als die der ADHS begründbar sind (Frölich et al., 2021, S. 27). Sowohl der ICD-10 bzw. 11 als auch der DSM-5 fordern das Erfüllen der folgenden drei Kriterien als Bedingung einer ADHS Diagnosestellung (Gawrilow et al., 2022, S. 20).

- Das problematische Verhalten besteht seit mindestens sechs Monaten.
- Die Symptome zeigen sich in mehreren Lebensbereichen zugleich.
- Die aus dem Verhalten folgenden Beeinträchtigung sind so hoch, dass sie in der schulischen Leistung oder in sozialen Beziehungen zu deutlichem Leiden führen.

Folgende Empfehlungen der S3-Leitlinie (S3 Leitlinie, 2017, S. 11ff) sind für Lehrpersonen in der Arbeit mit Grundschulkindern im schulischen Kontext relevant:

- *„Werden Lern-, Leistungs- oder Verhaltensproblemen, andere psychische Störungen, Hinweise auf Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentration oder erhöhte Unruhe oder Impulsivität beobachtet, sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass eine ADHS vorliegt und eine entsprechende Abklärung veranlasst werden."*

- *„Die Diagnose einer ADHS sollte durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche, oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung und Fachwissen in der Diagnostik von ADHS durchgeführt werden."*

- *„Koexistierende Störungen treten bei ADHS häufig auf und können sich ungünstig auf die Prognose auswirken und spezielle therapeutische Maßnahmen erfordern. Am häufigsten treten oppositionelles*

Trotzverhalten (bei Kindern) und andere Störungen des Sozialverhaltens, Tic-Störungen, umschriebene Entwicklungsstörungen (der Motorik, der Sprache, der schulischen Fertigkeiten), Angststörungen, depressive Störungen, Autismus-Spektrum-Störungen und ab dem Jugendalter Substanzkonsumstörungen und Persönlichkeitsstörungen auf und sollen beachtet, bei entsprechenden Hinweisen abgeklärt und entsprechend der jeweiligen Leitlinie behandelt werden."

Besteht bei einem Schulkind der Verdacht auf ADHS, sollen Lehrpersonen das Gespräch mit den Bezugspersonen des Kindes suchen und die Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung geben. Die Diagnostik ist zeitaufwändig und benötigt eine Reihe an diagnostischen Methoden wie die Erfassung der Krankheitsgeschichte, die Anamnese des Verhaltens in unterschiedlichen Umgebungen, eine Leistungsdiagnostik mittels Intelligenztest, eine Aufmerksamkeitsdiagnostik, die Erfassung der emotionalen Verfassung des Kindes und neurologische Untersuchungen. Pädagoginnen und Pädagogen können den diagnostischen Prozess durch Auskunft über Lern- und Sozialverhalten des Kindes unterstützen (Gawrilow et al., 2022, 21f). Die Bedeutung der Diagnostik für das Kind und seine weitere Entwicklung unterstreichen Rietzler und Grolimund sehr treffend mit diesen Worten:

„Je genauer man weiß, welche Probleme vorliegen, desto passender wird die Lösung ausfallen. In diesem Sinne nimmt eine Diagnose dem Kind nichts von seiner Individualität, sondern soll im Gegenteil dabei helfen, die Lösung dem Kind anzupassen." (Rietzler & Grolimund, 2023, S. 29)

2.8 Interventionen bei ADHS

Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, ist die Diagnostik bedeutend für die individuelle Planung einer Intervention. Dies ist auf therapeutischer Ebene unabdingbar, aber auch für die Schule und das Verständnis des sozialen Umfelds des Kindes aufschlussreich. *„Nur wenn ich weiß, warum ich so bin, kann ich bewusst etwas dagegen tun"* (Simchen, 2015, S. 31). Simchen betont, dass zu Beginn einer Intervention die Problemanalyse stehen muss, in der neben den Problemen auch die Stärken deutlich werden, die als Motor und positiver Antrieb in der Behandlung dienlich sind (2015, S. 31).

Mögliche Interventionen bei ADHS beschreiben Gawrilow et al. (2022, 24f) in folgendem Überblick.

Tabelle1. *Überblick Behandlungsmaßnahmen ADHS* (Gawrilow et al., 2022, S. 24)

Ansatz	Inhalt	Ziel
Psychoedukation Beratung	Information zu Störungsbild und Behandlungsmöglichkeiten.	Aufklärung und Wissen um die Störung. Steigerung der Compliance für Folgetherapien. Unterstützung bei der Entwicklung von Coping-Strategien.
Medikation	Verschreibung von Pharmazeutika mit den Wirkstoffen Methylphenidat (*Ritalin®, Medikinet®, Concerta®*) oder Atomoxetin (*Strattera®, Agakalin®*).	Schulische- und Verhaltenstherapeutische Maßnahmen können besser umgesetzt werden. Reduzierung der AHDS-Symptomatik während der Medikamentösen Wirkdauer.
Kognitive Verhaltenstherapie	Erlernen von Strategien zur: Selbstregulation, Selbstinstruktion und Selbstmanagement.	Steigerung der Verhaltenskontrolle
Elterntraining	Kommunikationstechniken, Problemlösestrategien und Auszeit Prozeduren.	Förderung des Kindes innerhalb der Familie, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Bewältigungsstrategien für Alltagssituationen, Entwicklung eines effektiven Erziehungsstils.
pädagogisch-psychologisches-Funktionstraining	Konzentrationstraining, Gedächtnistraining und Training von Lernstrategien.	Steigerung des Arbeitsverhaltens

Zur Wirksamkeit der Interventionsmethoden berichten Gawrilow et al. (2022, S. 32), dass die Kombination aus Verhaltenstherapie und Medikation die besten Erfolge zeigte. Das ließ sich in Bezug auf die Entwicklung der schulischen Fertigkeiten, die Eltern-Kind-Beziehung, die Sozialkompetenzen und das Auftreten komorbider Symptome wie Angst, Depression oder Aggression feststellen. Begründung findet

dieser Ansatz in der viel zitierten MTA-Studie, bei der es sich um die größte Behandlungsstudie zu dem Krankheitsbild ADHS aus dem Jahr 1999 in den USA handelt. Es wurden verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und ihre Effektivität erforscht. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass bei einer Kombinationstherapie eine geringere medikamentöse Dosis nötig war, um eine optimale Symptomverbesserung zu erzielen (Born & Oehler, 2019, S. IX).

Gawrilow et al. (2022, S. 33f) ergänzen, dass nach späteren Analysen der MTA-Studie angemerkt werden muss, dass Nebenwirkungen einer Langzeitmedikation nicht zu unterschätzen seien. Weiters stellen sie fest, dass sich die Wirksamkeit der Behandlung nur in den Anfangsmonaten unterscheidet, nach einem halben Jahr Behandlungszeit seien die Unterschiede der Wirksamkeit zwischen den einzelnen Behandlungsmaßnahmen nicht mehr eindeutig feststellbar, da standardisierte Langzeituntersuchungen im Alltag nicht den laborexperimentellen Bedingungen gleichen. Weitere wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen bei ADHS sind noch dringend erforderlich.

Hoberg (2018) erläutert, dass Untersuchungen zufolge die multimodale Behandlung am erfolgversprechendsten zeigt, da die verschiedenen Symptome gleichzeitig von unterschiedlichen Seiten angegangen werden. Die multimodale Form der Behandlung erfolgt primär durch Elterntrainings und Psychoedukation über die Eltern, als auch durch das Umfeld via Interventionen in der Schule. Das Kind wird zudem von klinischen Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oder Kinderpsychiaterinnen/Kinderpsychiater therapiert. Die an der Behandlung Beteiligten müssen stets gut untereinander vernetzt sein (S. 70f).

2.9 Verlauf der ADHS

Eine ADHS verläuft meist chronisch, aber die Symptome der ADHS verändern sich im Laufe der Entwicklung. Bleibt eine Behandlung aus, besteht die Gefahr weitere psychische Störungen, körperliche Erkrankungen als auch allgemeine Lebensprobleme zu entwickeln (AMWF, 2017, S. 12f; Mackowiak & Schramm, 2016, S. 35f).

Die S3-Leitlinie gibt an, dass bei Vorschulkindern die Hyperaktivität im Vordergrund steht, während es Kindern im Schulalter schwerfällt, still zu sitzen. Ab dem Jugendalter äußert sich Hyperaktivität oft als innere Unruhe, die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt. Unaufmerksamkeit ist besonders im Schulalter auffällig und beeinträchtigt den Alltag bis in Erwachsenenalter, trotz verbesserter Aufmerksamkeitsspanne. Die Impulsivität nimmt mit dem Alter ab, bleibt aber einschränkend. Die Prävalenz von ADHS nimmt vom Kindes- zum Erwachsenenalter ab, doch 50 bis 80 % der Betroffenen zeigen weiterhin Symptome; ein Drittel behält das Vollbild der Störung (AMWF, 2017, S. 12f).

Da in der vorwiegenden Zahl der Fälle eine ADHS im Erwachsenenalter weiter besteht, kann festgestellt werden, dass ohne erfolgreiche Intervention kein „Auswachsen“ zu erwarten ist. Im ungünstigen Fall von fehlender Diagnose und Behandlung kann es zur Entwicklung einer Reihe an schwerwiegenden Folgen kommen, die im Zusammenhang mit einer unentdeckten ADHS stehen, wie untenstehende Abbildung verdeutlicht (A. Neuy-Lobkowicz, 2023).

Abbildung 2. Auswirkungen unentdeckter ADHS, aus neuro aktuell, 2023, 03 (A. Neuy-Lobkowicz, 2023)

Eine Vielzahl an funktionellen Beeinträchtigungen wie Problemen in der Schule, in Ausbildung und Beruf, aber auch soziale Schwierigkeiten stehen in Verbindung mit ADHS (AMWF, 2017, S. 13).

Weil oft das Wissen über ADHS fehlt oder große Lücken bestehen, existieren einerseits Vorurteile und andererseits Ängste, dass betroffene Kinder einen Nachteil durch die Diagnose erfahren könnten. Daher besuchen ADHS betroffene Kinder

meist die Schule ohne weitere Fördermaßnahmen zu erfahren (Gawrilow et al., 2022, S. 37). Insgesamt konnte festgestellt werden, dass die Schullaufbahn von Kindern mit ADHS trotz normaler Intelligenz noch weniger erfolgreich ist, als jene der Kinder mit einer Lernstörung (Frölich et al., 2021, S. 22).

2.10 Positive Aspekte der ADHS-Symptomatik

Neben den vorrangig oft negativen Folgen der Symptomatik muss erwähnt werden, dass eine ADHS auch positive Eigenschaften und sogar Vorteile mit sich bringen kann. Insbesondere um das oft schwache Selbstwertgefühl betroffener Kinder zu verbesser, ist es bedeutend, ihre Stärken zu erkennen und diese zu fördern. Werden Aufgaben motivierend empfunden, so können Personen mit ADHS mitunter einen Hyperfokus und hohe Leistungen entwickeln (Frölich et al., 2021, S. 13).

Rief (2003, S. 9f), Rietzler und Grolimund (2023, S. 211–236), (Gawrilow, 2016, S. 23ff) sowie Spitzer (2010, S. 53–73) nennen eine Vielzahl an Potenzialen, die in der Symptomatik der ADHS begründet sein können. Im Folgenden seien ADHS-Symptome und ihre mögliche positive Kehrseite genannt.

- Hyperaktivität → *Schaffenskraft*

In der Schulzeit haben ADHS-Kinder häufig Schwierigkeiten, ruhig zu sitzen und wirken oft getrieben. Das Übermaß an Energie und die hohe Belastbarkeit tragen zur körperlichen Fitness und Freude an Bewegung bei. Im passenden beruflichen Umfeld kann dies zu hoher Produktivität und unermüdlicher Schaffenskraft führen.

- Input-Sucht → *Wissensdurst*

Das Verlangen und die Gewohnheit an ein hohes Maß neuer Reize entwickeln sich häufig zur Sucht nach diesen. Unter förderlichen Bedingungen kann dies zur besonderen Gabe des unersättlichen Wissensdurstes werden.

- Tatendrang → *Leistungsfähigkeit*

Ein unermüdlicher Tatendrang kann zu hoher Einsatzbereitschaft und Durchhaltevermögen führen. Diese Eigenschaften sind wesentliche Voraussetzungen für eine hohe Leistungsfähigkeit und zählen zu den wertvollsten Potenzialen.

- hemmungsloser Redefluss → *sprachliche Begabung*

Das ungebremste Mitteilungsbedürfnis kann mit großem Wortschatz und Ausdruck einher gehen, weiters können Eigenschaften wie Extrovertiertheit, Charisma und Humor die sprachliche Begabung ergänzen.

- Sprunghaftigkeit → *rasche, flexible Anpassung*

Sprunghaftigkeit und Aufgaben nicht zu Ende zu bringen, sind weitere Begleiterscheinungen der ADHS. Hinter der vordergründigen Schwäche steckt das Potenzial zu spontanem Reagieren und flexiblem Umstellen auf neue Anforderungen.

- Reizoffenheit → *Kreativität*

Als ADHS-Symptom werden Reizoffenheit und leichte Ablenkbarkeit oft als Schwäche betrachtet. Allerdings gehen diese Merkmale häufig mit einem ausgeprägten Sinn für Details einher. Unter förderlichen Entwicklungsbedingungen kann dies zu innovativem Denken, Ideenreichtum und höchster Kreativität führen.

- Hochsensibilität → *Empathie*

Eine bisher noch nicht genannte Begleiterscheinung von ADHS kann Hochsensibilität sein, auf deren Kehrseite Harmoniebedürfnis und ein hohes Einfühlungsvermögen liegen.

- Ablenkung von Leidensdruck → *Humor*

Nicht selten leiden ADHS-Kinder unter der Zuschreibung des Klassenclowns. Sinn für Humor und Leichtigkeit gelten hingegen als positive Charaktereigenschafen, welche insbesondere im Kontext des Leidensdrucks durch die ADHS ein Gegengewicht darstellen können.

Rief (2003), Gawrilow (2016) und Spitzer (2010) nennen außerdem Eigenschaften wie künstlerische Begabung, Warmherzigkeit, Hilfsbereitschaft, Neugierde, Gerechtigkeitssinn, Führungsqualität, Naturverbundenheit und Perfektionismus. Viele der genannten Potenziale finden erst im Erwachsenenalter und späteren Berufsleben ihre Entfaltung, was nicht bedeutet, dass die Anlagen dieser Fähigkeiten nicht schon früher bestehen. Daher gilt es besonders als Lehrperson oder Elternteil den Blick weg von den Defiziten, hin zu den Stärken zu richten (Spitzer, 2010, S. 66).

3. Lese-/Rechtschreibstörung (LRS)

Die Lese-/Rechtschreibstörung, eine der Hauptlernschwierigkeiten von Kindern (Schleider, 2009, S. 7), soll in vorliegender Arbeit als Beispiel einer spezifischen Teilleistungsschwäche, die bei Kindern mit ADHS überdurchschnittlich häufig anzutreffen ist, näher betrachtet werden.

Einige Mythen über die Lese-/Rechtschreibstörung oder auch *Legasthenie* genannt sollen im Zuge dieser Arbeit geklärt werden.

Legasthenie wäre:

- eine Krankheit.
- angeboren, vererbt und bleibt ein lebenslanges Schicksal.
- an typischen Fehlern und gespiegelten Buchstaben zu erkennen.
- löst sich von allein auf.
- mit alternativen Behandlungsmethoden heilbar.
- durch Übung oder Förderung nicht verbesserbar (Naegele, 2017, S. 44).

3.1 Historische Einordnung der LRS

In der Fachliteratur unterschiedlicher Berufsgruppen über die letzten Jahrzehnte finden sich neben den Begriffen Lese-/Rechtschreibschwäche und Lese-/Rechtschreibstörung einige ähnliche oder synonyme Begriffe wie *Legasthenie*, *Dyslexie* oder *Dysorthographie*. In älterer Literatur liest man antiquierte Bezeichnungen wie *familiäre Wortblindheit* oder *angeborene Alexie*. Die einzelnen Benennungen unterscheiden sich mehr oder weniger entweder in Teilbereichen der Symptome oder in der Auffassung der Ursache voneinander und werden oder wurden oft synonym verwendet (R. Haller, 2022, S. 21).

In der historischen Entwicklung der Begrifflichkeit und ihrer Definition schildert Schleider (2009, S. 10f) dass das Phänomen der Probleme beim Erlernen des Schreibens und Lesens im deutschsprachigen Raum erstmals gegen Ende des 19. Jahrhunderts von dem deutschen Arzt Kussmaul unter dem Begriff „*Wortblindheit*“ beschrieben wurden, wobei er von visuellen Problemen ausging. In England

erweiterten die Ärzte Kerr und Morgan diese Beschreibung und führten den Begriff „*kongenitale Wortblindheit*“ ein, was zusätzlich auf eine angeborene, neurologische Ursache hinwies.1916 prägte der ungarische Psychiater Ranschburg den Begriff „*Legasthenie*“ in der deutschsprachigen Forschung und setzte sich für besondere Förderung ein, wobei er betroffene Kinder als „nachhaltig rückständig höheren Grades in der geistigen Entwicklung“ beurteilte. In der Mitte des 20. Jahrhunderts begann sich das Fach der Psychologie für die Legasthenie zu interessieren und ging nun von einer anatomischen und physiologischen Ursache aus, wobei Faktoren wie schlechte Beschulung und emotionale Einflüsse ausgeschlossen wurden. Die Schweizer Psychologin Linder setzte sich für die Integration von Betroffenen in den Regelunterricht ein. In den 1970er Jahren entstand aufgrund neuer Erkenntnisse in der Orthografietheorie und dem Schriftspracherwerb Kritik an der bisherigen Betrachtungsweise. 1974 empfahlen Malmquist und Valetin eine Definition auf Grundlage messbarer Kriterien wobei die Leistung im Lesen und/oder Rechtschreiben unterdurchschnittlich aber die Intelligenz mindestens im Durchschnittsbereich liegen musste. Es folgte eine verstärktes Ausbildungsangebot für Lehrkräfte im Bereich der Legasthenie, deren Fokus die didaktisch methodische Qualität des Unterrichts war. Seite den 1990er Jahren gelten die Begriffe „Lese-/Rechtschreibstörung“ als Synonym zur „Legasthenie“ in Anlehnung an die Klassifikation im ICD-10 und der weiter gefasste Begriff „Lese-/Rechtschreibschwäche“ nach heutigem Stand als aktuell gültig (Schleider, 2009, S. 10f).

In den gängigen Diagnostik- und Klassifikationssystemen finden wir die Lese-/Rechtschreibstörung im ICD-10 unter dem Begriff *umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten* und im DSM-5 unter *spezifischer Teilleistungsstörung*. Was alle Begriffe eint, ist der Hinweis auf Schwierigkeiten im Lesen und/oder Rechtschreiben. Die Begründung der unterschiedlich existierenden Begrifflichkeiten hängt einerseits mit den diversen Berufsgruppen, die sich mit Diagnostik und Therapie der Störung beschäftigen, und andererseits mit ihrer zeitlichen Einordnung zusammen (Schulte-Körne, 2021, S. 14). In den Fachbereichen Medizin, Psychologie und Psychotherapie wird nach gegenwärtigem Stand zwischen Lesestörung, Rechtschreibstörung und der kombinierten Lese-/Rechtschreibstörung unterschieden. Das

Akronym LRS steht für diese drei Störungen als gemeinsame Kurzform (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 16). Die Bezeichnung der LRS hat sich in den letzten Jahrzehnten weitgehend durchgesetzt (Suchodoletz, 2007, S. 18).

Für den weiteren Verlauf der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Thematik wird in vorliegender Arbeit die Bezeichnung LRS verwendet.

3.2 Definition und Klassifikation der LRS

Unter der Lese-/Rechtschreibstörung wird das erfolglose oder beschwerliche Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung bei durchschnittlicher Intelligenz verstanden. Sichtbare Symptome sind etwa Probleme beim Buchstabenerwerb, langsames Lesetempo, langsamer Schriftspracherwerb und allgemein viele Rechtschreibfehler. Eine unzureichende Beschulung oder Intelligenzminderung müssen ausgeschlossen werden (Suchodoletz, 2007, S. 17). Äußere Ursachen wie eine Seh- oder Hörschwäche sowie eine starke psychische Belastung dürfen nicht bestehen (Küspert, 2018, S. 57).

Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten nach ICD-10

Der ICD-10 (Dilling et al., 2015) zählt die Lese-/Rechtschreibstörung, zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81). Es wird unterschieden zwischen:

- F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung

Die umschriebene und eindeutige Beeinträchtigung in der Entwicklung der Lese- und Rechtschreibfertigkeiten bei durchschnittlicher Intelligenz darf nicht durch unzureichende oder unangemessene Beschulung, bestehende Hör- oder Sehdefizite und nicht als eine neurologische Erkrankung erklärbar sein (Dilling et al., 2015).

Es ist bedeutsam zu betonen, dass eine Lese-/Rechtschreibstörung im Erwachsenenalter nicht verschwindet und dass die LRS in allen schriftlichen Sprachsystemen weltweit vertreten ist. In der kommenden Neuauflage des ICD (ICD-11) soll eine Klassifikation in drei Störungen möglich sein: die isolierte Lesestörung (LS), die

isolierte Rechtschreibstörung (RS) und die kombinierte Lese-/Rechtschreibstörung (LRS) (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 19).

Spezifische Lernstörung nach DSM-5

Der DSM 5 (Falkai & Döpfner, 2015, S. 88) ordnet die Lese-/Rechtschreibstörung den spezifischen Lernstörungen zu und unterscheidet diese, wie folgt:

- *Spezifische Lernstörung mit Beeinträchtigung im Lesen*
  - Wortlesegenauigkeit
  - Leseflüssigkeit
  - Leseverständnis
- *Spezifische Lernstörung mit Beeinträchtigung im schriftlichen Ausdruck*
  - Rechtschreibgenauigkeit
  - Grammatik und Interpunktion
  - Klarheit und Organisation des schriftlichen Ausdrucks

Die Schwierigkeiten müssen über einen Zeitraum von mind. 6 Monaten trotz spezifischer Intervention bestehen. Die Lernleistungen liegen unter der Altersnorm und stören das Lernen und den Alltag. Die Lernprobleme haben ihren Beginn im Schulalter, können sich aber erst beim Erreichen der individuellen Leistungsgrenze zeigen. Sie lassen sich nicht durch mangelnde Intelligenz, unkorrigierte visuelle oder auditive Beeinträchtigungen, neurologische Störungen oder fehlender beziehungsweise unzureichender Beschulung erklären. Zusätzlich werden Lernstörungen im DSM 5 in den Schweregraden *mild* (leicht), *moderat* (mittel) und *severe* (schwer) angegeben (Falkai & Döpfner, 2015).

3.3 Abgrenzung „*Schwäche*“ und „*Störung*“

Wird im Kontext von Schwierigkeiten mit dem Lesen und oder Rechtschreiben gesprochen, so beobachtet man die unterschiedliche Nutzung der Begriffe „*Schwäche*“ und „*Störung*“. Im pädagogischen Bereich wird die Beschreibung der *Schwäche* als Gegensatz zur Stärke genutzt, objektive Kriterien fehlen, was subjektive Unterschiede in Wahrnehmungen und Beschreibungen zulässt. Der Begriff der *Störung*

im Sinne einer Lernstörung wird nach einem klinischen Diagnoseprozess durch Psychologen/Psychologinnen oder Mediziner/Medizinerinnen ausgesprochen und definiert die objektive Beschreibung einer konkreten, dauerhaften Beeinträchtigung des Lernens (B. Haller et al., 2022, S. 26). Zur Abgrenzung von Lese-/Rechtschreibstörung und Lese-/Rechtschreibschwäche schreiben Fischbach et al., dass die Lernstörung als Untergruppe der Lernschwäche zu verstehen ist. Sie liegt nach ICD-10 dann vor, wenn zusätzlich zum deutlich geringeren Leistungsniveau im Vergleich zur Klassennorm gleichzeitig ein deutlicher Unterschied zwischen Minderleistung und der Intelligenz des Kindes besteht(2013). Ist also noch keine Diagnose gestellt, oder werden trotz bestehender Schwierigkeiten Diagnosekriterien nur teilweise aber nicht zur Gänze erfüllt, sprechen wir von einer Schwäche.

3.4 Prävalenz der LRS

Die Prävalenz der LRS exakt anzugeben, ist schwierig, da Diagnosekriterien uneinheitlich streng sind. Laut Schulte-Körne und Galuschka sind etwa 12 % aller Kinder von einer Lesestörung, einer Rechtschreibstörung oder einer Lese-/Rechtschreibstörung isoliert oder in Kombination betroffen (2019, S 26). Der DSM 5 klassifiziert die LRS unter spezifischer Lernstörung, zu welcher neben dem Lesen und Schreiben hier auch das Rechnen gezählt wird, und führt eine Prävalenz von 5 % bis 15 % der Kinder in Schulen diverser Sprach- und Kulturräume weltweit an. Die Vorkommenshäufigkeit bei adulten Menschen ist nicht bekannt, wird aber bei etwa 4 % vermutet (Falkai & Döpfner, 2015, S. 93).

In Österreich, wird in der vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung herausgegebenen Publikation *Der Schulische Umgang mit Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten* (B. Haller et al., 2022) eine Prävalenz von 4 bis 9 % der Gesamtpopulation angeführt. Es kann angenommen werden, dass in jeder Klasse ein bis zwei Kinder mit erheblichen Schwierigkeiten im Lesen und/oder Rechtschreiben zu finden sind.

LRS im Verhältnis Buben : Mädchen

Individuelle schulische Leistungen unterliegen einem Bedingungsgefüge aus personalen, familiären und biologischen Aspekten. Der Unterschied der Geschlechter kann ein Aspekt sein, der sowohl von soziokulturellen Faktoren als auch von biologischen Faktoren beeinflusst wird (Scheerer-Neumann, 2018, S. 33). Fischbach et al. (2013) belegen in einer großen Schulstudie das Verhältnis von Jungen zu Mädchen bei *kombinierter LRS* mit 3,15 : 1, bei *isolierter RS* mit 1,8 : 1 und bei *LS* mit 1,43 : 1. Im Geschlechterunterschied von Lernstörungen gibt der DSM-5 ein schwankendes Verhältnis von 2 : 1 bis 3 : 1 an (Falkai & Döpfner, 2015, S. 97). Bei schulischen Leistungsschwierigkeiten schneiden Jungen, ähnlich wie bei der Geschlechterverteilung bei ADHS, schlechter ab.

3.5 Symptome der LRS

Frühe Schwierigkeiten im Erwerb der Lese- und Schreibkompetenzen sind häufig kurz nach der Einschulung sichtbar, wenn nach den ersten Monaten in der Schule beim Lesen das Zusammenlauten Probleme macht (B. Haller et al., 2022, S. 8). Schulkinder mit Anzeichen auf LRS zeigen im Lesen vermehrte Fehler beim Zusammenziehen der Buchstaben, in der Unterscheidung von einzelnen Lauten und Buchstaben, im Erraten von Endsilben oder Wortteilen. Sie zeigen geringeres Lesetempo sowie niedriges Leseverständnis (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 12). Im Rechtschreiben entstehen vermehrt Falschschreibungen, eigene Fehler können nicht erkannt werden, das Schriftbild kann unsauber sein (Suchodoletz, 2007, S. 20). Auch die Schwierigkeiten im Schreiben zeigen sich von Beginn an sowohl bei einfachen, kurzen Wörtern als auch beim Abschreiben (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 13). Der Mythos von LSR typischen Fehlern wie beispielsweise die Verwechslung von „*b*“ und „*d*“, Buchstabenvertauschungen und Ähnlichem hält sich bereits lange. An diesem Punkt muss klargestellt werden, dass Kinder mit LRS allgemein mehr und variantenreichere Fehler im Vergleich zu ihrer Alters- und Klassennorm produzieren. Das bedeutet, betroffene Kinder zeigen kein konstantes Fehlerprofil, anhand dessen sie entdeckt werden können (Küspert, 2018, S. 59). Ist

die LRS nur schwach ausgeprägt, kann ein Kind mit Kompensationsstrategien und hoher Anstrengungsbereitschaft seine Leistungen lange im Durchschnitt halten und fällt erst zu späterem Zeitpunkt, wenn die individuelle Leistungsgrenze erreicht ist, auf (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 21).

3.6 Ursache der LRS

Die *eine* Ursache für das Entstehen einer LRS konnte bisher nicht festgemacht werden. Der aktuelle Stand der Wissenschaft beschreibt ein Zusammenspiel mehrerer beteiligter Faktoren, wobei in der Forschung noch nicht alle Fragen geklärt sind.

Sprenger und Sprenger (2014) führen drei wesentliche Merkmale an:

a) Die individuelle genetische Komponente

Die neurologische Verarbeitung von Reizen, die für den Aufbau und Abruf der Lese- und Schreibkompetenz nötig ist, funktioniert nicht so reibungslos, wie sie sollte. Dafür werden einzelne Gendefekte verantwortlich gemacht, die durch genetische Vererbung weitregegeben werden. Laut aktuellem Forschungsstand sind 62 % genetische Faktoren für die Entwicklung einer LRS verantwortlich (Sprenger & Sprenger, 2014, S. 30).

b) Die Qualität der Förderung von Lese- und Schreibkompetenz

Die frühe Förderung ist ein entscheidender Faktor für die spätere Ausprägung der LRS und kann viel Leid ersparen. Aufgrund des komplexen Gefüges an Ursachen gibt es nicht die eine gewinnbringende Fördermaßnahme. Das Training der phonologischen Bewusstheit ist bei jungen Kindern jedoch häufig ein zentrales Thema. Nur durch genaue Diagnostik kann der individuelle Ansatzpunkt der LRS Förderung gefunden werden (Sprenger & Sprenger, 2014, S. 31 & B. Haller et al., 2022, S. 14).

c) Die aktuelle Tagesverfassung

Schüler:innen mit LRS müssen im Gegensatz zu Kindern ohne LRS beim Schreiben und Lesen deutlich mehr Konzentration und Ausdauer aufbringen. Diese sind jedoch von äußeren Reizen, Angst, Selbstzweifeln oder Scham beeinflusst. Ist also für die Leistungserbringung ein erhöhter Aufwand an Energie nötig, der durch

verschiedene Störfaktoren beeinträchtigt wird, leidet die die schulische Leistung erheblich, und Kinder mit LRS schneiden schlechter ab (Sprenger & Sprenger, 2014, S. 32).

In der Literatur werden weitere Risikofaktoren für die Verursachung einer LRS im schulischen Alter wie frühe Schriftkenntnis, visuelle Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und die phonologische Bewusstheit genannt (Küspert, 2018, S. 103). Suchodoletz führt außerdem Probleme in der Sprachentwicklung, der Benenngeschwindigkeit, der Merkfähigkeit, des Arbeitsgedächtnisses und ebenfalls die bereits genannte genetische Komponente, das mehrfache Auftreten von LRS innerhalb der Familie, als weitere Risikofaktoren an (2007, S. 45). Eine gezielte Förderung der sogenannten Vorläuferfertigkeiten (u.a. phonologische Bewusstheit) noch vor Schuleintritt kann zur Prävention einer LRS beitragen (Küspert, 2018, S. 103), wobei nicht jedes Kind mit LRS-Risiko zwangsläufig eine Lese-/Rechtschreibstörung entwickeln muss (Suchodoletz, 2007, S. 45).

3.7 Komorbide Störungen bei LRS

Probleme, die bei einer Belastung durch LRS entstehen und in Folge zu einem psychischen Problem führen, zeigen sich individuell unterschiedlich. Schulte-Körne nennt hier Selbstwertzweifel, Ängste, körperliche Symptome wie Schwitzen, Erröten oder Herzrasen sowie Schlaf- und Appetitstörung bei Depressionen und ADHS (2021, S. 35). Kinder mit LRS sind von eben genannten Symptomen häufiger betroffen als jene ohne Problemen in der Schule (Suchodoletz, 2007, S. 27).

Oftmals fallen Kinder in der Schule nicht durch ihre schlechten schulischen Leistungen, sondern durch ihre psychischen Probleme, Auffälligkeiten im Sozialverhalten oder psychosomatischen Beschwerden auf, die als Folge von wiederholtem schulischen Versagen entstehen können (Suchodoletz, 2007, S. 44). Sprenger und Sprenger konstatieren, dass Kinder mit LRS doppelt so häufig psychisch auffällig sind (2014, S. 48).

- *ADHS*

Bei 13 % der Kinder mit LRS liegt zusätzlich eine ADHS vor (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 28). Auf den Zusammenhang von LRS und ADHS wird in einem späteren Kapitel dieser Arbeit noch genauer eingegangen.

- *Rechenstörung*

Laut Schulte-Körne und Galuschka bestand früher die Annahme, dass schwache Leser im Gegenzug starke Rechner wären, jedoch zeigen aktuelle Untersuchungen den dringenden Bedarf, bei Verdacht auf LRS auch die Rechenleistung näher zu beobachten. Etwa 12 bis 17 % der Kinder mit LRS sind zusätzlich von einer Rechenschwäche betroffen (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 27).

- *Angststörung*

Etwa 16 % der von LRS betroffenen Kinder leiden an einer Angststörung (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 28). Sie zeigt sich durch Symptome der körperlichen Unruhe wie Schwitzen, Erröten oder Weinen und kann im Weiteren zu Schulverweigerung führen. Um diese Entwicklung zu vermeiden, müssen die Ängste der Kinder sehr ernst genommen werden (Schulte-Körne, 2021, S. 36).

- *Depression*

Von einer Depression sind ungefähr 4 % aller Kinder mit LRS betroffen (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 28). Eltern berichten von einer anfänglich großen Vorfreude des Kindes auf die Schule, die sich aufgrund anhaltender Misserfolgserlebnisse, ausbleibender Fortschritte und negativer Reaktionen anderer Kinder stark verringert und infolge zu einer depressiven Entwicklung beiträgt. Schweres Aufstehen am Morgen, traurige Stimmung, Appetitlosigkeit, Rückzug und Vermeidungsverhalten an Schultagen, jedoch fröhliche Stimmung an Wochenenden und in den Ferien, sind sichtbare Zeichen (Schulte-Körne, 2021, S. 37).

- *Somatische Beschwerden*

Körperliche Symptome wie Bauchweh oder Kopfweh, die typischerweise in den schulfreien Zeiten besser werden, können Begleiter von LRS oder Warnzeichen bei noch unentdeckter LRS sein. Kinder entwickeln diese Schmerzen als

Überforderungsreaktion. Wenn ärztliche Untersuchungen keine organischen Ursachen finden, sollte in Betracht gezogen werden, dass die körperlichen Schmerzen eine verdeckte LRS signalisieren könnten (Sprenger & Sprenger, 2014, S. 48 & Schulte-Körne, 2021, S. 41).

3.8 LRS-Diagnostik

Grundsätzlich muss in diesem Abschnitt vorweg zwischen der *pädagogischen Förderdiagnostik* und der *klinisch-psychologischen Diagnostik* unterschieden werden.

Förderdiagnostik

Die pädagogische Förderdiagnostik dient dem Erkennen der Stärken und Schwächen von Schülerinnen und Schülern. Es bewährt sich ein Vorgehen in zwei Schritten. Im ersten Schritt können im Rahmen eines Screenings mit der ganzen Klasse jene Kinder mit unterdurchschnittlichen Leistungen im Lesen und oder Rechtschreiben identifiziert werden. Im zweiten Schritt folgt eine genaue Förderdiagnostik der betroffenen Kinder, wonach Material und Methode für die individuell passende Förderung gewählt werden. Es sind sowohl standardisierte als auch informelle Testverfahren, Beobachtungen oder Arbeitsproben des Schulkindes zulässig (B. Haller et al., 2022, 27, 36).

Klinisch-psychologische Diagnostik

Hingegen unterscheidet sich die klinisch-psychologische Diagnostik laut S3-Leitlinie (AMWF, 2015) darin, dass sie neben der Feststellung der Lese- und Rechtschreibleistung eine Intelligenztestung benötigt. Diese kann ausschließlich durch eine klinische Psychologin, einen klinischen Psychologen oder ein ärztliches Gutachten erfolgen. Die Abklärung einer im Rahmen des Diagnoseprozess gestellten Frage, deren Ziel ein Befund oder Gutachten ist, unterliegt den Kriterien des ICD-10 oder der S3-Leitlinie (BMBWF, 2021, S. 6).

Lehrpersonen können im Rahmen der Elternarbeit zu einem klinisch-psychologischen Diagnoseprozess raten, der Auftrag dafür erfolgt jedoch von den Erziehungsberechtigten. Mögliche Gründe für diese Empfehlung an die Eltern können

Unklarheit bezüglich der Ursache beziehungsweise dem Schweregrad der Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben, oder der Abgrenzung zu anderen Auffälligkeiten sein. Weitere berechtigte Gründe für eine Empfehlung zur diagnostischen Abklärung können das Ausbleiben einer Verbesserung trotz intensiver Förderung oder unterschiedliche Perspektiven von Lehrpersonen und Eltern auf das Thema sein (B. Haller et al., 2022, S. 32).

Ab wann soll an eine klinisch-psychologische Diagnostik gedacht werden? Generell kann eine LRS auch im Erwachsenenalter, diagnostiziert werden, aber es verhält sich bei dieser Diagnose wie bei anderen: Je früher sie gestellt wird, desto besser sind die Prognosen für Verlauf und Ausprägung (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 21). Ein geeigneter Zeitpunkt für eine Diagnostik zur Klärung, ob eine Lesestörung und/oder Rechtschreibstörung vorliegt, ist gegen Ende des zweiten Schuljahres der Primarstufe, wobei sich Merkmale auf eine mögliche LRS bereits in der ersten Klasse zeigen können (Schulte-Körne, 2021, S. 21, S. 30). Im Vorschulalter ist eine LRS noch nicht feststellbar, jedoch lassen sich aufgrund von Risikofaktoren (siehe Kapitel 3.6 Ursache der LRS) mögliche LRS-gefährdete Kinder erkennen (Suchodoletz, 2007, S. 45). Aufgrund unterschiedlich starker Ausprägungen der LRS können manche Kinder erst in späteren Klassen auffallen, da sie durch gute Kompensationsstrategien und hohe Anstrengungen ihre schulischen Leistungen lange im Durchschnittsbereich halten können. Erst mit steigenden Anforderungen und zunehmendem Druck werden ihre Schwierigkeiten sichtbar. (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 22).

Ablauf des klinisch-psychologischen Diagnoseprozess

In der klinischen Diagnose der LRS werden die drei Störbilder Lesestörung, Rechtschreibstörung und die kombinierte Lese-/Rechtschreibstörung voneinander abgegrenzt. Diagnostik und Förderung der LRS unterliegen wie die ADHS den Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie *Diagnostik und Behandlung von Kindern mit Lese-/Rechtschreibstörung,* der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. Die S3-Leitlinie dient allen Berufsgruppen, die an Diagnostik und Förderung von Kindern mit LRS beteiligt sind, sowie Betroffenen und

Angehörigen als Orientierungshilfe. (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 18). Die S3-Leitlinien werden regelmäßig, mindestens innerhalb von fünf Jahren aktualisiert.

Der klinisch-psychologische Diagnoseprozess läuft in seinen Grundschritten ähnlich wie jener der ADHS Diagnostik ab und umfasst die genaue Untersuchung von Kind, Familie und Umfeld (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 24). Die für den Anlass zur Diagnose gestellte Frage wird im ersten Schritt als prüfbare Hypothese formuliert. Die Fragestellung wird differentialdiagnostisch abgeklärt, das heißt, das Kind wird multiaxial, das bedeutet auf mehreren Ebenen, untersucht. Sollte eine LRS, eine ADHS oder eine andere noch unentdeckte, Einfluss nehmende Krankheit oder Störung gefunden werden, so wird dies im Diagnoseprozess festgehalten (B. Haller et al., 2022, S. 27).

Die umfassende klinisch-psychologische Diagnostik umfasst folgende Punkte der Abklärung und ist in untenstehender Tabelle dargestellt.

Tabelle 2. *Diagnoseprozess LRS*
(Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 24 & B. Haller et al., 2022, S. 27)

Kind	• Testpsychologische Untersuchungen • Erhebung der schulischen Leistungen • Prüfung der motorischen Fähigkeiten sowie der Hör- und Sehfunktionen • Ermittlung des kognitiven Entwicklungsstandes (IQ-Test)
Familie	• Familiäre und schulische Vorgeschichte wird erhoben • Vorbefunde und Förderberichte werden eingeholt • Verfügbarkeit von familiären Ressourcen wird besprochen
Umfeld	• Informationen zu Leistungsentwicklung, Stärken und Schwächen sowie psychische Belastungen werden durch Gespräch oder Fragebogen von Lehrpesonen eingeholt • Zeugnisse, Schulhefte und Arbeitsproben werden gesichtet

Am Ende des Diagnoseprozess werden alle Erkenntnisse in einem Gutachten beschrieben. Darin sind die gewonnenen Ergebnisse der eingesetzten Testverfahren und standardisierte Testwerte transparent dargestellt. Die zu Beginn gestellte Hypothese wird beantwortet. Es folgen gegebenenfalls eine Diagnosestellung sowie Empfehlungen zur Intervention (B. Haller et al., 2022, S. 27).

Diagnosekriterien für LRS

Die in unterstehender Tabelle dargestellten Kriterien erläutern, welche Merkmale für eine LRS vorliegen müssen und wonach eine LRS ausgeschlossen werden kann.

Tabelle 3. *Ein- und Ausschlusskriterien für die LRS Diagnose*
(Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 20)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Ausgeprägte Schwierigkeiten im Lesen und, oder Rechtschreiben.	Durch Verletzung des Gehirns erworbene Schwierigkeiten im Lesen und, oder Rechtschreiben, nachdem die Fähigkeiten bereits erworben waren.
Länger andauernde Schwierigkeiten, mindesten 6 Monate.	Schwierigkeiten im Lesen und, oder Rechtschreiben die durch Seh- oder Hörbeeinträchtigung verursacht sind.
Früher Beginn der Störung (Erwerb nicht erst in der späteren Schullaufbahn)	Eine psychische Störung, die der Lernfähigkeit und -motivation hinderlich ist und infolgedessen zu Schwierigkeiten im Lesen und, oder Rechtschreiben führt.
Angemessene Beschulung zum Erwerb der Lese- und Rechtschreibkompetenz.	
Intelligenz mindestens IQ ≥ 70	Intelligenzminderung IQ < 70
Die Leistungen im Lesen und/oder Rechtschreiben liegen weit unter der Norm im Vergleich zur Altersgruppe, Klassenstufe oder dem Intelligenzniveau.	

3.9 Interventionen bei LRS

Die Intervention bei LRS umfasst einerseits die Diagnostik, die neben der Lese- und Rechtschreibleistung auch die psychosoziale Situation des Kindes erfasst (Scheerer-Neumann, 2018, S. 74). Die Förderung orientiert sich am individuellen Entwicklungsniveau des Kindes und sollte den Entwicklungsstufen des Lesens beziehungsweise dem Stufenmodell des Rechtschreibens entsprechen. Basale Fertigkeiten sollen von der individuellen Ausgangslage ausgehend nach dem Prinzip „vom Leichten zum Schweren“ gesichert werden. Wichtig ist, anhand der Diagnostik ein realistisches Förderziel zu definieren. Zur Überprüfung und Sicherung des Lernfortschritts wird in regelmäßigen Abständen eine Verlaufsdiagnostik im Rahmen der Förderung

durchgeführt. Es sollen nur evidenzbasierte Fördermethoden zum Einsatz kommen (Schulte-Körne, 2021, S. 87). Evidenzbasiert meint, dass die Methode theoretisch fundiert und modellgeleitet ist und ihre Wirksamkeit durch kontrollierte empirische Evidenz belegt ist, wodurch die Förderung effektiv und objektiv nachvollziehbar wird (Huemer et al., 2019, S. 9). Ziel der Förderung ist es, dass das Kind ausreichende Kompetenzen erwirbt, um im Alltag beim Lesen und Schreiben gut zurechtzukommen. Da die Anforderungen in der Schule kontinuierlich zunehmen, kann eine LRS-Förderung das Kind oft über mehrere Jahre begleiten. Liegen zusätzlich psychische Probleme vor, empfiehlt sich ein integrativer Förderansatz. Grundsätzlich erfordert der Förderprozess viel Geduld, sowohl von dem betroffenen Kind als auch von seinem unterstützenden Erwachsenenumfeld (Schulte-Körne, 2021, S. 87).

3.10 Verlauf der LRS

Erwachsene, die in ihrer Kindheit an einer LRS litten, leiden oft noch viele Jahre später an der Angst, etwas falsch zu schreiben (Schulte-Körne, 2021, S. 33). Küspert bestätigt, dass sich die Probleme beim Lesen und in der Rechtschreibung im späteren Leben nicht auswachsen. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Leistungen im Lesen und Rechtschreiben ohne adäquate Intervention langfristig bis ins Erwachsenenalter stabil bleiben. Das bedeutet, dass jene Kinder, die am Beginn ihrer Schulzeit deutlich langsamer als ihre Mitschüler:innen lesen und beim Schreiben bedeutend mehr Fehler produzieren, dies mit hoher Wahrscheinlichkeit noch am Ende ihrer Schulzeit tun werden (Küspert, 2018, S. 69). Klicpera et al. erläutern, dass die Auswirkungen ins Erwachsenenalter jedoch noch von weiteren Faktoren wie Akzeptanz und Förderung der Kinder durch ihre Eltern oder der Reaktion der Lehrpersonen abhängen. Diese tragen in wesentlichen Teilen zur Entwicklung von Selbstkonzept und Selbstbewusstsein bei (Klicpera et al., 2020, S. 147).

Im Rahmen einer Studie wurde der Frage nachgegangen, inwiefern sich eine LRS auf den Erfolg in Schule und Beruf sowie auf das Selbstbild und die Gesundheit auswirkt (Esser et al., 2002). Die Entwicklung von 231 Achtjährigen, davon 31 Kinder mit LRS wurde über 17 Jahre beobachtet. Es zeigte sich, dass erwachsene

Personen mit LRS erhöhte psychische Symptome wie dissoziale Auffälligkeiten, Selbstverletzungen, Stehlen, Körperverletzung und Arbeitsverweigerung zeigen. Dagegen ist das Selbstbild der Betroffenen nicht beeinträchtigt. Weiters wurde bei 25-Jährigen, die im Alter von acht Jahren eine LRS zeigten, im Vergleich zur Kontrollgruppe ein deutlich höherer Konsum von Alkohol und Nikotin festgestellt.

Die Studie von Esser et al. (2002) verdeutlicht, dass eine LRS im Grundschulalter langfristig mit einer schlechten Prognose für den schulischen und beruflichen Erfolg als auch für die seelische Entwicklung verbunden ist. Küspert findet die Begründing dafür in den ständigen Misserfolgen, die betroffene Kinder in der sensiblen Phase ihrer Persönlichkeitsentwicklung während der Primarschulzeit machen, wodurch die Bildung eines gesunden Selbstwertgefühls erschwert wird. Schüler:innen mit LRS sind häufig von Hänseleien betroffen, werden oft mit zusätzlichem Üben bestraft oder in der Schulstufe zurückgestuft. Beim Übertritt in die Sekundarstufe bleibt ihnen trotz durchschnittlicher oder gar überdurchschnittlicher Intelligenz wegen schlechter Beurteilungen oft der Weg in ein Gymnasium verschlossen (2018, S. 69). Schulte-Körne und Galuschka ergänzen, dass Kinder mit LRS unter ihren Erwartungen verbleiben und oft nicht den Bildungsgrad erreichen, der aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten möglich wäre. Es muss davon ausgegangen werde, dass LRS eine chronische Störung ist, die Betroffene weit über die Schulzeit hinaus im täglichen Leben beeinflusst (2019, S. 38). Küspert (2018, S. 70) betont, dass sich Menschen mit LRS als Resultat ihrer Erfahrungen häufig selbst für dumm halten und daher nur schwer ihren Platz in der Gesellschaft finden, daher benötigen sie möglichst früh präventive Hilfe.

Eine Studie der Middlesex University, London mit knapp dreißig Teilnehmer:innen befragte erwachsenen Personen mit LRS nach erlebten emotionalen Traumata in der Grundschulzeit, sowie ob und wie sich diese in posttraumatischen Belastungsstörungen im Erwachsenenalter manifestieren. Alexander-Passe (2015) bestätigt in dieser Forschungsarbeit, dass viele der Studienteilnehmenden Wut und Ärger gegenüber ihren Lehrpersonen aus der Schulzeit empfinden. Sie erzählten vom Gefühl der Ungerechtigkeit, das im Zusammenhang mit nicht entdeckten Lernschwierigkeiten, unter welcher sie oft jahrelang litten, stand. Trigger der posttraumatischen

Belastungsstörung sind Gerüche, wie etwa der Geruch von Putzmitteln in Schulgebäuden, Kinderzeichnung an den Gängen oder kleine Schulstühle. Diese lösen Ängste, Minderwertigkeitsgefühle, das Gefühl von Verletzbarkeit und Flash-backs aus, welche den Teilnehmer:innen in ihrem Erwachsenenleben Schwierigkeiten bereiten. Sie fühlen sich in ihre Kindheit zurückversetzt und beschreiben es als unangenehm die Schulen der eigenen Kinder zu betreten oder vermeiden dies gänzlich. Die Studie zeigt den engen Zusammenhang von LRS und Selbstwert, sowie das Risiko lebenslanger Traumatisierung durch negative Erfahrungen in der Schule. Alexander-Passe belegt in seiner Studie 2015 außerdem, dass sich eine unentdeckte LRS sogar noch in der Rolle als Elternteil zeigt.

4. Zusammenhang und Folgen von ADHS & LRS

In diesem Kapitel wird genauer auf die Beziehung der Störungen zueinander geblickt, ihren Ursprung und dem daraus entstehenden Teufelskreis. Der Zusammenhang wurde in den vorangegangenen Kapiteln der Theorie im Kontext der Prävalenz der gegenseitigen Begleiterscheinungen bereits sichtbar.

Untenstehende Grafik versucht die enge Verzahnung zwischen der Verhaltensstörung ADHS und der Lernstörung LRS als auch ihre gegenseitige Komorbidität darzustellen.

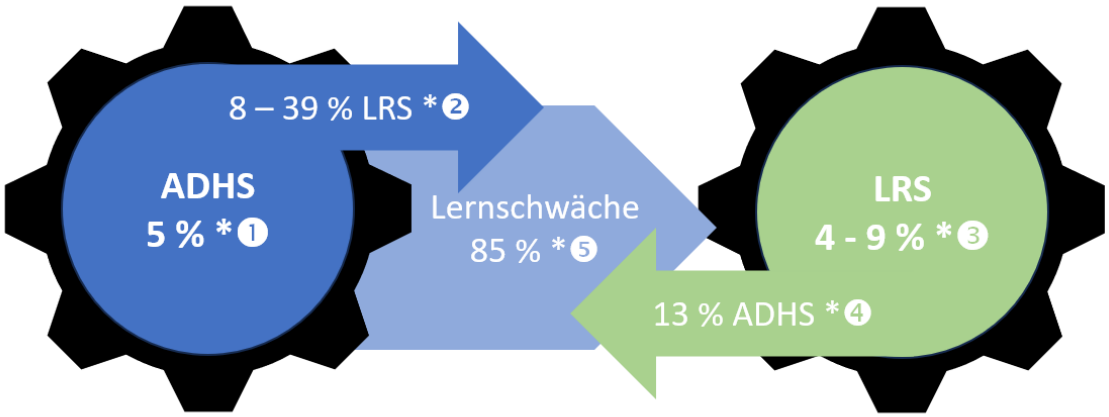

Abbildung 3. Zusammenhang von ADHS & LRS (eigene Darstellung)

❶ Prävalenz ADHS (Falkai & Döpfner, 2015, S. 81) ❷ Komorbides LRS bei ADHS (Kahl, 2012, S. 57) ❸ Prävalenz LRS (B. Haller et al., 2022, S. 7) ❹ Komorbides ADHS bei LRS (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 28) ❺ Prävalenz Lernschwäche bei ADHS (Born & Oehler, 2019, S. 13)

Mit einer 39 %igen Wahrscheinlichkeit leidet ein Kind, das von einer ADHS betroffen ist, gleichzeitig an einer LRS. Umgekehrt ist ein Kind mit LRS zu 13 % auch von einer ADHS betroffen. Blickt man nicht nur auf jene Kinder, die eine ausgeprägte *Störung* aufweisen, sondern aufgrund ihrer milderen Ausprägung in die Kategorie der *Schwäche* fallen, so sind bis zu 85 % der von ADHS betroffenen Kinder zusätzlich von einer Lernschwäche betroffen (Born & Oehler, 2019, S. 13). Die S3-Leitlinie weist darauf hin, dass Menschen mit LRS ein bis zu vierfach erhöhtes Risiko haben,

zusätzlich ADHS zu entwickeln. Daher empfiehlt es sich bei Verdacht auf LRS oder ADHS, in der diagnostischen Abklärung ein mögliches gleichzeitiges Vorliegen beider Störungen in Betracht zu ziehen (AMWF, 2015, S. 65; Born & Oehler, 2019, S. 10).

Schulischen Probleme, die oft bereits durch ADHS allein vorhanden sind, verstärken sich durch eine zusätzliche Störung (AMWF, 2017, S. 26). Born und Oehler bestätigen die Vermutung, dass Kinder mit ADHS Aufgrund ihrer Symptomatik in der Schullaufbahn schlechter abschneiden. Ihre schulischen Leistungen im Lesen und Schreiben und ihr Schulabschluss entsprechen nicht den Ergebnissen der Begabungstestung, demnach bleiben Kinder mit ADHS unter ihren intellektuellen Möglichkeiten zurück. Barkley (1998, zitiert nach Born & Oehler, 2019, S. 12) findet in seinen Studien über ADHS-Kinder und ihre Schulleistungen in den USA deutliche Ergebnisse:

- 56 % der ADHS-Kinder benötigen Nachhilfe
- ca. 30 % der ADHS-Kinder wiederholen eine Klasse
- 30–40% der ADHS-Kinder nehmen an Förder- und Erziehungsprogrammen teil
- 46 % der ADHS-Kinder wurden mind. Einmal vom Unterricht suspendiert
- 10–35 % der ADHS-Kinder konnten keinen High-School-Abschluss erreichen

4.1 Ursache des Zusammenhangs

Schon in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts beschreib Gates (1941) in *The Journal of Genetic Psychology* einen engen Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten, welcher später kontrovers diskutiert wurde. Probleme mit dem Lesen und Schreiben wurden zuerst als Ursache von Verhaltensauffälligkeiten gesehen. Spätere Forschungsergebnisse bestätigten zwar den Zusammenhang, legten sich aber in der Richtung von Ursache und daraus resultierender Auffälligkeit nicht fest, also ob Verhaltensauffälligkeiten wegen vorhandener Lernschwierigkeiten entstehen, oder ob Lernschwierigkeiten das Resultat bestehender Verhaltensauffälligkeiten sind.

In der aktuellen Forschung beschreiben Klicpera et al. unterschiedliche Betrachtungsweisen, die Ursache, Richtung und den zeitlichen Verlauf betreffen:

- LRS könnte als Folge von Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Diese Annahme bedingt, dass die Verhaltensauffälligkeiten bereits vor dem Auftreten der LRS bestanden haben. Denkbar wäre dies bei Aufmerksamkeitsdefiziten oder Hyperaktivität, sofern diese bereits den Erwerb des Lesens und Schreibens stören.
- Eine weitere Erklärung des engen Zusammenhangs könnte ein gemeinsamer Ursprung beider Störungen wie etwa genetische Faktoren, der familiäre Hintergrund, die Bildung der Eltern oder die sozioökonomischen Bedingungen der kindlichen Lebensumwelt sein.
- Ob und inwieweit sich beide Störbilder gemeinsam entwickeln oder sich gegenseitig verstärken, ist eine weitere Frage.
- Verhaltensauffälligkeiten könnten als Folge von LRS verursacht sein. Diese Vermutung fragt nach der Art der Störung, die sich aus einer bestehenden LRS entwickeln kann. Naheliegend wären depressive Verstimmungen, eine Störung des Selbstwertgefühls, aggressives Verhalten oder eine Verminderung der allgemeinen Lernmotivation. (Klicpera et al., 2020, 205 f)

Eine weitere Begründung für die Ursache von ADHS und den Problemen der schulischen Leistung trotz normaler Intelligenz sehen Born und Oehler in der knappen Kapazität des Arbeitsgedächtnis, der kurzen Aufmerksamkeitsspanne, der geringen Motivation für monotone Aufgaben, der niedrigen Frustrationstoleranz, hohen Impulsivität sowie der graphomotorischen Probleme von Kindern mit ADHS. Die Folgen davon gepaart mit Misserfolg und Ausweichstrategien lassen schnell Lerndefizite entstehen (2019, S. 9).

Als Folge des gemeinsamen Auftretens von ADHS und LRS legen Schulte-Körne und Galuschka (2019) dar, dass zu den bestehenden Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb und den Problemen in der Konzentration weniger Inhalte des Unterrichts aufgenommen werden können. Übungsphasen werden als beschwerlich empfunden, und die fehlende Strukturierung beim Lernen schafft zusätzliche Hindernisse. Weiters muss beachtet werden, dass bei Kindern mit LRS Traurigkeit und Rückzug im Verlauf der Zeit in einer depressive Phasen enden und daher leicht übersehen werden können (S. 28).

4.2 Teufelskreis ADHS und LRS

Sowohl Kinder mit ADHS als auch mit LRS sind im schulischen Kontext häufiger mit ihren Schwächen konfrontiert, erleben öfter Misserfolge und sind auf mehr Unterstützung angewiesen. Das Risiko einer ungünstigen Entwicklung und das Entstehen einer Abwärtsspirale besteht bei beiden Störungen gleichermaßen, beinhaltet Überschneidungen und kann sich durch gegenseitiges Verstärken in der Problematik zuspitzen (Betz & Breuninger, 1998, S. 7).

Born und Oehler (2019, S. 46f) beschreiben, dass Kinder mit ADHS aufgrund ihrer Symptomatik beim schulischen Lernen höhere Hürden überwinden müssen und daher statistisch mehr Lernschwierigkeiten entwickeln als andere Kinder. Die Schullaufbahn dieser Schülerinnen und Schüler verläuft oft weniger stabil, und die Gefahr, in den Teufelskreis von Lernstörungen zu geraten, ist erhöht. Diese Gefahr wird durch das Zusammenspiel von Selbstwerterleben, Selbstwertgefühl und der sozialen Umwelt beeinflusst. Die innerpsychische Abwärtstreppe von Misserfolg und weiteren daraus resultierenden schlechten Leistungen ist in untenstehender Abbildung dargestellt.

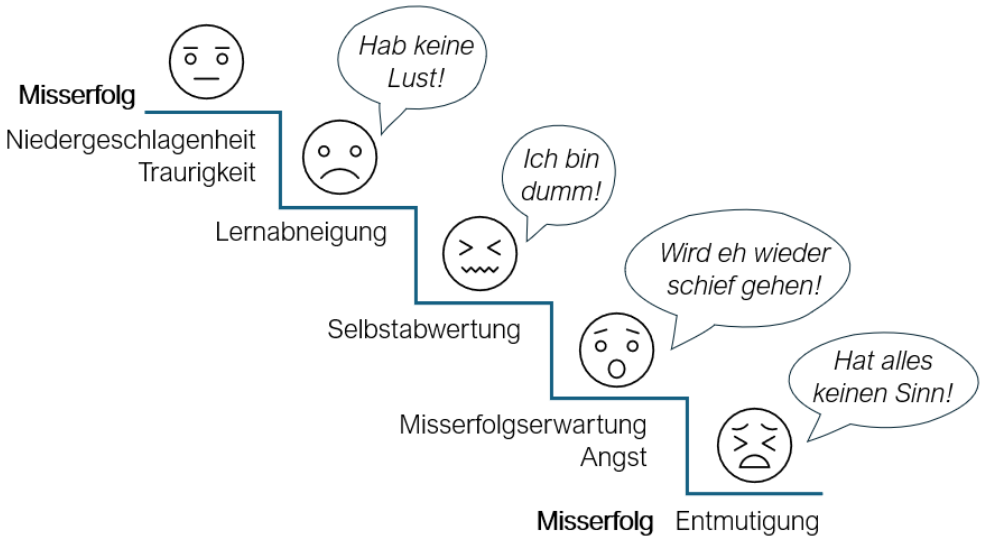

Abbildung 4. Misserfolge bewirken weitere schlechte Leistungen
(Born & Oehler, 2019, S. 47)

An das Kind werden Erwartungen gestellt, die Reaktion der Bezugspersonen kann positiv ermutigend bis zu negativ drohend sein. Das Kind kompensiert seine Probleme, destruktive Interaktionsmuster zwischen Kind und Erwachsenen schleifen sich ein. Kindliche Verweigerungshaltung entsteht, Druck, Strafen und Übungspensum werden erhöht, und am Ende eskalieren sowohl die schulischen Leistungen als auch die Verhaltensprobleme (Born & Oehler, 2019, S. 46).

Sprenger und Sprenger (2014) erläutern, dass Kinder mit LRS nach erlebtem Misserfolg und nicht erfüllten Erwartungen mit Scham reagieren. Weil diese schwer auszuhalten ist, folgt als Reaktion und Selbstschutz die Geheimhaltung, wodurch wiederum die notwendige Unterstützung der Bezugspersonen ausbleibt und der nächste Misserfolg bereits wartet (S. 61).

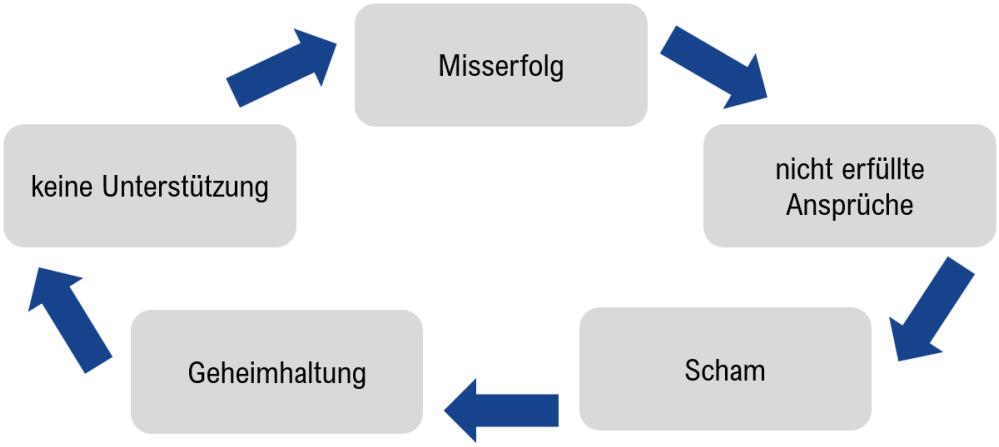

Abbildung 5. Teufelskreis LRS (Sprenger & Sprenger, 2014, S. 62)

Wenn ein Kind, von ADHS und LRS gleichzeitig betroffen ist, wirken beide negativen Kreisläufe zusammen, der Leidensdruck verstärkt sich und wiegt doppelt. Sie erleben häufig Selbstwertprobleme und erfahren sich als Versager (Brandau & Pretis, 2009, S. 92). Die Bedeutsamkeit, die Weichen im richtigen Moment zu stellen und einen Ausweg für das Kind zu finden, soll im nächsten Kapitel näher erläutert werden.

5. Schulische Erfolgsfaktoren für ADHS und LRS

Die Überschneidung der Themen ADHS und LRS, ihre häufige gegenseitige Komorbidität und die daraus resultierenden Lernhürden erfordern gezielte Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Rahmen. Küspert betont, *„Je weniger Druck und Misserfolg ein Kind erleiden muss, desto weniger werden sein Selbstwertgefühl und seine Persönlichkeit angegriffen“* (2018, S. 63).

Den kindlichen Selbstwert in der Primarschulzeit zu schützen, kann wegweisend für das spätere Leben sein. Wie Schule Rahmenbedingungen gestalten kann, um Chancengleichheit, gelingendes Lernen und Zusammenarbeit mit den Eltern zu fördern, soll in diesem Kapitel erläutert werden.

Schulischer Umgang mit ADHS und LRS — ministerielle Vorgaben

Für den Umgang mit den Themen ADHS und LRS in öffentlichen, österreichischen Volksschulen sind mehrere Rundschreiben und Handreichungen des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) Österreich heranzuziehen. Die wichtigsten sollen hier Erwähnung finden:

a. Im Rundschreiben Nr. 11/2021 mit dem Titel *Prüfungskandidatinnen und Prüfungskandidaten mit Behinderungen, chronischen Krankheiten etc. Angemessene Vorkehrungen für Prüfungskandidatinnen und Prüfungskandidaten im Rahmen abschließender Prüfungen* (BMBWF, Nr. 11/2021) finden sich Möglichkeiten zur Unterstützung und dem Ausgleich von Nachteilen bei abschließenden Prüfungen. Diese Vorkehrungen sind bereits in Unterrichts- und Lernsituationen im Verlauf des schulischen Bildungswegs gleichermaßen einsetzbar und hilfreich.

b. Zur Thematik Lernen finden sich Informationen in der Handreichung mit dem Titel *Lernen lernen. Impulse für Schülerinnen und Schüler, deren Eltern und Lehrkräfte* (Landerl et al., 2019) die insbesondere für Kinder mit ADHS und LRS eine empfehlenswerte Grundlage bietet.

c. Als Informationsbasis für LRS im schulischen Kontext gilt das Rundschreiben Nr. 24/2021 *Richtlinien für den Umgang mit Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten* (BMBWF, Nr. 24/2021). Darin finden sich unter anderem allgemeine Grundinformationen zu Fördermaßnahmen und der Leistungsbeurteilung.
d. Die Handreichung mit dem Titel *Der schulische Umgang mit Lese-Rechtschreib-Schwäche* (B. Haller et al., 2022) liefert unter anderem fundierte Informationen zur Theorie über LRS, zur schulischen Förderung, sowie zur Leistungsbeurteilung bei LRS und bietet außerdem Hinweise für Eltern.
e. Im Bericht mit dem Titel *Evidenzbasierte LRS-Förderung* (Huemer et al., 2019) findet sich große Auswahl an wissenschaftlich überprüften wirksamen Programmen für die schulische LRS-Förderung.

In der Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS und LRS im schulischen Kontext im Rahmen dieser Masterarbeit sind oben genannte Schreiben des BMBWF Österreich als Basis zu verstehen.

Als Erweiterung zu den erwähnten Rundschreiben und Publikationen des BMBWF werden im folgenden Teil der Arbeit Faktoren für erfolgreiches Lernen und schulisches Gelingen mit ADHS und LRS erörtert. Die Handlungsmöglichkeiten stellen eine gut sortierte Auswahl an Optionen dar, die für Kinder mit ADHS und LRS hilfreich sein können. Sie finden in der Schüler:innen–Lehrer:innen Beziehung sowie im Klassenzimmer direkte Anwendung und bedingen keinem Einzel-, oder Kleingruppensetting.

5.1 Grundlegende Faktoren für erfolgreiches Lernen

Unabhängig davon, ob ein Kind eine Verhaltensauffälligkeit oder eine Leistungsschwäche hat, gibt es eine Reihe von Faktoren, die maßgeblich Einfluss auf Erfolg oder Misserfolg beim Lernen haben. Den Faktoren für schulisches Gelingen mit ADHS und/oder LRS sollen zuerst die grundlegenden, übergeordneten Faktoren für erfolgreiches Lernen genannt werden, welche die Basis für eine positive Interaktion zwischen Lehrperson und Schulkind bilden.

Faktor Beziehung

Im schulischen Gelingen hängt viel an der Beziehung zwischen Lehrkraft und Schulkind — grundsätzliches Mögen und ehrliches Lob sollen möglich sein, da das Verhalten der Lehrperson entscheidenden Einfluss auf das Verhalten und Erleben des Kinds sowie seine Lern- und Leistungsentwicklung hat. Eine positive Grundstimmung soll durch bewussten Fokus auf Stärken und Potenziale des Kindes erreicht werden oder durch das Finden von Freiräumen, wo das unerwünschte Verhalten Platz hat und erlaubt ist — beispielsweise Bewegungsdrang und Impulsivität durch besondere Aufgaben wie Botendienste oder Blumenpflege umlenken (Hoberg, 2018, S. 107; Mackowiak & Schramm, 2016, S. 56).

Faktor Lob

Gutes Lob wertet nicht das Ergebnis, sondern die aufgebrachte Anstrengung. Es sollte zeitlich unmittelbar ausgesprochen werden und möglichst eindeutig, ehrlich und uneingeschränkt sein. Der Fokus darf dabei auf kleinste Erfolgsschritte gerichtet sein, versteckte Kritik muss vermieden werden (Emmerich et al., 2007, S. 54). Gutes Lob ist Ansporn und Motivation, beugt Resignation vor und verbessert das Selbstbild (Hoberg, 2018, S. 157).

Faktor Aufklärung

Hoberg (2018, S. 79) beschreibt, *„Je älter Kinder werden, desto größer wird die Bedeutung der Psychoedukation“.* In kindgerechtem Rahmen müssen Betroffene darüber aufgeklärt werden, was die Ursache ihrer Probleme ist. Dramatisierung, der Fokus auf Probleme, Übergeneralisierung oder die Störung zum Alibi machen, sollen vermieden, hingegen sollen aktive Handlungsmöglichkeiten in den Vordergrund gestellt werden (Hoberg, 2018, S. 79). Diese können etwa im Rahmen der Elternberatung, in der Arbeit mit zuständigen Betreuungslehrer:innen und im Unterricht durch den Einsatz von passenden Bilderbüchern aufgegriffen werden.

5.2 Faktoren für schulisches Gelingen mit ADHS

Dieser Abschnitt soll eine Auswahl an Handlungsempfehlungen für den Unterricht von Kindern mit ADHS liefern. Für betroffene Kinder und ihre Familie stellt der Schulbesuch häufig einen hohen Belastungsfaktor dar, weil insbesondere die Rahmenbedingungen von Schule und Unterricht in Bezug auf die ADHS-Symptomatik das Kind an seine Grenzen bringen (Kahl, 2012, S. 78). Um die Probleme der Kinder beim Lernen verstehen zu können, ist es unverzichtbar, eine an der Sichtweise des Kindes orientierte, kindzentrierte Haltung anzunehmen (Bischkopf & Bischkopf, 2016, S. 72).

Für den schulischen Umgang empfiehlt die S3-Leitlinie des AMWF, Lehrerschulungen in Orientierung an Elterntrainings beziehungsweise die Beratungen der Lehrkräfte auf verhaltenstherapeutischer Basis. Ziel ist, das Verständnis der Lehrpersonen für die Symptomatik zu verbessern, pädagogisches Handeln vor dem Hintergrund der ADHS-Symptomatik zu optimieren und Verhaltensprobleme sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im Umfeld der Schule zu vermindern (AMWF, 2017, S. 57).

Allgemeine Hilfestellungen im Unterricht für Kinder mit ADHS

- möglichst wenig visuelle Ablenkung im Klassenraum
- Vielfalt in Unterrichtsmethoden und Arbeitsformen
- Bewegungsfreiräume im Unterricht
- kleine Ziele mit unmittelbarer Belohnung oder positiver Rückmeldung
- Vermeidung von Reizüberflutung durch dekorative Elemente am Arbeitsblatt
- Klassenregeln sollen klar, simpel und auf ein Minimum reduziert sein
- regelmäßiges Üben der Klassenregeln
- nutzen von Checklisten zur Unterstützung bei Aufgaben oder Hausübungen
- Kinder ermutigen, den Arbeitsauftrag in eignen Worten zu wiederholen
- bewusste positive Aufmerksamkeit und Lob, um gutes Verhalten zu belohnen

- dem Kind Verantwortungsbereiche übertragen, um ein positives Selbstbild zu entwickeln und in einem positiven Kontext gesehen zu werden

(East & Evans, 2017, S. 7)

Der geeignete Sitzplatz

Kinder mit ADHS sind benachteiligt im Ausblenden unwichtiger Reize. Sie sollten so sitzen, dass ihre Perspektive reizarm ist aber Wesentliches wie Tafel, Lehrperson, Tagestransparenz oder Verstärkersysteme sichtbar sind. Ein Sitzplatz in der ersten Reihe oder in unmittelbarer Nähe zur Lehrperson schafft eine direkte Verbindung und erleichtert die Aufmerksamkeitslenkung. Ein Gehörschutz zum Dämmen der auditiven Reize bei der Stillarbeit ist empfehlenswert. Ein Einzelplatz, Tischparavents oder Sitzbälle können sinnvolle Unterstützung bieten (Rietzler & Grolimund, 2023, S. 239; Frölich et al., 2021, S. 104; Hoberg, 2018, S. 116).

Verbale und nonverbale Kommunikation

Verbale Anweisungen sollen knapp, klar und positiv formuliert sein. Blick- und Körperkontakt (Hand auf der Schulter) sowie Gesten und Mimik dienen der Verstärkung. Ritualisiert eingesetzte optische Signale wie Piktogramme zur Darstellung der Tagestransparenz und Arbeitsform oder akustische Signale wie ein Gong zum Einfordern der Aufmerksamkeit erleichtern das Senden der Botschaft. Das Verstehen des Auftrages durch das Schulkind muss stets überprüft werden (Frölich et al., 2021, S. 104; Hoberg, 2018, S. 161).

Konsequenzen

Das Lob als positive Konsequenz hilft den Weg zum angemessenen Verhalten zu finden und soll über der negativen Konsequenz stehen. Wenn negative Konsequenzen unvermeidbar sind, empfiehlt sich der Entzug von Privilegien oder Verstärkern, Wiedergutmachungen, Nacharbeiten, Einbezug der Eltern oder vorübergehender Ausschluss aus dem Unterricht (Hoberg, 2018, S. 156).

Bewegung und Entspannung

Motorische Unruhe ist bei Kindern mit ADHS kaum zu verhindern, ist aber eines der Symptome, das sich mit dem Älterwerden am ehesten auswächst. Daher kann es kräftesparend sein, einen Großteil davon bewusst zu übersehen. Handlungsbedarf besteht dann, wenn die Unruhe die Klasse und die Lehrperson bei der Arbeit stört oder wenn sich das Kind die Bewegungsfreiheit unpassend und unerlaubt nimmt (Hoberg, 2018, S. 118).

Bei sehr störendem Schaukeln, Wippen oder Klappern kann diese Übung hilfreich sein, innere oder äußere Unruhe abzureagieren, das Sitzen zu erleichtern oder die Konzentration kurzzeitig zu verbessern: *Unter dem Tisch die Hände fest zu Fäusten ballen, den Druck so lange wie möglich halten, ruhig atmen, wenn die Kraft nachlässt die Fäuste langsam öffnen, ruhig atmen und die Entspannung fühlen.* Die Übung lässt sich variieren, indem die Handflächen so fest wie möglich seitlich an den Stuhl oder die Fußsohlen in den Boden gedrückt werden und bei Entspannung gelöst oder ausgestreckt werden (Simchen, 2015, S. 48).

Gezielte Bewegung kann durch „unsinnige Aufforderungen" geschaffen werden. Beispiele hierfür sind: etwas in den Mülleimer zu schmeißen, Dinge in die Nachbarklasse zu bringen, den Gang entlang oder die Treppe auf und ab in bestimmter Anzahl zu laufen oder im Turnunterricht Matten die Turnsaallänge entlang auslegen zu lassen. Bewegungssequenzen wie Stopp-Tanz zur Musik können mit der ganzen Klasse durchgeführt werden (Hoberg, 2018, S. 118).

Struktur beim Lernen

Äußere Struktur hilft bei Lernaufgaben. Diese sollen überschaubar, strukturiert und simpel sein. Das Pensum in Schritte zu zerlegen oder das Aufgabenblatt in Streifen zu schneiden, macht die Menge übersichtlich. Kleine Portionen, häufigere Wiederholungen und eine länger eingeplante Vorbereitungszeit helfen beim Lernen für Tests und Schularbeiten. Sinnvolle Bewegungspausen zur Erholung sollen eingeplant, Medienzeit hingegen vermieden werden (Emmerich et al., 2007, S. 52).

Hausaufgaben

Die Hausübung als Berührungspunkt zwischen Schule und dem Zuhause ist oft ein konfliktgeladenes Thema für viele Familien. Die Erziehung zum Führen eines Hausaufgabenheftes bereitet die Kinder vor, sich im späteren Leben wichtige Informationen zu notieren und für deren Erledigung Eigenverantwortung zu übernehmen. Bei unorganisierter Arbeitshaltung empfiehlt es sich ein DIN-A5 Heft zu verwenden, das farblich auffällig gestaltet ist und unter den restlichen Schulmaterialien hervorsticht. Ein Kästchen zum Abhaken erledigter Aufgaben kann motivierend sein (Hoberg, 2018, S. 136).

5.3 Faktoren für schulisches Gelingen mit LRS

Laut statistischer Vorkommenshäufigkeit sitzen im Durchschnitt in jedem österreichischem Klassenzimmer bis zu zwei Kinder mit LRS (B. Haller et al., 2022, S. 7). Die Ursachen und Ausprägungen von LRS sind vielfältig und komplex. Durch frühzeitige Erkennung und gezielte Unterstützung gibt es Möglichkeiten, positiv darauf einzuwirken, daher ist es unerlässlich, sich darum zu bemühen. (Sprenger & Sprenger, 2014, S. 37).

Schulische LRS-Förderung

Die geeignete Intervention (siehe Kapitel 3.9 Interventionen bei LRS) bei LRS muss dem betroffenen Kind individuell angepasst sein. Dies erfordert einerseits ein genaues Feststellen des aktuellen Leistungsstands in den relevanten Teilbereichen, andererseits auch die Auswahl eines theoretisch fundierten, evidenzbasierten Fördermaterials (Huemer et al., 2019, S. 8). Eine ausführliche Beschreibung sämtlicher geeigneter Programme für die schulische Förderung in Kleingruppen findet sich in der Publikation *Evidenzbasierte LRS-Förderung* des österreichischen Bildungsministeriums. Die Durchführung der Förderung soll schließlich systematisch und regelmäßig durchgeführt werden. Passende Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden.

In der ebenfalls vom österreichischen Bildungsministerium erschienen Publikation *Der schulische Umgang mit der Lese-/Rechtschreibschwäche* (B. Haller et al., 2022, S. 22) und den S3-Leitlinien zur *Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung* (AMWF, 2015, S. 58) werden folgende Empfehlungen für die Förderung gestellt:

- Der Start der Förderung sollte so früh wie möglich, bereits in der ersten Klasse beim Erwerb der Buchstaben beginnen.
- Die Verantwortung über die Förderung wird von einer im Bereich der LRS-Förderung kompetenten Lehrperson übernommen.
- Es besteht guter Austausch zwischen allen am Lernweg des Kindes beteiligten Personen (Netzwerk: Kind, Eltern, Schule, außerschulische Expertinnen/Experten).
- Die Förderung sollte so lange andauern, bis eine altersgerechte Teilhabe erreicht ist. Jährlich sollen Verlaufskontrollen und ein eventueller sonderpädagogische Förderbedarf geprüft werden.

Folgende Handlungsempfehlungen für den Unterricht bei LRS betreffen nicht die inhaltliche Förderung des Lesens und Schreibens, sondern stellen allgemeine Möglichkeiten der Unterstützung und des Ausgleichs von Nachteilen dar.

Allgemeine Hilfestellungen im Unterricht für Kinder mit LRS

- immer von den Stärken des Kindes ausgehen
- Nutzen von Hilfsmitteln wie Videos oder Diktiergeräten
- Listen mit Schlüsselwörtern, Satzanfängen oder Zusammenfassungen
- Reduktion der Arbeit an der Tafel (Abschreibe Arbeiten)
- viel Lob für die geleistete Anstrengung
- Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen, um deren Rücksichtnahme zu gewährleisten

(East & Evans, 2017, S. 15–19)

Optimierung der Unterrichtsmaterialien

Schriftgröße von 12 pt oder größer, ein Zeilenabstand von 1,5 oder 2 und das Verwenden von serifenlosen Schriften unterstützen die Lesbarkeit. Ergänzend tragen grafische Schriftsegmentierungen zu besserer Lesbarkeit bei. Das Gliedern in kleine Abschnitte durch Abdecken oder Zerschneidens eines Arbeitsblattes in kleiner Teile kann helfen, den Überblick zu behalten (AMWF, 2015, S. 52; Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 54).

Arbeitszeitverlängerung

Grundsätzlich sollte Kindern mit Lernschwierigkeiten ein längerer Arbeitszeitraum zur Verfügung gestellt werden. Dies kann durch das Kürzen der Aufgaben, wie zum Beispiel durch Verringerung des Schreibumfangs oder der Länge der Lesetexte, sowie durch zusätzliche Zeit erreicht werden. Gewährung von zusätzlichen Pausen und Reduzierung der Hausübung schaffen Ausgleich zum erhöhten Arbeitsaufwand (Schulte-Körne, 2021, S. 85).

Mündlichkeit in den Vordergrund

Textbasierte Aufgabestellungen können vorgelesen und schriftliche Leistungsfeststellungen durch mündliche ersetzt werden. Die Schreibleistung kann durch multiple choice Fragestellungen minimiert werden. In der Beurteilung kann des Verhältnis von mündlicher zu schriftlicher Leistung individuell gewichtet werden (Schulte-Körne, 2021, S. 85).

Technische Tools

Der Einsatz von technischen Unterstützungsmöglichkeiten wie einem Diktiergerät, Tablet, Laptop oder Vorlesestift können für Personen mit LRS eine Entlastung darstellen. Statt Lesebüchern kann alternativ auf Hörbücher ausgewichen werden (Schulte-Körne, 2021, S. 85).

5.4 Faktor Elternarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen Schule und Familie als Erziehungsgemeinschaft hat einen bedeutenden Effekt auf die schulische Entwicklung eines Kindes (Mackowiak & Schramm, 2016, S. 135). Je früher Schule und Eltern über die Schwierigkeiten des Kindes miteinander ins Gespräch kommen, desto früher können diagnostische und therapeutische Maßnahmen gesetzt sowie die Förderung geplant werden (Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 57).

Hoberg (2018) erläutert den Zweck der Kontaktaufnahme mit den Eltern. Einerseits bei Verdacht auf ADHS oder LRS im Hinführen zur Diagnostik, hier sollte so früh wie möglich gehandelt werden, um in Ruhe und Gelassenheit präventiv an das Thema heranzugehen und um Spielraum für lange Wartezeiten zu gewinnen, zumal dieser Prozess oftmals mehrere Gespräche erfordert. Andererseits ist nach gestellter Diagnose die Kooperation mit den Eltern von besonderer Bedeutung, um förderliche Unterstützungsmaßnahmen für das Kind in der Schule zu gestalten. Hierfür geben Hoberg (2018, S. 141f) als auch Mackowiak und Schramm (2016, S. 135f) konkrete Gelingensbedingungen an:

- Vertrauen wird durch eine positive Atmosphäre aufgebaut
- die Eltern werden in ihrer Kompetenz gestärkt
- der Kontakt wird engmaschig gehalten
- Abstände und Zeitfenster werden geplant,
  z.B. wird alle zwei Wochen ein Telefonat von ca. 10 Minuten geführt
- Interventionen in der Schule werden besprochen
- Ziele und Erwartungen werden geklärt
- Zuständigkeitsbereiche werden abgesteckt
- Gespräche werden protokolliert

Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Zuhause und der Schule gilt als elementarer Bestandteil des Gelingens. Regelmäßiger Austausch über Fortschritte, Rückschritte und Besonderheiten können gleichermaßen bereichernd, herausfordernd aber unbedingt dringend notwendig sein (Gawrilow et al., 2022, S. 48).

Rolle und Bedürfnisse der Eltern

ADHS betrifft und belastet die ganze Familie und ihr Alltagsleben, hoher Stress, gegenseitige Enttäuschung und Schuldzuweisungen stehen meist an der Tagesordnung. Die klinische Diagnose und ein mehrdimensionaler Behandlungsansatz können für Familien einen Teil der Unterstützung darstellen. Sie bedürfen darüber hinaus aber besondere Bestärkung in ihrer positiven Eltern-Kind Beziehung (Brandau & Pretis, 2009, S. 92).

Betz und Breuninger beschreiben, dass Lernschwierigkeiten Auslöser von Konflikten zu Hause sind. Schlechte Noten und stundenlanges Arbeiten an Hausübungen können für Streit sorgen. Für Eltern kann hierbei folgende Erkenntnis entlastend sein: Jeder Mensch habe in einem oder mehreren Bereichen Lernschwierigkeiten, jedoch seien diese im Alltag nicht immer zwingend sichtbar. Will man beispielsweise eine bestimmte Sportart oder ein Instrument erlenen, scheitert daran aber kläglich, so gebe man den Versuch wieder auf und führe den Misserfolg auf mangelnde vorhandene Fähigkeiten zurück. Das kann akzeptiert werden, denn es sei für den weiteren Lebenserfolg nicht unbedingt wichtig. Betreffe diese Lernschwierigkeit aber eine der schulischen Fähigkeiten, so könne diese Tätigkeit nicht aufgegeben werden, da das Erlernen der Kulturtechniken für die Orientierung in unserer Gesellschaft und den weiteren Wissenserwerb unverzichtbar sei (Betz & Breuninger, 1998, S. 3).

Schwierigkeiten im schulischen Kontext sind ein Signal für Förderbedarf und geben Eltern Anlass zu Sorge. Mütter und Väter betroffener Kinder leiden oft aufgrund fehlenden Wissens und mangelnder Aufklärung an Schuldgefühlen und dem Glauben, etwas falsch gemacht zu haben (Brandau & Pretis, 2009, S. 92).

Betz und Breuninger (1998, S. 101) geben Eltern für ihre Rolle als Unterstützer des eignen Kindes folgende Anregungen:

- Das Kind soll angenommen und geliebt werden, die liebevollen Seiten des Kindes sollen im Fokus stehen.
- Es soll in seiner Anstrengung ermutigt und unterstützt werden, auch wenn sie nicht immer zum Erfolg führen.

- Eltern müssen Geduld haben und abwarten, bis das Kind von sich aus um Hilfe bittet.
- Der Selbstwert des Kindes muss gestärkt und die Misserfolgserwartung durchbrochen werden.
- Schule und Leistungsbeurteilung sollen nicht ständig präsente Themen sein.
- Kinder sollen mit ihrer Familie kompensatorische Aktivitäten erleben, um das Gefühl von Geborgenheit zu fördern.
- *„In der Familie das **KIND** groß und die **schule** klein schreiben."*

5.5 Unterrichtsmittel zum Thema ADHS und LRS

Ergänzend zu den Handlungsempfehlungen für den Unterricht von Kindern mit ADHS und LRS wird hier eine kleine Auswahl an Materialien zur Aufklärung und Förderung dargestellt, deren Einsatz im Unterricht hilfreich sein kann.

Bilderbuch zum Thema ADHS

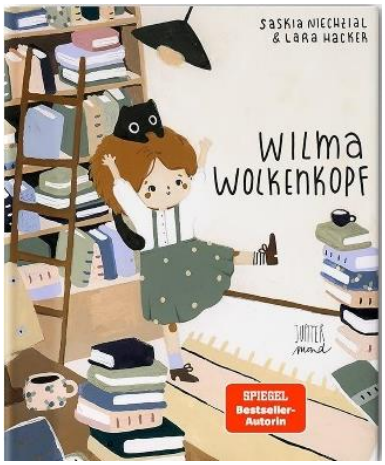

Abbildung 7.
Wilma Wolkenkopf
(Bildquelle: https://jupiter-mond.com/produkt/wilma-wolken-kopf/)

Das im Jahr 2023 erschienen Bilderbuch der Grundschullehrerin und Autorin Niechzial und der Illustratorin Hacker beschreibt das Leben des Mädchens *Wilma Wolkenkopf* (Niechzial & Hacker, 2023). Es gewährt Einblick in die Gedankenwelt des Kindes, verdeutlicht die wertschätzende und liebevolle Begleitung durch das Umfeld und schließt Diagnose sowie Therapie mit ein. Es kann zur Annäherung an das Thema und zur Aufklärung über ADHS bei Schulkindern eigesetzt werden.

Bilderbuch zum Thema LRS

Abbildung 8.
Anna, Peter und Lund der Lese-Rechtschreib-Hund
(Bildquelle: https://www.reinhardt-verlag.de/50390_klingebiel_anna_peter_und_lund_der_lese_rechtschreib_hund/)

Das Bilderbuch *Anna, Peter und Lund* von Klingebiel und Lunzer (2011) erzählt von zwei Kindern, die mit dem Schreiben und Lesen Probleme haben. Das Buch arbeitet das Thema LRS, die Ursachen sowie Therapie auf und zeigt positive Handlungsmöglichkeiten. Beiliegend sind außerdem Informationen und Übungsmaterialien für Eltern und Lehrpersonen.

Lesebuch zum Thema LRS

Abbildung 9.
Linkslesestärke
(Bildquelle: https://www.penguin.de/buch/linkslesestaerke/anja-janotta/bassermann/e556099.rhd)

Das Lesebuch *Linkslesestärke* von Janotta (2015) für Kinder ab neun Jahren erzählt von einem Mädchen mit LRS, das sich keine Namen merken kann und sich nach einer besten Freundin sehnt. Das Buch verwandelt die LRS zur Linkslesestärke, beschreibt die Schwierigkeiten im Schulleben und zeigt, wie das Mädchen seine Stärken findet. Ein zweiter Band mit dem Titel *Linkslesemut* ist im Jahr 2016 beim selben Verlag erschienen.

Konzentrationstraining bei ADHS

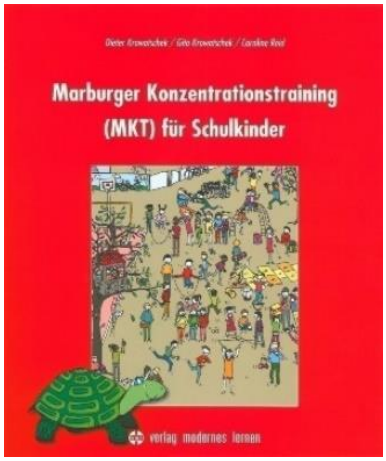

Abbildung 10. MKT
(Bildquelle: https://www.verlag-modernes-lernen.de/buecher/shop-detail/article/8365)

Das von Korwatschek und Kollegen entwickelte, *Marburger Konzentrationstraining* ist für Kinder von sechs bis zwölf Jahren als Kurzintervention geeignet. Wirksamkeitsuntersuchungen geben an, dass auch noch nach drei Monaten eine deutliche Verbesserung in der Symptomatik hinsichtlich Unaufmerksamkeit und Selbständigkeit festgestellt werden kann (Kahl, 2012, S. 79). Es enthält Stundenabläufe, Vorlagen, Wimmelbilder, Hinweise zur Elternarbeit sowie praktische Tipps, Anleitungen und Spiele (Krowatschek et al., 2019).

Förderprogramm bei LRS

Abbildung 11.
Marburger RST
(Bildquelle: https://www.hogrefe.com/at/shop/das-marburger-rechtschreibtraining.html)

Das S3-Leitlinien konforme *Marburger Rechtschreibtraining* (Schulte-Körne & Mathwig, 2001-2023) wird zur schulischen und außerschulischen Förderung von Kindern mit Lese-/Rechtschreibschwäche eingesetzt. Es kann sowohl in der Einzelförderung als auch in Kleingruppen angewendet werden. Das Training basiert auf einem Grundgerüst von acht Regeln in zwölf Kapiteln. Wege zur selbstständigen Lösung von Rechtschreibproblemen werden vermittelt.

6. Empirie

Wie können Kinder, die von einer Verhaltensauffälligkeit und einer Lernstörung betroffen sind, bestmöglich durch die Primarschule begleitet werden? Was brauchen ihre Eltern und über welches Wissen sollen Lehrkräfte verfügen? Im empirischen Teil dieser Arbeit wurde eine qualitative Studie mit Expertinnen und Experten in pädagogischen, therapeutischen und klinischen Berufsfeldern durchgeführt, um Antworten auf diese Fragen zu finden. In der Befragung wurde großer Wert auf Wissen, Meinungen und persönliche Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven, die die Expertinnen und Experten im Laufe ihrer Berufszeit gesammelt haben gelegt. Ein umfassender Blick auf das Thema sollte gewonnen werden.

6.1 Forschungsdesign & Forschungsfrage

Als Material zum Informationsgewinn, um die formulierte Forschungsfrage: „*Wie kann eine erfolgreiche Begleitung von Kindern und ihren Familien mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und einer Lese-/Rechtschreibstörung im Kontext Schule gelingen?*“ empirisch zu beantworten, wurden die Durchführung von Interviews und festgelegt.

Der Interviewleitfaden für die teilstandardisierte Befragung von Experten und Expertinnen wurde nach Pohlmann (2022, S. 234f) entwickelt. Bei der Erstellung des Leitfadens ergaben sich nach Literaturstudie zum Themengebiet der vorliegenden Arbeit folgende deduktive Kategorien:

- Erkennen von Symptomen für ADHS und LRS
- Fokus auf Stärken und Potenziale
- Faktoren für Erfolg und Handlungsmöglichkeiten im Setting Schule
- interdisziplinäre Zusammenarbeit

Um die weit gefasste Forschungsfrage näher einzugrenzen, ergaben sich aus den oben genannten Kategorien weitere Teilfragen, die das Forschungsinteresse konkretisieren:

Was sollen Primarschulpädagoginnen und Pädagogen über ADHS und LRS wissen?
Welche Faktoren helfen Kindern mit ADHS und LRS, um erfolgreich zu lernen?
Was brauchen Eltern von Kindern mit ADHS und LRS in der schulischen Beratung?

Ausgehend von diesen Fragen wurde der Interviewleitfaden erstellt. Vor der eigentlichen Durchführung der Interviews erfolgte ein Pre-Test. Anschließend wurden Formulierung und Anordnung der Fragen überarbeitet und für die Befragungen finalisiert. Der Interviewleitfaden in voller Länge ist im Anhang dieser Arbeit zu finden. Allen Interviewpartnerinnen und -partnern wurden die gleichen Fragen gestellt, um einen umfassenden Blick aus verschiedenen Perspektiven auf die zentrale Forschungsfrage zu gewinnen. Ein möglichst großes Spektrum an Wissen, subjektiven Erfahrungen und diversen Beobachtungen der Expertinnen und Experten sollten erhoben werden.

Die zehn durchgeführten Interviews fanden im Zeitraum Juni 2023 bis Jänner 2024 im Raum Linz, OÖ statt. Sieben der zehn Interviews fanden face-to-face am Arbeitsplatz der jeweiligen Interviewpartnerin oder des Interviewpartners statt. Zwei Interviews wurden ebenfalls face-to-face jedoch im privaten Setting durchgeführt. Ein Interview wurde aus Krankheitsgründen via Videotelefonie gehalten. Die Dauer der Gespräche variierte zwischen 25 und 59 Minuten. Mit einem Mobilgerät wurde eine Audioaufzeichnung der Interviews aufgenommen und als MP3 Audiodatei gesichert.

Im Anschluss wurden die Interviews wörtlich von Audio zu Text mit Übertragung ins Schriftdeutsche transkribiert. Das erhobene Datenmaterial wurde dann nach der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring (2008) analysiert und ausgewertet. Dabei wurde das gewonnene Datenmaterial anhand der zuerst definierten deduktiven Kategorien sowie durch weitere, in der ersten Reduktion des Materials entstandene, induktiven Kategorien ergänzt und sortiert. Für die Aufbereitung des Materials nach Kategorie, Item und Person wurden die Daten in einer

Microsoft Excel-Tabelle erfasst. Die Interviews wurden bei der Auswertung nach Berufsgruppen getrennt analysiert, um eine Gegenüberstellung der unterschiedlichen Perspektiven der Professionen zu ermöglichen.

6.2 Auswahl der Expertinnen und Experten

Die Zusammensetzung der Gruppe an Expertinnen und Experten ist interdisziplinär, jede Person arbeitet in einem anderen beruflichen Kontext, manche in mehreren beruflichen Kontexten gleichzeitig, täglich mit ADHS und/oder LRS betroffenen Kindern. Alle sind aktuell im Raum Linz, OÖ tätig. Acht Interviewpartnerinnen sind weiblich, zwei Interviewpartner männlich. Die befragten Personen erklärten sich nach persönlicher Anfrage freiwillig für das Interview bereit. Ihre Identität wurde bei der Auswertung anonymisiert, lediglich die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe und statistische Merkmale wie die Jahre an Berufserfahrung und das Geschlecht blieben erhalten.Die Gruppe der Befragten setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 4. *Auswahl der Expertinnen/Experten der qualitativen Forschung*

Pädagoginnen	
Lehrerin 1	Betreuungslehrerin Verhalten weibl., 30 Jahre Berufserfahrung
Lehrerin 2	Sonderschullehrerin mit div. Zusatzausbildungen weibl., 20 Jahre Berufserfahrung
Lehrerin 3	Sonderschullehrerin weibl., 15 Jahre Berufserfahrung
Lehrerin 4	Volksschullehrerin und LRS-Therapeutin weibl., 15 Jahre Berufserfahrung
Lehrerin 5	Volksschul- und Sonderschullehrerin weibl., 30 Jahre Berufserfahrung

LRS-Therapeutinnen	
LRS-Therapeutin 1	LRS-Therapeutin, Volksschul- und Betreuungslehrerin weibl., 30 Jahre Berufserfahrung
LRS-Therapeutin 2	LRS-Therapeutin und klinische Linguistin weibl., 13 Jahre Berufserfahrung
Psychologin/Psychologe	
Psychologe 1	Klinischer Psychologe, Entwicklungsdiagnostiker, LRS-Experte, lehrend und forschend an Hochschule und Universität zum Thema Lernstörungen männl., 20 Jahre Berufserfahrung
Psychologin 2	Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, LRS-Expertin und LRS-Therapeutin, Diagnostikerin u. a. für LRS und ADHS, Inhaberin einer Praxis für Kinderpsychologische Diagnostik & Förderung, AHS-Lehramt für Mathematik, Psychologie und Philosophie weibl. 20 Jahre Berufserfahrung
Psychiater	
Psychiater	Neurologe und Psychiater in eigener Praxis männl., 35 Jahre Berufserfahrung

6.3 Auswertung und Inhaltsanalyse

Nach dem Festlegen des Forschungsinteresses und des theoretischen Rahmens der Arbeit, der Literaturrecherche, dem Formulieren der Forschungsfrage, dem Entwickeln des Interviewleitfadens und dem Finden der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner folgten die zentralen Arbeitsschritte der Forschung: die Durchführung der Interviews zur Datenerhebung sowie das anschließende Transkribieren, Auswerten und Analysieren.

Es folgt eine Darstellung der Umsetzung in vereinfachter Anlehnung an Mayring (2008, S. 60) in Stichpunkten.

1. **Datenaufbereitung**: Transkription der Interviews
2. **Daten systematisch ordnen**: Aussagen als Items kodieren
3. **Kategorien ausarbeiten**:
   Basierend auf der Kodierung werden Kategorien gebildet, die die wichtigsten Themen im Material repräsentieren. Die Kategorien waren zum Großteil bereits deduktiv durch Literatur und Interviewfragebogen festgelegt, einige Kategorien wurden im Auswertungsprozess induktiv ergänzt.
4. **Reduktion 1**: Streichen unwichtiger Aussagen. Zusammenfassung und Paraphrasierung aller bedeutungsvollen Aussagen der einzelnen Interviews. **Reduktion 2**: Zusammenfassung nach Berufsgruppen, Streichung bedeutungsgleicher Aussagen. Zu jeder Kategorie werden aus den Transkripten prägnante Aussagen, so genannte *Power Quotes* (Danner-Schröder, 2017, S. 99) gewählt und für die spätere Ausarbeitung der Ergebnisse gesammelt.
5. **Kategoriensystem:** alle relevanten Aussagen, Items werden in einer Excel Tabelle übersichtlich zusammengestellt.
6. **Interpretation**: Die Kategorien werden verglichen und interpretiert. Die jeweiligen Ergebnisse der Berufsgruppen werden einander gegenübergestellt, um Gemeinsamkeiten und abweichende oder widersprechende Aussagen herauszuarbeiten. Schlussfolgerungen über die Forschungsfrage werden gezogen und Erkenntnisse gewonnen.

Die Forschungsergebnisse werden in nachstehendem 7. Kapitel umfassend dargestellt. Im Hinblick auf das Forschungsziel werden die gewonnen Ergebnisse im abschließenden 8. Kapitel dieser Arbeit, der Diskussion, den Erkenntnissen der Theorie gegenübergestellt, um die Forschungsfrage zu beantworten und Schlussfolgerungen zu ziehen.

7. Darstellung der Ergebnisse

Dieses Kapitel liefert die Darstellung der Ergebnisse der ausgewerteten Daten. Sie gliedern sich in die übergeordneten Themen *Früherkennung und Diagnostik*, *Geschlechtsspezifische Unterschiede*, *Bedürfnisse betroffener Kinder und ihrer Eltern*, sowie *pädagogische und interdisziplinäre Erfolgsfaktoren und Handlungsmöglichkeiten.* Am Ende dieses Kapitels findet sich eine knappe Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

7.1 Früherkennung und Diagnostik

Es wird den Fragen nachgegangen, welches Wissen über die Symptomatik, deren Früherkennung und einer möglicherweise notwendigen diagnostischen Abklärung sowie über deren Vor- und Nachteile notwendig ist.

Früherkennung von Auffälligkeiten

Alle Befragten betonen die Bedeutung der Früherkennung von Auffälligkeiten im Verhalten als auch in der Leistung, was insbesondere für den möglichst frühen Zeitpunkt des Einsetzens der individuell passenden Intervention wichtig ist.

Zum Zeitpunkt des Erkennens von Auffälligkeiten im Verhalten wird einstimmig der Schuleintritt genannt. Der klinische Psychologe 1 beschreibt dies so: *„Wann ist ganz eindeutig ab der ersten Klasse und besonders dort im Start, wo alle Kinder aufeinandertreffen.“* Lehrerin 4 bestätigt: *„Verhaltenssachen sieht man gleich im sozialen Umgang mit anderen Kindern im Betreten der Klasse, in Spielsituationen …“*. Eine Ausnahme, so ergänzen LRS-Therapeutin 2 und Psychologin 2, stellt das Frühkindliche-ADHS dar, das sehr selten auftritt, sich aber besonders auffällig zeigt und bereits vor Schuleintritt neurologisch abgeklärt wird.

Der Psychiater erläutert näher: *„Das kommt darauf an, ob man von ADS oder ADHS spricht. Das sind zwei völlig verschiedene Bilder. ADS, also reine Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom Kinder sind ja meistens ruhig, das sind Tagträumer und*

die fallen gar nicht auf." LRS-Therapeutin 2 ergänzt außerdem, dass auffälliges kindliches Verhalten nicht willkürlich sei, sondern immer einen Grund habe.

Zu den Auffälligkeiten in den schulischen Leistungen beschreibt die klinische Psychologin 2 hingegen, dass sich diese bereits im Vorschulalter beobachten lassen. Sie sagt: *„Wenn es um Lernstörungen geht, da gibt es gewisse Frühprädiktoren, sogenannte Vorläuferfertigkeiten, das können auch eine geschickte Kindergartenpädagogin oder aufmerksame Eltern feststellen. Zum Beispiel wenn (…) das Lautbewusstsein, die phonologische Bewusstheit, das Reimen und solche Sachen schwierig sind. Wenn man da differenziert schaut, kann man relativ bald was merken."* Ihre Expertise wird durch die Beobachtung von Lehrerin 4 durch die Aussage: *„Diese Auffälligkeiten fallen schon auf in der phonologischen Bewusstheit. Wir arbeiten mit allen Sinnen und da merkt man schon, dass in vielen Teilbereichen der Wahrnehmung die Kinder da Ausfälle haben und auffällig sind (…) relativ bald, also wirklich in der Schuleingangsphase."* bestätigt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Auffälligkeiten bereits in der Schuleingangsphase erkennbar sind. Anzeichen für ADHS können bereits vor dem Eintritt in die Schule auftreten. Defizite in der Leistung zeigen sich in Vorläuferfertigkeiten, wie der phonologischen Bewusstheit, ebenfalls bereits im Vorschulalter. Mit Schulbeginn steigen die Anforderungen, was Schwierigkeiten wie Konzentrationsprobleme verstärken kann.

Sinn und Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung

Die Frage, ob alle Kinder, die Auffälligkeiten im Verhalten, in der Leistung oder in beiden Bereichen zeigen, eine klinische diagnostische Abklärung bräuchten, wurde von allen befragten Expertinnen und Experten einstimmig verneint. Jedoch wurden sinnvolle Gründe für eine Diagnostik genannt. Lehrerinnen schätzen den Wert einer Außenperspektive und betonen die Sinnhaftigkeit beim Übertritt von der Primar- in die Sekundarstufe. Sie wird als nützliches Werkzeug betrachtet, um beobachtete Probleme zu benennen und die mögliche Ursache dahinter zu verstehen, wie LRS-Therapeutin 1 darauf hinweist, indem sie beschreibt, dass kein Kind grundlos oder vorsätzlich ein bestimmtes Verhalten zeige. Lehrerin 2 bekräftigt, indem sie sagt:

„Manchmal hilft es zum Verständnis, gerade auch für Eltern, dass man bewusst machen kann ‚Das Kind gibt schon sein Bestes', nämlich sowohl im Verhalten als auch bei der Leistung (…) es entlastet Eltern oft." Psychologe 1 ergänzt die Dringlichkeit der Prävention von möglichen Missinterpretationen des Kindes durch den diagnostischen Prozess, er stellt fest: *„Wenn Aufmerksamkeitsprobleme im Raum sind, dann ist die Abgrenzung zwischen ‚der mag nicht, der tut zu Fleiß nicht mit' wichtig (…) wenn man das abgrenzen kann, ist es hilfreich. Zur Abgrenzung vielleicht auch noch von zusätzlichen Komorbiditäten."* Der Psychiater bringt dies auf den Punkt: *„Die Diagnostik ist Voraussetzung, um dem Ganzen einen Namen zu geben. Man muss wissen, womit man es zu tun hat."* Er nennt außerdem den Zugang zu finanzieller Unterstützung oder therapeutischen Programmen, wenn eine Diagnose gestellt wird. Einen weiteren, das Spektrum erweiternden, wichtigen Aspekt steuert LRS-Therapeutin 2 bei, sie nennt: *„Erstens die Stärkensuche. Und ich glaube da sind wir schon beim Punkt. Dass eben Lehrer und Eltern auch merken ‚das Kind kann so viel so gut' und es ist eine kleine Teilleistungsschwäche, ich finde das Wort Teilleistungsschwäche super, ich (…) erkläre es auch mit ‚manche brauchen eine Brille'."*

LRS-Therapeutin 1 und Psychologin 2 sehen die Bedeutung in der Diagnostik für die Entscheidung über die richtige Unterstützung und Fördermaßnahme. Die Therapeutin benennt die Diagnostik als Sprungbrett zur richtigen Förderung.

Gleichfalls mit kritischer Haltung äußert sich Psychologe 1. Er führt weiter aus und spricht sich, wie oben bereits zitiert, einerseits für als auch gleichzeitig gegen die Notwendigkeit einer Diagnostik aus, indem er sagt: *„Alles, was schulische Themen sind, braucht keine Diagnose meiner Meinung nach. Das ist nur die Absicherung nach außen und vielleicht für das Schulsystem wie das Gymnasium oder so. Es ist, glaub ich, ganz oft nicht für die Kinder, sondern für das System gemacht die Diagnose."* Er befürwortet, dass eine Diagnose bei Unsicherheiten, wie beispielsweise der Planung über Fördermaßnahmen oder den weiteren Bildungsweg, einen externen Blick schaffe, der nicht zwangsläufig richtig sein müsse. Außerdem schildert er die Beobachtung bei Lehrpersonen und Eltern: *„Ich brauche ein Gutachten, damit ich überhaupt eine Meinung haben kann."* Er betont, dass dies der falsche Weg sei und betont anerkennend den Wert der pädagogischen Beobachtung.

Die Gründe für eine diagnostische Abklärung sind also vielfältig. Sie reichen von Klarheit über Problem und Ursache, Abgrenzung zu anderen Komorbiditäten, Finden der richtigen Fördermaßnahme oder therapeutischen Intervention bis zu möglicher finanzieller Unterstützung. Wertvoll für Wohlbefinden und Selbstwert des Kindes sind die Aspekte der Stärkensuche durch die Diagnostik und das Bild der ‚Brille' für eine Teilleistungsschwäche im Sinne der Chancengleichheit. Die Entlastung der Eltern in der Bestätigung durch die Diagnose, dass das Kind bereits sein Bestes gibt, trägt außerdem zu einem positiven Blick auf das Kind bei.

Folgen fehlender Diagnose

Alle Befragten sehen potenziell negative Konsequenzen einer fehlenden Diagnose für das betroffene Kind. Sechs Interviewpartnerinnen nennen das Selbstbild des Versagers, das sich zum Schul- und später sogar zum Lebensversager steigern kann und die Problematik der Fehleinschätzung oder Missinterpretation durch Personen in der Lebensumwelt des Kindes. LRS-Therapeutin 2 beschreibt den Beginn einer Negativspirale: *„Den klassischen Versagerweg, dass zuerst die Übungen erhöht werden, der Druck von zu Hause größer wird, in der Schule der Druck anwächst und dann geht es los mit der Negativspirale."* Psychologin 2 führt weiter aus, dass Studien sekundäre Folgen von ADHS und LRS untersuchen, nachweisen, dass Kinder mit ADHS und/oder LRS häufiger Schulversagen, Klassenwiederholungen und Suspendierungen erleben. Ob ein Kind eine negative Reaktion auf sein Verhalten erhält oder eine schlechte Beurteilung einer Deutsch-Schularbeit bekommt, wirkt sich beides gleichermaßen negativ auf den Selbstwert aus. Lehrerin 4 sieht im Selbstbild des Versagers eine mögliche Gefahr für die Zukunft des Kindes, sie prognostiziert: *„Das wird sich dann vermutlich durchziehen auf später — ‚Nein, dafür brauche ich mich eh nicht bewerben, weil das schaffe ich eh nicht, weil ich bin ja so schlecht'."* Psychologe 1 bestätigt die Befürchtung für den Bildungsweg. Er begründet dies mit der Gefahr der Missinterpretation: *„Stigmatisierung, also eine andere Begründung wie mangelnde Intelligenz, mangelnder Wille, Bösartigkeit des Kindes – Selffulfilling Prophecy."* Gleiches sagt Lehrerin 2: *„Es gibt oft Fehleinschätzungen,*

da gehen Leute davon aus, dass das Kind absichtlich nicht gescheit tut und da kann man damit (mit einer Diagnose) *schon entgegenwirken."*

Lehrerinnen nennen zusätzlich zur Missinterpretation durch die Außenwelt das fehlende Verständnis der betroffenen Person für sich selbst, was die Missinterpretation bestärkt und das Bild des Versagers bestätigt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine fehlende Diagnose negative Auswirkungen auf die Wahrnehmung anderer auf das auffällige Kind haben kann, woraus möglicherweise Fehleinschätzungen und Missinterpretationen entstehen können. Das Kind ist gefährdet, ein negatives Selbstbild zu entwickeln. Das Risiko von Klassenwiederholung, Suspendierung und möglichem Schul- und Lebensversagen hinsichtlich der selbsterfüllenden Prophezeiung besteht.

Gefahren und Bedenken hinsichtlich einer Diagnose

Alle Expertinnen und Experten nennen die offene Kommunikation mit den Eltern über die Diagnose als unabdingbar. Sie sehen die Diagnose als Möglichkeit, um negative Risiken für den Lebensweg zu mindern und den Eltern ein besseres Verständnis über Stärken und Schwächen des Kindes zu vermitteln. Besonders Psychologin 2 und Psychologe 1 sowie der Psychiater betonen die positiven Aspekte. Sie erklären, dass die Unterstützungen wie therapeutische Angebote, die finanzielle Unterstützung und die Planung der passenden Intervention von einer fundierten klinischen Diagnostik abhängen. Vorrangig sehen sie bei guter Aufklärung die Entlastung durch die Diagnose. Der Psychiater sagt: *„Nein überhaupt nicht, im Gegenteil! Ich erlebe das seit vielen Jahren, dass die Eltern sehr entlastet sind."* LRS-Therapeutin 2 hat das Wohlergehen des Kindes im Blick und sagt: *„Es ist nicht schlimm, wenn man eine ‚Brille' braucht."*

Auch Lehrerinnen und Therapeutinnen sehen vordergründig positive Faktoren, dennoch erkennen sie mögliche Bedenken, die es zu beachten gilt. LRS-Therapeutin 1 warnt: *„Eine Diagnose darf weder dazu führen, dass man sich darauf ausruht und in eine Opferhaltung verfällt, noch sollte sie eine Stigmatisierung sein, um die Potenziale des Kindes zu vernachlässigen."* Lehrerin 2 erkennt ähnliche Bedenken, die laut ihr durch Beratung und Aufklärung zu entkräften sind. Eine Diagnose dürfe

keine Entschuldigung für jegliche Verhaltensweisen sein, das konstruktive Zusammenleben in der Schule müsse dennoch im Zentrum der Bemühungen stehen.

LRS-Therapeutin 2 erklärt außerdem, dass bei ADHS die Gefahr der Überdiagnostizierung sehr hoch sei, da im Klassenverband viele Faktoren wie Tagesverfassung, Klassenstruktur, unflexibles Unterrichtssetting u.v.m. hinzukommen. Kinder können im schulischen Setting auffällig wirken, erfüllen aber nicht alle Diagnosekriterien und da sei man als Diagnostiker:in zurückhaltend, um eine Fehldiagnose zu vermeiden, obwohl die Kinder dennoch manche Merkmale erfüllen.

Abschließend beschreibt Psychologe 1 bezüglich möglicher Gefahren aus seiner langjährigen Erfahrung im Diagnoseprozess: *„Ich nicht — aber ich versteh es, dass man es so sehen kann, aber ich habe das nicht (…) Mich rufen Jahre später immer noch Eltern an, wo die Kinder jetzt die Matura geschafft haben, oder irgendetwas anders, vor allem jene Multimorbiden* (gleichzeitiges Vorliegen von mehreren Erkrankungen) *sagen ‚Es war wichtig, dass wir es beschreiben. Es war nicht schön und nicht nett, es war nicht super diese Diagnose, aber es war wichtig und wir haben seither nicht alles super gemacht, aber sind manches Mal etwas leichter durch das Leben gegangen', und so sehe ich die Gefahr viel geringer als den Nutzen. Dann, wenn man nämlich durch die Diagnostik auch was Positives mitgeben kann und das ist ja ein Auftrag, dass ich Stärken herausfinde und die beschreibe und den Eltern mitgebe, die man vielleicht durch den negativen, den pathologischen Blick, nicht mehr so sieht."*

Hinsichtlich der Bedenken bei einer Diagnose kann festgestellt werden, dass Vorteile und Nutzen klar im Vordergrund stehen. Mögliche Gefahren wären eine potenzielle Stigmatisierung, das Ausruhen auf der Diagnose bzw. die Opferrolle und dadurch die Vernachlässigung des Potenzials sowie die Entschuldigung von Fehlverhalten durch die Diagnose. Anzumerken ist außerdem die Gefahr der Überdiagnostizierung durch am Setting bedingter Symptome. Expertinnen und Experten zeigen sich sicher, dass eventuelle Risiken durch fundierte Aufklärung, Psychoedukation sowie Beratung und Begleitung der Eltern entkräftet werden können.

7.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Nach geschlechtsspezifischen Unterschieden wurden die Expertinnen und Experten in allen Teilbereichen des Interviews befragt. Die Antworten, insbesondere in den später beschriebenen Kategorien *Leidensdruck*, *Bedürfnisse* und *Potenziale der Kinder,* wiesen keine oder nur uneindeutige geschlechtsspezifischen Unterschiede auf. Expertinnen/Experten stellen in diesen Kategorien die Individualität der Kinder in den Mittelpunkt. Jedoch unterscheiden sie in der Erscheinungsform der Auffälligkeit, ob eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit oder ohne Hyperaktivität vorliegt. Es wird außerdem ein Unterschied in den Häufigkeiten des Vorkommens der jeweiligen Erscheinungsform bei Mädchen und Buben beschrieben.

Problematik der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei ADHS

In der Wahrnehmung der Lehrkräfte als auch in den diagnostischen Beobachtungen des Psychologen und der Psychologin zeigt sich in der Differenzierung von ADS und ADHS ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied.

Die Befragten unterscheiden grundsätzlich eher nach der Erscheinungsform zwischen ADS und ADHS, wobei Lehrerinnen auffälliges Verhalten bei Mädchen vermehrt dem ADS-Typ zuordnen und sie als leise, schüchtern, zurückgezogen, kaschierend, subtil, provokant und vermeidend beschreiben, während Buben eher dem ADHS-Typus zugeschreiben und als laut, impulsiv, energiegeladen, bewegungsfreudig, aggressiv und laut beschreiben werden. Lehrerin 1 sagt beispielsweise: *„Also die Mädchen würde ich mehrheitlich in die ADS-Geschichte hineingeben. Burschen sind mehr hibbelig und aggressiv.“* Lehrerin 2 stimmt zu: *„Burschen sind schon die, die eher nach außen gerichtet agieren, aggressiver agieren, lauter sind. Mädchen ziehen sich eher zurück, teilweise dass sie versteckt provokantes Verhalten zeigen, Mädchen agieren oft leiser, das ist eine Tendenz, das ist sicher nicht zu 100 % immer so, aber tendenziell zeigt es sich schon so.“*

Psychologe 1 beschreibt, dass Mädchen seltener vorrangig impulsiv hyperaktives Verhalten zeigen, sondern vermehrt ein Aufmerksamkeitsdefizit in Kombination mit einer Störung der exekutiven Funktionen (mentale Funktionen, die das Denken und Handeln steuern) zeigen und führt aus: *„Der Unterschied Burschen und*

Mädchen ist eindeutig die Frequenz. Ich habe in diesen 14 Jahren nur wenige Mädchen mit ADHS pur gesehen, aber in der Kombination mit den Lernstörungen, vor allem mit exekutiven Funktionsdefiziten ist es die häufigste Komorbidität." Umgekehrt meint er, sieht er bei Buben seltener eine isolierte Aufmerksamkeitsproblematik ohne zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten.

Psychologin 2 erläutert eine weitere Begründung der ungleichen Verteilung: *„Es ist sicher so, dass ADHS oder ADS bei Mädchen häufig übersehen wird, es ist viel häufiger, dass es bei Buben diagnostiziert wird, obwohl die Prävalenz im Erwachsenenalter gleich hoch ist — also gleich viele Frauen und gleich viele Männer sind betroffen".* Sie erklärt, dass die Diagnose bei Buben häufiger gestellt wird, weil die hyperaktiv-impulsive Form sichtbarer und störender für den Unterricht ist. Mädchen, die öfter die unaufmerksame Form aufweisen, fallen nicht oder sehr spät auf.

Der Psychologe verdeutlicht in der Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden außerdem die Problematik von Zuschreibungen über die Erwartungshaltung an Mädchen und Buden: *„Vielleicht aus dem Rollenbild heraus, dass es wichtig ist, dass man nicht von Mädchen selbstverständlich einfordert, dass sie besser sitzen bleiben und fleißiger sind (…) also gegen das Rollenbild, dass ich auch erwarten muss, dass dann ein Mädchen genauso trotzt, abwehrt und so weiter."* LRS-Therapeutin 2 untermauert diese Ansicht, sie sagt: *„Die Mädls mit ADHS sind genauso wie die Burschen mit ADHS — benehmen sich wirklich genauso wie die Buben, auch im Verhalten."* LRS-Therapeutinnen und Psychiater können geschlechtsspezifische Beobachtung nicht bestätigen, sie betonen allgemeine auffällige Verhaltensweisen und machen diese ausschließlich an der Art der Störung und nicht am Geschlecht fest. So bestätigt LRS-Therapeutin 2: *„Über den Unterschied zwischen Buben und Mädchen habe ich auch nachgedacht und das erlebe ich so nicht. Sondern ich erlebe einen Riesenunterschied, nach der Art des ADHS, also ob es eine ‚stille Form' ist oder die ‚laute Form'. Die Mädels mit ADHS sind genauso wie die Burschen mit ADHS — benehmen sich wirklich genauso wie die Buben, auch im Verhalten. Die Burschen mit einem ADS benehmen sich genauso wie die Mädels, die die stille Form haben. Ich finde es liegt echt am Typ."*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Lehrerinnen Verhaltensauffälligkeiten bei Mädchen tendenziell als schüchtern und zurückhaltend beschreiben, während sie Jungen oft als impulsiv und aggressiv wahrnehmen. LRS-Therapeutinnen, Psychologe, Psychologin und Psychiater bestätigen dies jedoch nicht; sie erkennen Unterschiede in der Art der Störung.

Übereinstimmung zeigt sich in der Wahrnehmung der Individualität der Kinder. Ein Widerspruch besteht darüber, dass geschlechtsspezifische Unterscheidungen eher durch Erwartungen an das Rollenbild zugeschrieben werden, anstatt auf tatsächlichen Verhaltensunterschieden zu basieren. Während Lehrerinnen stereotype Verhaltensmuster bei Buben und Mädchen beobachten, legen LRS-Therapeutinnen, Psychologin, Psychologe und Psychiater mehr Wert auf die individuellen Unterschiede und die spezifischen Ausprägungen der Störungen.

7.3 Bedürfnisse betroffener Kinder und ihrer Eltern

In folgenden Kategorien werden der Leidensdruck sowie die Bedürfnisse der Kinder und ihren Eltern näher beleuchtet. Es wird außerdem der Blick auf vorhandene Potenziale gelegt und der Frage nach der Hoffnung auf ein „*Auswachsen*“ nachgegangen.

Leidensdruck doppelt belasteter Kinder

Die befragten Expertinnen und Experten sind sich einig, dass Kinder mit ADHS und Lernstörungen einem Leidensdruck unterliegen. Sie beschreiben häufig einen geringen Selbstwert und das Gefühl von Verzweiflung, wie Lehrerin 4 deutlich macht: *„Es endet oft in einer Hilflosigkeit, weil die Kinder ja probieren dabei zu bleiben.“* Lehrerin 1 verstärkt dies: *„Also diese Kombination ist wirklich, ich sage mal so, eine Bombe.“* Lehrerinnen beschreiben einen Unterschied zwischen den Geschlechtern, indem sie berichten, dass Mädchen tendenziell ihre Probleme internalisieren und dies in Form von Rückzug oder Leistungsverweigerung zeigen. Psychologin 2 merkt an, dass betroffene Mädchen im erwachsenen Alter vermehrt intrapsychische Probleme zeigen. Die anderen Berufsgruppen hingegen können keine Unterschiede am Geschlecht festmachen, Psychologe 1 macht klar: *„Da könnte ich den Geschlechterunterschied*

nicht beschreiben, aber dass der Leidensdruck höher ist, liegt schon daran, dass das Problem dann nicht mehr spezifisch aufs Lesen und Schreiben begrenzt ist." LRS-Therapeutin 2 generalisiert: *„Also der Leidensdruck glaube ich, ist egal ob es eine ADHS, oder eine LRS oder eine Kombination aus beiden ist, der Leidensdruck ist immer, habe ich das Gefühl, ‚Ich bin unfähig, ich bin zu dumm dafür', der ist immer irgendwie gleich."*

Das Vorhandensein eines erhöhten Leidensdrucks durch das gleichzeitige Auftreten von zwei Störbildern wird von allen Berufsgruppen bestätigt. Genannt werden Anzeichen wie Unruhe, Impulsivität, Aggression oder Regression, Vermeidung, Leistungsverweigerung und internalisierende Probleme. Nicht alle Befragten sehen im Ausdruck des Leidens einen Unterschied, der auf das jeweilige Geschlecht zurückzuführen wäre, jedoch wird angemerkt, dass betroffene Mädchen vermehrt intrapsychische Probleme entwickeln können.

Bedürfnisse doppelt belasteter Kinder

Bei der Frage nach den Bedürfnissen von Kindern, die von ADHS und LRS betroffen sind, stellt sich das „Gesehen-werden" als zentraler Kern heraus, der von allen Berufsgruppen genannt wird. Darüber hinaus wird eine Fülle an weiteren Bedürfnissen beschrieben. Die Gruppe der Lehrerinnen nennt beispielsweise den Blick auf die Gesamtpersönlichkeit des Kindes und die Vermeidung der Reduktion auf die Schwächen, Strategien zur Fokussierung und allgemeine Zuwendung. LRS-Therapeutinnen ergänzen das Bedürfnis nach Bewegungsmöglichkeit, schneller Abwechslung von Aufgaben und das Bedürfnis nach Anerkennung. Psychologin 2 und Psychologe 1 sehen den Bedarf in der Erhöhung von Struktur, Planung und Monitoring, um Kindern eine selbständige Organisation zu ermöglichen. Der befragte Psychiater sieht das Bedürfnis der Kinder außerhalb der Schule, er sagt: *„Druckentlastung würde ich sagen. Ferien vielleicht, Wochenenden stressfrei!"*

In der Frage nach dem Geschlecht konnte keine der befragten Personen einen Unterschied in den Bedürfnissen von Mädchen und Buben feststellen. LRS-Therapeutin 2 beschreibt: *„Ich finde, es kommt auf die Form an, also laute Kinder* (ADHS) *haben andere Bedürfnisse nämlich nach mehr Bewegungsmöglichkeiten,*

schnellerer Abwechslung von Aufgaben, interessantere ansprechendere Übungen als Kinder mit der stillen Form (ADS)*. Die brauchen es mehr ruhig und strukturiert, also zwischen Burschen und Mädchen kein Unterschied. Die Bedürfnisse müssen, sollen befriedigt werden."* Psychologin 2 fasst zusammen und wiederholt: *„Also ich glaube, was für die Kinder, egal ob Mädchen oder Bursche, wichtig ist, ist, dass sie einfach gesehen werden."*

Das „Gesehen-werden" ist ein zentrales Bedürfnis von Kindern mit ADHS und LRS, wie von allen Berufsgruppen betont wird. Verschiedene Fachleute nennen darüber hinaus spezifische Bedürfnisse wie Bewegungsmöglichkeiten, Struktur und Anerkennung. Es wird kein Unterschied in den Bedürfnissen von Mädchen und Jungen festgestellt; laute Kinder benötigen mehr Bewegung und Abwechslung, während stille Kinder eher Ruhe und Struktur brauchen.

Bedürfnisse von Eltern doppelt belasteter Kinder

Bei der Thematik der Bedürfnisse der Eltern zeigt sich eine große Übereinstimmung in den Antworten der Befragten. Große Notwendigkeit wird in der ehrlichen und umfassenden Aufklärung der Eltern als auch in der Entlastung der elterlichen Schuldgefühle gesehen. Es wird das Bedürfnis nach Anleitung in der Unterstützung genannt. LRS-Therapeutin 2 findet klare Worte: *„Die Eltern brauchen neben der Aufklärung, was das ist, ganz viel Stärkung ihrer elterlichen Kompetenz, weil alle Eltern haben Schuldgefühle, und zwar massive (…) Zuspruch von Mut und Entlastung von dieser Versagensthematik und Erziehungsversagensproblematik und einen Fahrplan wie es weitergeht."* Psychologe 1 ergänzt: *„Aufklärung hilft glaube ich den Kindern einerseits selbst, dass ich mir sage ‚Es ist nicht meine Schuld', es entlastet die Eltern und, wenn die Eltern cooler sind, dann geben sie das an die Kinder."* Einen weiteren Aspekt der Aufklärung bringt Psychologin 2, sie beschreibt: *„Also, dass es einfach wirklich eine Psychoedukation dazu gibt, dass man vielleicht auch das Bild etwas zurechtrücken kann, dass es nicht ‚der faule Maxi' ist, den es einfach nicht schreiben freut, sondern dass da einfach eine andere Ursache dahinter sein kann. Also dass da ein anderes Bild entstehen kann und dass es auch eine Stärkung und eine Anleitung braucht."* Über das Gelingen an der Schnittstelle zwischen Eltern und

Schule sagt Lehrerin 1: *„Sie brauchen die Gewissheit, dass die Schule ihr Kind wertschätzt und nicht stigmatisiert, sowie eine aktive Einbeziehung in den Prozess der Diagnose und Förderung."*

Lehrerinnen sowie LRS-Therapeutinnen ergänzen die Bedeutung von Unterstützungsnetzwerken und das Verbinden mit Betroffenen in gleichen Situationen. Der Psychiater und die Lehrerinnen betonen außerdem die Notwendigkeit der langfristigen Begleitung und Unterstützung während der gesamten Schulzeit. So antwortet der Psychiater: *„Das Ganze ist ja nicht ein Sprint, sondern eine Longrun über die gesamte Schulzeit und manchmal auch noch weiter und deshalb muss man den Eltern den Rücken stärken, gut informieren, ihnen was anbieten, auch an therapeutischen Strategien, aber es geht oft auch darum, dass man ein Ventil bietet, wenn es zum Beispiel zu Hause das ganze Wochenende eskaliert ist und es sind alle erschöpft, dann ist es oft auch wichtig, dass man einfach zuhört."*

Unterschiedliche Auffassung gibt es hinsichtlich der Verantwortung über die Bereitstellung der Unterstützung. Wie im vorangegangenen Zitat zu lesen, stellt der Psychiater selbst die Rolle des Unterstützers der Eltern bereit, dagegen sehen Lehrerinnen die Therapeutinnen und Therapeuten in der Verantwortung, während der Psychologe die Arbeit der Pädagoginnen und Pädagogen ins Zentrum rückt. Darüber was Eltern brauchen, sagt er: *„Ganz einen engen Kontakt mit der Schule (...) Dass es eine tägliche Rückmeldung gibt, wie es läuft und dass das den Kindern weitergegeben werden kann. Eltern brauchen außerdem gescheite Aufklärung, was ihre Rolle sein kann, und brauchen Wertschätzung für den Pädagogen, das wäre gut, wenn die Eltern das auch zurückgegeben dann funktioniert es gut."*

Zu den Bedürfnissen der Eltern lieferten die befragten Expertinnen und Experten sowohl vielfältige als auch weitgehend übereinstimmende Aussagen. Dies kann einerseits als wichtiger Erfolgsfaktor gesehen werden, andererseits zeigt es die Bedeutung der Rolle der Eltern in der Unterstützung ihrer betroffenen Kinder. Die von Expertinnen und Experten genannten Bedürfnisse der Eltern seien hier zusammenfassend in Stichpunkten hervorgehoben:

- ehrliche Aufklärung, verstehen der Ursache und Psychoedukation

- enger Kontakt zur Schule
- Entlastung der Schuldgefühle und Erziehungsversagensproblematik
- Stärkung der elterlichen Kompetenz
- Wissen um Wohlwollen und Wertschätzung der Schule über das Kind
- Erkennen der Stärken und Potenziale des Kindes
- Zuspruch von Mut
- Offenes Ohr für die Sorgen und Anliegen
- Vernetzung mit Familien in ähnlichen Situationen
- Fahrplan, wie es weitergeht
- Einbeziehen in die Förderung
- Geduld für langfristige Begleitung und Förderung
- Fokus weg von den Noten, hin zu kleinschrittigen Veränderungen
- positive Rückmeldung und Wertschätzung für das Kind

Potenziale von Kindern mit ADHS und LRS

In der Frage nach besonderen Potenzialen und Stärken in Kindern mit der Kombination von ADHS und LRS fallen die Antworten unterschiedlich aus. Lehrerinnen nennen einerseits die Individualität der Kinder, andererseits sehen sie eine verstärkte Begabung in der Kreativität oder der Hilfsbereitschaft. LRS-Therapeutin 1 bestätigt die Beobachtung der Lehrerinnen und berichtet von einem Einzelfall, einem äußerst kreativen, einfallsreichen und durchsetzungswilligem Burschen, dessen Potenzial sie durch das Kompensieren seiner Schwächen und einem starken Selbstwert erklärt. Sie sagt: *„Ich habe selten ein so kreatives Kind erlebt. Also wirklich kreativ in jederlei Hinsicht, und ja, ich bin mir sicher der wird in diese Richtung* (Anm. Mode und Fashion) *einen Weg einschlagen, von dem Burschen werden wir vielleicht sogar noch einmal hören, also wirklich ein großartiges Kind und da war es für mich so klar, dass ich gesagt habe ‚okay, die Stärken von ihm liegen einfach wirklich absolut in dem die Dinge anders zu sehen und anders zu denken.“*

Psychologin 2 und Psychologe 1 als auch Psychiater und LRS-Therapeutin 2 sehen keine spezifischen Fähigkeiten aufgrund des gemeinsamen Vorliegens einer Verhaltensauffälligkeit und Teilleistungsschwäche. Sie sehen allgemein individuelle

Potenziale und Stärken unabhängig von Verhalten, Leistung oder Geschlecht. LRS-Therapeutin 2 sagt: *„Das würde ich mir so nicht sagen trauen, aber ich glaube man muss die Eltern und die Kinder stärken, dass das es nur eine Teilleistungsschwäche ist und dass es auch ganz viele Stärken gibt."* Psychologin 2 bestätigt: *„Grundsätzlich haben LRS- und ADHS-Kinder sowie alle anderen Kinder ja auch, sag ich mal, im kognitiven Profil, oft ganz viel Stärken, die sich einfach zeigen können. Wir haben genauso die hochbegabten Kinder mit Legasthenie und mit ADHS."*

Ausschließlich LRS-Therapeutin 2 und der Psychiater nennen bei Menschen mit Formen von AHDS, unabhängig davon ob zusätzlich eine LRS vorliegt oder nicht, die Fähigkeit zu erhöhter Leistung im *Flow* (geistiger Zustand der Vertiefung bzw. Schaffens- oder Tätigkeitsrausch). Die LRS-Therapeutin reißt an: *„Aber was man den ADHS-lern nachsagt ist, dass sie diese Fähigkeit zum Flow haben, wenn sie etwas gefunden haben, was ihnen gefällt, können sie sich in das Thema hineintigern und dieses, in etwas versinken, fokussieren, schnelle Denken, das kann eine Stärke sein, wenn sie das wirklich haben — würde nicht pauschal sagen, dass das wirklich jeder so hat — aber ist tendenzielle eher bei denen so."* Der Psychiater führt weiter aus: *„Es gibt einen speziellen Typus Hyperaktiv-Impulsiv, die nicht unbedingt die Konzentrationsstörung so im Vordergrund haben, wenn die in einer Konstellation noch dazu intelligent sind, sind die schon sehr leistungsfähig."*

In der Nachfrage, ob in Potenzialen und Stärken auch Unterschiede in den Geschlechtern erkannt werden, wird von allen Expertinnen und Experten, mit Ausnahme der Psychologin 2, verneint. Lehrerin 3 sagt: *„Ich weiß nicht, ob man das so darüberstülpen kann, ich tu mir da immer so schwer, ich habe echt das Gefühl, da sind alle Kinder so unterschiedlich und so individuell."* LRS-Therapeutin 2 bestätigt: *„Naja, nein, ich lege mich auf das nicht fest, weil ich das in meiner therapeutischen Erfahrung so nicht kennengelernt habe (…) Ich finde, ich sehe keinen Unterschied."* Psychologin 2 entgegnet jedoch dass sie bei Mädchen eine hohe Fähigkeit zur Reflexion und künstlerischem Talent beobachtet, während sie Buben in Sport und bei räumlich, konstruktiven Aufgaben talentiert sieht.

Allgemein kann festgestellt werden, dass es keine klaren Hinweise auf spezifische Stärken bei Kindern mit der Kombination ADHS und LRS gibt. Die Potenzialprofile sind individuell und unabhängig von Verhalten, Leistungsfähigkeit oder Geschlecht. Menschen mit bestimmten Formen von ADHS wird im Lernen oder Arbeiten die Möglichkeit zum *Flow-Zustand* nachgesagt.

Können sich ADHS und LRS auswachsen?

Ob sich ADHS oder LRS auswachsen könne, sei so Psychologe 1 eine berechtigte Frage, obwohl gestellte Diagnosen grundsätzlich ihre Gültigkeit nicht verlieren.

Lehrerinnen und LRS-Therapeutinnen teilen die Annahme, dass sich beide Störungen nicht auswachen würden, jedoch durch Unterstützungsmaßnahmen im schulischen Setting, psychologische Therapien, LRS-Training oder Medikation bei ADHS verbesserbar sind. Lehrerin 4 sagt dazu: *„Auswachsen wird es sich vermutliche nicht, aber wie man damit umgeht, wird sich ändern."* LRS-Therapeutin 1 ergänzt, dass Kinder und junge Erwachsene *Coping-Strategien* für sich entdecken, um ihre Schwächen entweder zu kompensieren oder zu umgehen. Der Psychiater bestätigt diese Annahme durch seine Expertise: *„Ja LRS glaube ich nicht, es gibt Verbesserungen Jahr für Jahr, aber es bleibt oft ein Rest vorhanden im Erwachsenenalter. Der muss so klug sein, dass er dem ausweicht in seiner Ausbildung und beruflichen Auswahl. Es gibt genug, wo man nicht unbedingt Rechtschreiben können muss, das korrigiert eh der Computer. ADHS, ja das verändert sich oft im Erwachsenenalter aber auswachsen tut sich das nicht."*

Ausführlicher zu dieser Frage äußert sich Psychologe 1, er berichtet, dass bei ADHS eine Stabilität von ungefähr 60 % ins Erwachsenenalter besteht. Also sei es häufig so, dass zumindest nicht mehr das Vollbild, sondern eine Teilremission bleibt, oder nur mehr eine subklinische Ausprägung besteht. Die Störung sei entweder nicht mehr gegeben, oder sie falle nicht mehr auf, weil in verändertem Setting, etwa einer höheren Schule, die Relation zu den anderen nicht mehr so groß ist. Über LRS berichtet er, besteht eine Stabilität von 60–65 % in einem Zeitraum von zweieinhalb Jahren. Er hinterfragt daher, wie, beziehungsweise ob die Diagnose gestellt werden kann, wenn bei einem Drittel der Kinder nach zweieinhalb Jahren diese nicht mehr

nachweisbar ist. Auf die Frage, ob in den Gruppen von Personen, bei denen eine ADHS- oder LRS-Diagnose bestand, diese jedoch später nicht mehr nachweisbar war, Rückschlüsse auf erfolgreiche Interventionen gezogen werden konnten oder ob dies tatsächlich auf ein „Auswachsen" zurückzuführen sei, antwortete Psychologe 1, dass es schwierig sei, Gründe festzumachen. Dies liege daran, dass die einzelnen Personen und ihre jeweiligen Therapien weder einheitlich noch kontinuierlich seien, was es erschwere, allgemeine Vergleiche oder Rückschlüsse zu ziehen. Er erklärte am Beispiel der ADHS-Therapie durch Medikation: *„Wenn ich ein Medikament nehme und ich habe kein Vollbild einer ADHS mehr, dann würde ich nicht sagen ‚ich habe das nicht mehr', sondern ich habe, so wie bei meinen Augen eine Kurzsichtigkeit, ich habe eine Brille, aber ich bin trotzdem kurzsichtig."* Psychologin 2 beurteilt das Thema Auswachen mit ähnlichen Worten, sie sagt: *„Wenn es um LRS geht, haben die Erwachsenen, die ich kenne, Berufsfelder gesucht, wo das kein Problem mehr ist. Bei ADHS, da gibt es sicher eine Symptomverschiebung (…) mindestens ein Drittel, bis eine Hälfte haben auch im Erwachsenenalter noch eine wesentliche Beeinträchtigung des ADHS. Also diese Hoffnung des Auswachsens, da bin ich sehr vorsichtig."*

Die Erwartung des Auswachsens muss mit Skepsis betrachtet werden. Für eine Gruppe der Betroffenen ist das nicht ausgeschlossen, wobei nicht abgesichert ist, welche Einflussfaktoren dafür verantwortlich sind oder ob es sich in betreffenden Fällen um eine Kompensation, eine durch das Setting bedingte Symptomverschiebung oder eine Remission handelt. LRS-Therapeutin 2 betont, dass eine gestellte Diagnose eine lebenslange bzw. jugend- oder kindheitsbegleitende Diagnose darstellt, da bekannt ist, dass sich ADHS oder LRS nicht von allein auswachsen. Dies legt nahe, dass diese Störungen auch eine lebenslange Begleitung erfordern. Es muss außerdem ergänzt werden, dass für eine Verbesserung der Symptome nicht eine bestimmte Fördermaßnahme, sondern eine individuell passende Intervention verantwortlich ist.

7.4 Pädagogisch interdisziplinäre Handlungsmöglichkeiten

Im letzten Teil der Darstellung der Ergebnisse rücken die Aufgaben der Schule und der pädagogische Handlungsraum ins Zentrum. Expertinnen und Experten erläutern den Zusammenhang von Leistung und Verhalten, Warnsignale, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie mögliche negative Auswirkungen fehlender Förderung und die Erfolgsaussichten bei optimalen Bedingungen.

Zusammenhang von Verhalten und Leistung

Ein Zusammenhang von Verhalten, am Beispiel ADHS, und der Leistung, am Beispiel LRS, wird von allen Expertengruppen mit Ausnahme des Psychiaters, der diesen als indirekte Folge darstellt, beschrieben. Der Psychiater sagt: *„Ja eigentlich nicht. Ich sehe da nicht den direkten Zusammenhang. Indirekt möglicherweise, weil das Verhalten auch ablenkt von Lerninhalten, viele Nebenbaustellen, die man aufreißt mit Freunden und Schulkolleginnen, Streitigkeiten und Konflikte, die ablenken, aber vielleicht auch indirekt, weil die Lehrer oft auch durch ein häufiges chronisches Fehlverhalten genervt sind und auch dort Druck ausüben über Leistungsbeurteilung.“*

Der klinische Psychologe 1 hingegen beschreibt einen deutlichen Zusammenhang: *„Ja voll verzahnt. Weil sie sich schwieriger tun beim Lernen, zum Beispiel durch eine LRS hat er schlechtere Startbedingungen, bräuchten mehr Energie, um das auszugleichen, ist aber oft nicht da, und wo dann eine Manifestierung in einem Verhaltensproblem irgendwie die logische Konsequenz davon ist.“* Auch Lehrerinnen und LRS-Therapeutinnen bringen dies deutlich zum Ausdruck. Sie beschreiben, dass bei Leistungsproblemen häufig mangelnde Konzentration und Ausdauer beobachtbar sind. Lehrerin 2 bringt dies auf den Punkt, sie sagt: *„Ja, das ist eine Wechselwirkung, weil ADHS geht einher mit mangelnder Impulskontrolle, verminderter Belastbarkeit bei Stress eben auch und genau das bringt aber die LRS, das heißt das verstärkt sich dann zum Teil schon gegenseitig, das bringt, ich kann schlecht meine Impulse kontrollieren, dann bekomme ich irgendeinen Text zurück mit ganz vielen Fehlern, oder muss etwas machen, was mir sehr anstrengend ist, dann raste ich wahrscheinlich als Schüler noch schneller aus.“*

Es kann festgestellt werden, dass sich ADHS und LRS gegenseitig verstärken können. Mangel an Konzentration, Ausdauer und Impulskontrolle sowie erhöhte Belastung führen zu Verhaltensproblemen, welche wiederum das Lernen erschweren können.

Warnsignale und Handlungsbedarf für Pädagoginnen und Pädagogen

Allgemein finden Expertinnen und Experten Übereinstimmung darin, dass die beobachteten Verhaltensweisen Ausdruck des Leidens der Kinder sind. Das Erkennen der Anzeichen und das frühe Eingreifen zeigen sich als Faktoren für die Prävention einer negativen Entwicklung. LRS-Therapeutin 2 sagt: *„Das erste Warnsignal ist, wenn es dem Kind nicht mehr gut geht."* Die Befragten nennen Symptome wie Rückzug, Aggressivität, Schwierigkeiten beim Einhalten von Regeln und die Entwicklung von Ängsten. Psychologin 2 und Psychiater fügen außerdem körperliche Beschwerden hinzu. Die Psychologin beschreibt dies folgendermaßen: *„Ich glaube, wenn ein Kind Schul- oder Versagensängste entwickelt, ist das auf jeden Fall ein Alarmsignal. Wenn es körperliche Beschwerden entwickelt, also dieses typische Bauchweh, Übelkeit und das hat einen Konnex zum Schulbesuch, dann ist das auch was, wo man gezielt hinschauen muss."*

Insgesamt legen alle Befragen großen Wert auf das Wohlbefinden des Kindes. Warnsignale sehen sie im Regelbewusstsein, der emotionalen Verfassung, der Entwicklung von Ängsten wie zum Beispiel Schul- oder Versagensängsten und somatischen Beschwerden.

Die Aufgabe der Schule — Handlungsmöglichkeiten und Wünsche

Aufgabe der Schule ist, laut allen Expertinnen und Experten, die individuelle und differenzierte Förderung der Schüler:innen. Lehrerinnen beschreiben unterschiedliche Faktoren für das Schaffen von Rahmenbedingungen, in welchen Stärken von Einzelnen sichtbar werden. Sie nennen die Suche nach einem passenden Arbeitsplatz im Klassenzimmer, Zeitzugaben, reduzierte Hausaufgaben, angepasste Arbeitsaufträge in Text und Schrift oder digitale Arbeitsunterstützung, etwa durch einen Computer oder Tablet. Tools wie Sanduhren und schallreduzierende Ohrenschützer sowie die Gestaltung des Klassenraums werden ebenfalls erwähnt.

Außerdem sehen sie personelle Ressourcen wie die Doppelbesetzung in der Klasse, die Unterstützung durch Betreuungslehrer:innen oder andere Unterstützungsnetzwerke und die Reduktion der Klassenschüler:innenzahl für die Umsetzung als notwendig.

Psychologin 2 schließt sich den Aussagen bezüglich der personellen Ressourcen an. Sie ergänzt die Notwendigkeit an Materialien zur Förderung und fügt in ihrem dritten Punkt das Thema *Wissen* hinzu, sie erklärt: *„Weil man Dinge nur dann erkennt, wenn man Wissen darüber hat."* Auch LRS-Therapeutin 2 teilt diese Meinung, sie sagt: *„Und ich glaube, was einfach draußen noch fehlt, ist das genaue Wissen über diese Störungsbilder."* Beide sprechen hier einerseits über Ängste hinsichtlich der klinischen Diagnostik durch Unwissenheit und einen auf die Schwächen fokussierten Blick, als auch anderseits über die Ratlosigkeit in der Umsetzung des *Rundschreiben Nr. 24/2021 • Richtlinien für den Umgang mit Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) im schulischen Kontext* vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung.

In der Gruppe der Primarschulpädagoginnen bezieht sich nur Lehrerin 4 auf das oben genannte Rundschreiben Nr. 24/2021, sie sagt: *„Das Positive an diesem Rundschreiben ist, dass es so offen formuliert ist. Es geht darum, wie ich den Kindern entgegenkommen kann."* Psychologe 1 bekräftigt und fordert: *„Das Rundschreiben komplett ausschöpfen, die Mündlichkeit in den Vordergrund rücken und den individuellen Leistungszuwachs am stärksten zu betonen. Das gilt für jedes Kind, egal welcher Entwicklungsproblematik. Wird das selbstverständlich, dann haben wir automatisch einen differenzierten Blick in die Diversität gelegt — das wäre für mich Inklusion. Und dass man sich das traut, ist eine der Bedingungen. Die Lehrer dazu couragieren, dass sie es tun."* Auch LRS-Therapeutin 2 nennt den Blick auf die individuelle Weiterentwicklung und das Auslösen der Positivspirale als bedeutend. Sie ergänzt dies außerdem durch die Unterstützung, den individuellen Lernweg in einem differenzierten Unterricht zu finden.

Zum Thema Lernen, äußert sich Psychologe 2, brauche es einerseits viel schulische Begleitung in Übung und Förderung. Er sieht die Dringlichkeit, dass dies in der Schule Platz finden muss und nicht auf das Zuhause ausgelagert werden darf,

weil Familien Entlastung und Kinder einen Schonraum brauchen. Zusätzlich kann durch das enge Monitoring des Leistungszuwachses und einer regelmäßigen Förderdiagnostik in der Schule die Leistungsbeurteilung der Kinder längsschnittlich über den Entwicklungsverlauf erfolgen und nicht querschnittlich im Vergleich zu den anderen Kindern in der Klasse. Für die Umsetzung und das Gelingen der schulischen Unterstützungsmaßnahmen sieht der Psychiater die Erfahrung und das Handeln der Pädagogen/Pädagoginnen im Zentrum, er sagt: *„Ja und eine Lehrerin die vielleicht schon ein bisschen Erfahrung hat und nicht ausschließlich auf Konfrontation geht. Eine liebevoll strenge Person, das funktioniert meistens am besten."*

Hinsichtlich des Gelingens der Umsetzung von schulischen Förder-, Differenzierungs- und Entlastungsmaßnahmen in der aktuellen schulischen Praxis berichten die Befragten lobend von *best practice* Beispielen bis zu enttäuschende Erfahrungen. Es findet sich also momentan noch kein einheitliches Bild, da der Umgang mit ADHS und LRS im Unterricht sehr individuell und von den Lehrpersonen abhängig scheint. Psychologe 1 äußert sich dazu so: *„Für die LRS sieht es nicht schlecht aus, da gibt es viele, die sich beginnen zu trauen oder die es schon längst machen, bei ADHS in der Kombination ist die Ratlosigkeit — was heißt das jetzt zusätzlich? (…) Des wie gut das gemacht wird, ist eindeutig abhängig von der Lehrkraft und dem Selbstverständnis, wie man Kinder differenziert Fördern kann."* Er erläutert, dass er verstehe, dass die Unsicherheit noch so groß ist, weil es kein Büchlein gibt, worin steht, wie zu handeln sei. Auf Grund der phänomenologischen Diagnose und der Vielfältigkeit der Symptomatik gibt es nicht die *eine* richtige Handhabe.

Zur Rolle der Schule gehört die Gestaltung der Rahmenbedingungen im Unterricht und im Klassenraum sowie die Bereitstellung personeller Ressourcen, Fördermaterialien und eine angemessene Klassengröße. Besonders wichtig für den Erfolg sind das Wissen und Handeln der Lehrkräfte, da sie Differenzierung und gezielte Förderung ermöglichen und mit einem stärkenorientierten Ansatz kleine Fortschritte sichtbar machen können. Angemerkt wird außerdem, dass Umsetzung und Gelingen von der Lehrperson abhängig sind. Kleine Klassen und zusätzliches pädagogisches Personal sind dabei unerlässlich.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die, im Rahmen dieser Forschungsarbeit befragten Personen, gelten als Vertreter für unterschiedliche Fachbereiche rund um die Arbeit mit ADHS und LRS betroffenen Kindern, sie repräsentiere das Interdisziplinäre Netzwerk. Alle Gruppen betonen die Wichtigkeit eines funktionierenden, regelmäßigen Austausches. Bevor dies möglich ist, nennt Psychologin 2 hierfür die erforderliche Entbindung der Verschwiegenheit seitens der Eltern: *„Das finde ich, ist einmal die Grundbedingung, dass die einzelnen Partner dieser Gemeinschaft von den Eltern berechtigt werden sich auszutauschen."* Ein gemeinsames Handeln im Sinne des Kindes, Verständigung über Anliegen, Fördermöglichkeiten, Ziele und Fortschritte heben alle Interviewpartner hervor.

Die befragten Lehrerinnen schätzen die Meinung und Unterstützung durch externe Professionen wie Therapeutinnen/Therapeuten oder Ärztinnen/Ärzten.

Die LRS-Therapeutinnen sehen einerseits die Bereitschaft der Pädagoginnen und Pädagogen Information einzuholen und sich weiterzubilden als nötigen Faktor für gelingende interdisziplinäre Vernetzung, andererseits stehen sie als Ansprechpartner für Eltern und Lehrerinnen und Lehrer zu Verfügung, etwa um einen Befund zu besprechen und sich über Leistungsstand und Förderziele auszutauschen.

Umfangreich äußert sich Psychologe 2, er wünscht sich, dass Psychologie und Pädagogik enger zusammengespannt werden, nicht nur durch psychologische Unterstützung in Schulen, sondern auch durch Beratung der Lehrpersonen, um ihre diagnostische Kompetenz hinsichtlich einer schulischen Förder- und Verlaufsdiagnostik (Mentoring) zu stärken. Außerdem soll regelmäßig über Kinder und ihr Verhalten supervidiert werden. Therapeuten/Therapeutinnen sollten als Unterstützer angesehen werden, die auf gleicher Augenhöhe mit Lehrkräften und Eltern arbeiten. Ideal wäre es, diese Unterstützung und Therapie direkt in Schulen anzubieten, anstatt außerschulische Angebote nutzen zu müssen. Dies soll zur Entlastung, der oft sehr belastete Eltern-Kind-Beziehung, beitragen.

In der vernetzten Arbeit der Professionen rund um betroffene Kinder und ihre Eltern ist die Bitte an die Erziehungsberechtigten um Entbindung von der Verschwiegenheit

oberste Prämisse. Offene Kommunikation, Austausch und Beratung, ein gemeinsames Ziehen an einem Strang sowie Weiterbildung werden als unerlässlich gesehen. Psychologische und therapeutische Arbeit in der Schule sowie die Stärkung der diagnostischen Kompetenz von Pädagoginnen und Pädagogen wäre wünschenswert. LRS-Therapeutin 2 sagt zusammenfassend: *„Wenn sich alle zusammentun und miteinander wohlwollend kommunizieren — dann wird es meistens was."*

Außerschulischer Handlungsbedarf

In der Frage, ab wann außerschulische Expertinnen/Experten hinsichtlich einer Abklärung oder therapeutischer Unterstützung hinzugezogen werden sollen, zeigen sich die Interviewpartner:innen einig, dass grundsätzlich besser zu früh als zu spät agiert werden soll. Das Einsetzen der Förderung und der Zeitpunkt einer eventuell notwendigen Diagnostik sind als zwei voneinander unabhängige Ereignisse zu betrachten. LRS-Therapeutin 2: *„Trainingsbedarf zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Kinder nicht mitschleppen (…) Dass man mit den Eltern spricht, dass man da Bedarf sieht und dass die sich schon früher Unterstützung suchen. Es braucht nicht immer gleich eine Diagnostik."* Psychologin 2 bestätigt den Ansatz „je früher, desto besser" insbesondere in sehr belasteten Familien, da das Konfliktpotenzial rund um Schule, Verhalten und Leistung sehr groß ist. Weitere Belastungen durch ebenfalls betroffene Geschwisterkinder oder das Getriggert- bzw. Zurückversetzt-Fühlen durch die Erinnerung an eigene Erlebnisse aus der Schulzeit können es schwer machen, einen förderlichen Rahmen für das Kind zu schaffen. LRS-Therapeutin 1 stimmt zu, jedoch räumt sie Kindern eine Entwicklungszeit ein und ist der Meinung, dass man nicht vorschnell in einen Aktionismus verfallen dürfe. Lehrerin 4 verweist auf den Zeitpunkt gegen Ende des zweiten Schuljahres für eine diagnostische Abklärung. Die anderen Lehrerinnen sehen den Zeitpunkt, sobald schulische Maßnahmen nicht mehr ausreichen oder durch Leistungsbeurteilung und Schulwechsel Druck und Probleme entstehen. Psychologe 2 definiert den Zeitpunkt dort, wo Eltern oder Schule ein schlechtes Gefühl für die Entwicklung des Kindes haben, wenn sie bei unveränderten Bedingungen ein halbes Jahr in die Zukunft blicken.

Für die Frage des Zeitpunkts, ab wann außerschulischer Handlungsbedarf notwendig wird, gibt es keinen klaren Maßstab, jedoch sind der Moment, wenn schulische Förderung nicht mehr ausreicht und das besorgte Gefühl beim Blick in die nahe Zukunft des Kindes, gute Indizien für das Hinzuziehen von Expertinnen oder Experten. Betont werden muss, dass Förderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, unabhängig einer vorhandenen Diagnose, die meist ab Mitte zweiter Klasse gestellt werden kann, höhere Erfolgsaussichten hat. LRS-Therapeutin 2 bringt zusammenfassend auf den Punkt: *„Das Training ist ja nicht schulstoffbasiert, du kannst rundherum die Basis stärken (…) die Diagnostik kann man dann immer noch hinten anhängen, wenn es sie dann braucht."*

Langfristige Auswirkung fehlender Förderung

Über die langfristigen Risiken bei Ausbleiben der Förderung zeichnen alle Expertinnen und Experten ein düsteres Bild. Sie sehen die psychische Gesundheit, das Wohlbefinden und die Bildungschancen des Kindes als gefährdet. Lehrerinnen sprechen über prägende negative Schulerfahrungen, dazu sagt Lehrerin 3: *„Du nimmst ihnen jegliche Freude am Lernen, wenn sie in den ersten Jahren immer wieder erfahren, dass sie schlecht sind. Sie speichern Schule als etwas Negatives ab, insofern ist das mit dem Lernen eine gegessene Geschichte fürs Leben."* Sie befürchten die Entstehung eines Selbstbildes als Versagerin oder Versager, das später in der eigenen Familie und über Generationen hinweg weitergegeben werden kann. Die mögliche Entwicklung einer Depression, Suchtgefahr oder Borderline-Störung wird von Lehrerinnen beschrieben. LRS-Therapeutin 2 pflichtet bei und fügt hinzu, dass zahlreiche Studien die Gefährdung der psychosozialen Entwicklung belegen. Das bedeutet schlechtere Bildungsabschlüsse, schlechtere Jobs, niedrigere Qualifikationen, höhere Arbeitslosigkeit sowie mehr internalisierende und externalisierende Probleme. LRS-Therapeutin 1 stell fest: *„Das ist ein massiver Einschnitt, das entspricht meines Erachtens eigentlich dem Gleichstellungsgrundsatz, denn die Kinder sind von vorhinein benachteiligt."* Psychologe 1 und Psychologin 2 sowie der Psychiater beschreiben die Problemlage von sowohl nicht diagnostizierten als auch nicht pädagogisch gefördert oder therapeutisch, medizinisch behandelten Kindern

ähnlich. Sie berichten, dass jene Kinder allgemein schlechtere Bildungschancen haben. Speziell LRS wirkt sich stark auf den Schul- und Berufsweg aus, was sich in mangelnder schulischer Erreichung dessen, was möglich wäre, zeigt. Sie fallen häufiger aus dem Schulsystem, starten verspätet eine Lehre oder machen die Matura nach, weil sie den normalen Bildungsweg vielleicht nicht auf Anhieb geschafft haben. Der Selbstwert in Bezug auf schulisches Lernen und Persönlichkeit ist geringer, weil eigene Erklärungsversuche des fehlenden Erfolgs notwendig werden. Psychologe 1 sagt: *„Irgendwo muss ich es mir ja erklären, ‚Bin ich zu faul oder zu dumm?'."* Der Psychiater fasst bereits genannte Risiken zusammen: *„Naja, da gibt es ganz viele Schulversager, die auch Lebensversager werden, hohe Kriminalitätsrate oder deutlich erhöhte Kriminalitätsrate."*

Darüber, dass fehlende Förderung mit langfristigen negativen Folgen einhergeht, sind sich alle Befragten einig. Die Prognosen der Befragten reichen von schlechten schulischen Erfahrungen über niedrigere akademische Chancen sowie Auswirkungen auf die Psyche wie Depressionen, Borderline-Störungen und Suchtgefahr, bis hin zu schwerwiegenden Konsequenzen für den späteren Lebensweg wie höheres Risiko der Arbeitslosigkeit, schlechtere Jobs oder Kriminalität.

Erfolgsaussichten durch frühzeitige Unterstützung

Alle Befragten betonen unisono die große Bedeutung frühzeitiger Unterstützung und Förderung von Kindern mit Lernschwierigkeiten und ADHS. Sie sehen in einem starken Unterstützersystem und positiver Einstellung aller Beteiligten große Chancen, dass jene Kinder erfolgreich ihre Herausforderungen meistern können. Lehrerin 4 bekräftigt: *„Also da sehe ich ganz große Chancen, einfach weil ein Team dahintersteht."*

LRS-Therapeutin 2 betont an diesem Punkt das Recht auf Chancengleichheit aller Kinder in Bezug auf Gleichstellung und das Chancengleichheitsgesetz. Psychologin 1 erörtert, dass die Aussichten trotz fehlender spezifischer Unterstützung dennoch besser seien, wenn zumindest die schwachen schulischen Leistungen durch das Wissen über eine vorliegenden LRS besteht. Sie sagt: *„Angenommen ein Kind hat eine Legasthenie, die ist bekannt, die wird in der Schule auch berücksichtigt,*

aber es gibt jetzt keine spezifische Förderung, dann hat das Kind trotzdem bessere Entwicklungschancen, weil einfach das Ding einen Namen hat und weil Rahmenbedingungen (Die Interviewpartnerin verweist an dieser Stelle auf das Rundschreiben Nr. 24/2021 *Richtlinien für den Umgang mit Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) im schulischen Kontext*) *geschaffen werden, die das Kind unterstützen."*

Die Förderung von Selbstbewusstsein, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und die Berücksichtigung der individuellen Stärken stehen im Rahmen der Förderung im Fokus. Darüber hinaus ergänzt LRS-Therapeutin 1: *„Wenn man dann auch zusätzlich die Potenziale und Stärken, die da sind, fördert, wenn man nicht die Stärken auch noch vernachlässigt, dann bin ich mir sicher, dass jedes Kind einen guten Weg findet für sich."*

Alle Befragten betonen die große Bedeutung frühzeitiger Unterstützung und Förderung von Kindern mit Lernschwierigkeiten und ADHS, wobei ein starkes Unterstützersystem und eine positive Einstellung als entscheidend gelten. Chancengleichheit und das Wissen um eine vorliegende LRS verbessern laut den Experten die Entwicklungschancen, selbst wenn spezifische Fördermaßnahmen fehlen. Die Förderung von Selbstbewusstsein, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und die Berücksichtigung individueller Stärken stehen dabei im Mittelpunkt.

Der optimale Weg?

Abschließend wurden alle die Expertinnen und Experten nach dem aus ihrer Sicht optimalen Weg für die schulische Begleitung von Kindern mit auffälligem Verhalten und Schwächen im Lernen befragt.

Der Psychiater findet, der ideale Weg wäre, schon im Kindergarten auffällige Kinder zu identifizieren, da hier noch viel Freiraum besteht. In der Schule wird es enger, daher könnte eine zusätzliche Lehrperson hilfreich sein, die sich um ein oder zwei Kinder in der Klasse kümmert. Frühzeitige psychologische Unterstützung und Elternberatung sind wichtig. Wenn ein Kind weiterhin zurückfällt, sollte rechtzeitig bei der Kombination von ADHS mit LRS eine medikamentöse Behandlung, etwa in der ersten oder zweiten Klasse, in Betracht gezogen werden. Er wünscht sich außerdem: *„Ja, dass die Kommunikation funktioniert, dass es da regelmäßige*

Gespräche gibt, dass die Lehrer oder beide Teile nicht zu sehr frustriert sind und auch gegenseitig Schuld abladen, das kommt ja häufig so vor."

Die Lehrerinnen sehen den Bedarf, Probleme frühzeitig zu anzusprechen und wenn nötig, professionelle Hilfe anzuregen. Kinder und Eltern sollen Unterstützung in der Aufklärung über LRS und ADHS finden, um ihre Bedürfnisse zu erkennen und ihre Stärken zu fördern. Lehrerin 4 hebt dabei hervor: *„Schauen, dass der Leidensdruck ganz geringgehalten wird."* Eine enge Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern sehen Lehrerinnen als unerlässlich, um individuelle Lösungen zu entwickeln. Kinder sollen an Selbstreflexion herangeführt werden, das Positive am Lernen erkennen und erfahren, dass Schwierigkeiten als Entwicklungsmöglichkeiten verstanden werden können.

LRS-Therapeutinnen finden, ein verbessertes vorschulisches Angebot würde helfen, frühzeitig potenzielle Probleme zu erkennen. Regelmäßige Einbeziehung der Eltern ist nötig, um eine frühzeitige Unterstützung zu ermöglichen. LRS-Therapeutin 2 merkt an: *„Ich finde, was Lehrer wirklich machen könnten, wäre von vornherein mit Eltern offen kommunizieren welche Bedenken sie haben und was man tun könnte und nicht zuwarten."* Sie finden, dass Lehrkräfte mehr Aufklärung und Unterstützung benötigen, um effektiv mit LRS und ADHS umzugehen.

Psychologin 2 und Psychologe 1 beschreiben den idealen Ansatz darin, Kinder regelmäßig zu beobachten und Eltern in den Prozess miteinzubeziehen. Frühe Förderung bei LRS und ADHS ist entscheidend, idealerweise bereits bei Vorläuferfertigkeiten. Ergotherapie kann bei ADHS hilfreich sein, ebenso wie geeignete Rahmenbedingungen, um das Lernen zu strukturieren und das Kind bei der Konzentration zu unterstützen. Eine angemessene Balance zwischen Schul- und Hausübungen sehen sie als bedeutende Entlastungsfaktoren. Psychologe 1 findet in der Beschreibung des optimalen Wegs eine klare und knappe Antwort, er sagt: *„Zeit und Geduld aller am Lernprozess beteiligten Personen."*

In der optimalen Gestaltung des schulischen Wegs für Kinder mit ADHS und LRS betonen alle Expertinnen und Experten die Notwendigkeit frühzeitiger Erkennung und Unterstützung, idealerweise bereits im Kindergarten. Wichtig sind die enge

Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften, Eltern und Fachleuten sowie regelmäßige Kommunikation und individuelle Förderung, um Leidensdruck zu minimieren und Stärken zu fördern. Ergänzend wird eine frühzeitige psychologische und gegebenenfalls medikamentöse Unterstützung als sinnvoll angesehen, insbesondere wenn ein Kind weiterhin zurückfällt. Lehrerinnen und Lehrer sehen den Bedarf, Probleme frühzeitig anzusprechen und bei Bedarf professionelle Hilfe zu suchen. LRS-Therapeutinnen und die Psychologin unterstreichen die Bedeutung von vorschulischem Angebot, regelmäßiger Elternkommunikation und gezielter Ergotherapie, sowie der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur Unterstützung des Lernens und der Konzentration.

7.5 Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse

Abschließend sind die wichtigsten Ergebnisse der ausführlich beschriebenen vier Themenbereiche aus der Expertinnen und Experten Befragung zum Thema *Verhaltensauffälligkeiten und Teilleistungsschwächen* noch einmal kurz und knapp dargestellt.

Früherkennung und Diagnostik

Frühe Auffälligkeiten, wie Konzentrationsprobleme oder Defizite in der phonologischen Bewusstheit, können bereits vor dem Schulbeginn auftreten. Die Diagnose ist wichtig, um die Ursache von Verhaltensauffälligkeiten und Teilleistungsschwächen zu identifizieren, passende Fördermaßnahmen zu finden und gegebenenfalls therapeutische Interventionen einzuleiten. Eine Diagnose kann Klarheit schaffen, Eltern entlasten und stärken, indem sie zeigt, dass das Kind bereits sein Bestes gibt. Fehlt eine Diagnose, kann das Kind ein negatives Selbstbild entwickeln, was zu schulischen und lebensbezogenen Misserfolgen führen kann. Trotz eventueller Nachteile wie Überdiagnostizierung oder Stigmatisierung können diese durch Aufklärung, Beratung, Psychoedukation und Unterstützung vermieden werden.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Lehrerinnen tendieren dazu, Verhaltensauffälligkeiten bei Mädchen als schüchtern und bei Jungen als impulsiv zu interpretieren. Fachleute wie die LRS-Therapeutinnen und Psychologin und Psychologe erkennen geschlechtsspezifischen Unterschiede jedoch nicht, sie sehen individuelle Unterschiede und differenzieren nach der Art der Störung. Die Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Unterschiede wird oft durch gesellschaftliche Erwartungshaltungen an das Rollenbild beeinflusst.

Bedürfnisse betroffener Kinder und ihrer Eltern

Kinder mit ADHS und LRS benötigen Bewegungsmöglichkeiten, Struktur und Anerkennung. Die Bedürfnisse unterscheiden sich nicht geschlechtsspezifisch. Eltern benötigen ehrliche Aufklärung, Unterstützung zur Stärkung der elterlichen Kompetenz und eine enge Zusammenarbeit mit der Schule. Eine frühzeitige und passende Förderung ist entscheidend, da Störungen oft eine lebenslange Begleitung erfordern.

Pädagogisch-interdisziplinäre Handlungsmöglichkeiten

ADHS und LRS können sich gegenseitig verstärken, daher sind angepasste Unterstützung und enge Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften, Eltern und Fachleuten unerlässlich. Schulen sollten geeignete Rahmenbedingungen schaffen und zusätzliche personelle Ressourcen bereitstellen, um langfristig negative Auswirkungen zu verhindern und die Chancengleichheit der Kinder zu sichern.

8. Diskussion

Nach Darstellung der Ergebnisse der Forschungsarbeit, in der die Thematik der *Doppelbelastung durch ADHS und LRS* untersucht wurde, folgt im abschließenden Teil der Arbeit die Diskussion der Ergebnisse. Die theoretisch und empirisch gewonnenen Erkenntnisse werden zunächst dargelegt. Auf dieser Grundlage wird die zentrale Forschungsfrage beantwortet. Anschließend folgt die Interpretation der Ergebnisse und die Limitationen der Forschung. Mit einem Ausblick auf mögliche weiterführende Fragestellungen in diesem Themenfeld schließt die vorliegende Masterarbeit ab.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Wie im Theorieteil dieser Arbeit in den Kapiteln zu ADHS und LRS beschrieben wurde, lassen sich an der Prävalenz, der Ursachen und den Komorbiditäten die Gemeinsamkeiten und Überschneidungen der Störungen erkennen.

Beide treten in etwa ähnlich häufig auf, ADHS zu circa 5 % (Falkai & Döpfner, 2015, S. 81) und LRS zu ungefähr 4–9 % (B. Haller et al., 2022, S. 7). ADHS wird bei Mädchen oft übersehen, da die Fragebögen zu ADHS eher männlich und auf hyperaktive Symptome ausgerichtet sind (A. Neuy-Lobkowicz, 2023). Es muss angemerkt werden, dass die Angaben der Prävalenzwerte zu psychischen Störungen und Lernstörungen in der Fachliteratur variieren, was unter anderem in den unterschiedlichen Diagnosekriterien begründet ist.

Sowohl ADHS als auch LRS sind, laut aktuellem Stand der Forschung, in ihrer Entstehung nicht auf eine einzelne Ursache zurückzuführen, sondern entspringen einem multifaktoriellen Geschehen, in dem genetische und neurologische Faktoren beteiligt sind; psychosoziale Faktoren spielen eine bedeutende Rolle in der Ausprägung der Symptome und dem Verlauf der Auffälligkeiten (Mackowiak & Schramm, 2016, S. 27; Sprenger & Sprenger, 2014, S. 30).

Bei den Begleiterscheinungen der beiden Störungen ist die gegenseitige Komorbidität auffällig sowohl die Kombination ADHS mit LRS als auch LRS mit ADHS (Kahl,

2012, S. 27; Schulte-Körne & Galuschka, 2019, S. 27). Die hohe Prävalenz der Lernschwäche von 85 % bei ADHS ist für die Schule und das Lernen von großer Bedeutung (Born & Oehler, 2019, S. 13). Darüber hinaus zeigt sich bei beiden Störungen ein Leidensdruck in Form von Ängsten oder Depressionen. Somatische Beschwerden sehen wir eher bei LRS, oppositionell, aggressives Verhalten häufiger bei ADHS (Klicpera et al., 2020, S. 211; Mackowiak & Schramm, 2016, S. 23)

Die empirische Forschung zeigte einen hohen Grad an Übereinstimmung mit der Fachliteratur. Folgende Erkenntnisse konnten aus den erhobenen Daten der Interviewanalyse gewonnen werden um die enger gefassten Teilfragen, die zur Forschungsfrage hinführen, zu beantworten.

Was Primarschulpädagoginnen und Pädagogen über ADHS und LRS wissen sollen:
Neben allgemeinem Grundlagenwissen zu den Themen ADHS und LRS müssen Lehrpersonen sensibilisiert sein, Symptome einer möglichen LRS und/oder ADHS frühzeitig zu identifizieren. Dabei sollen besonders geschlechtsspezifische Rollenerwartungen vermieden werden. Bei unklarer oder negativer Prognose in der Lernentwicklung soll eine Empfehlung an die Erziehungsberechtigten zur diagnostischen Abklärung zu frühestmöglichem Zeitpunkt folgen. Unabhängig davon, ob die Auffälligkeiten im Verhalten oder in der schulischen Leistung beobachtet werden, muss bei der Überlegung nach der Ursache und der Suche nach einer Lösung unbedingt die Frage nach einem verborgenen, komorbiden Vorliegen von LRS bzw. ADHS ergänzt werden. Infolge soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychologie, Therapie und Pädagogik gesucht werden.

Faktoren die Kindern mit ADHS und LRS helfen, um erfolgreich zu lernen:
Der Aufbau einer positiven Lehrer:innen – Schüler:innen Beziehung für ein sicheres Schulumfeld gilt als Prämisse für die emotionale Unterstützung. Dabei liegt der Fokus auf der Umpolung negativer Glaubenssätze, der Vermittlung eines positiven Selbstbilds und der Stärkenentwicklung des Kindes.

Im Klassenzimmer besteht Bedarf an optischer und akustischer Reizreduktion sowie individueller Bewegungsmöglichkeit, Unterstützung durch angepasste Lernmaterialien und erhöhter äußerer Strukturhilfe. Die Kommunikation soll sowohl klar

und positiv sein als auch durch nonverbale Tools und Gesten unterstützt werden. Individuelle Bedürfnisse der Lernenden sollen berücksichtigt werden. Geduld und Verständnis für Rückschritte müssen aufgebracht werden. In der Benotung soll die mündliche vor der schriftlichen Leistung stehen.

Was Eltern von Kindern mit ADHS und LRS in der schulischen Beratung brauchen: Mütter und Väter benötigen einerseits Stärkung ihrer elterlichen Kompetenz und Schuldentlastung sowie frühe Information, Beratung und Aufklärung. Andererseits sind die Einbeziehung und Zusammenarbeit mit den Eltern relevante Faktoren für das Gelingen von schulischen Interventionen. Die Bildung einer Allianz für das Kind und die Bestärkung eines positiven Blicks auf die Potenziale des Kindes stellen einen bedeutenden Faktor in einer erfolgreichen Entwicklung trotz vorhandener Hürden dar.

Ergänzend nannten die Befragten den Bedarf an mehr Ressourcen. Wünschenswert im System Schule wären mehr Beratungslehrer:innen und Schulassistenzstunden, flexible Gestaltung von Fördersettings, kleinere Gruppen, flexible Raumgestaltung und die Implementierung von Lerntherapie im Unterricht.

Beantwortung der Forschungsfrage

Die Ausgangsfrage dieser Arbeit lautete:

> *„Wie kann eine erfolgreiche Begleitung von Kindern und ihren Familien mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und einer Lese-/Rechtschreibstörung im Kontext Schule gelingen?“*

Die Forschungsfrage kann durch die Verknüpfung der Erkenntnisse aus Theorie und Empirie sowie die Feststellung von Erfolgsfaktoren beantwortet werden. Entscheidend für eine erfolgreiche Begleitung von Kindern und ihren Familien mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und einer Lese-/Rechtschreibstörung im Kontext Schule sind die Faktoren *Fachwissen*, *Methodensicherheit*, *Elternarbeit* und *Ressourcen*. Folgende Schlussfolgerungen sind auf Basis der theoretischen und empirischen Grundlagen möglich:

1) Der Faktor *Fachwissen* um ADHS und LRS ist notwendig, um Auffälligkeiten richtig einzuschätzen. Es hilft Pädagoginnen und Pädagogen, die Auffälligkeiten der Schulkinder zu erkennen und sie richtig einzuschätzen. Es kann, wenn nötig, die Expertise anderer Professionen angeregt und eine Empfehlung ausgesprochen werden. Die Eltern können fachlich fundiert und wohlwollend im Sinne des Kindes beraten werden.
2) Die Faktoren *Methodensicherheit* in der Beziehungsgestaltung zu Schulkindern sowie die passenden Unterstützungsmaßnahmen im Unterricht sind entscheiden für schulisches Gelingen von Kindern mit ADHS und LRS. Eine positive, sichere Beziehung und der Ausgleich von Nachteilen tragen zu erfolgreichem Lernen bei.
3) Der Faktor *Elternarbeit* gilt als Schlüsselkomponente in der schulischen Begleitung von Kindern mit ADHS und LRS. Einerseits benötigen sie frühe Aufklärung und Beratung, andererseits ist es wichtig, elterliche Schuldgefühle zu beseitigen und einen positiven Blick auf das Kind zu lenken. In der Umsetzung von schulischen Interventionen und eventuell notwendiger außerschulischer Expertise ist konstruktive Zusammenarbeit im Wohlwollen des Kindes unverzichtbar.
4) Die Faktoren personeller und räumlicher *Ressourcen* tragen zu einer besseren Umsetzbarkeit im schulischen Rahmen bei. Der Bedarf der Erhöhung dieser Ressourcen, um den Bedürfnissen betroffener Kinder angemessen nachzukommen ist gegeben.

Diese, durch Theorie und Forschung begründeten Faktoren, tragen dazu bei, die richtigen Ansatzpunkte zu finden und eine positive, erfolgreiche Entwicklung zu fördern. Die Arbeit zeigt, dass die gelingende Begleitung von Kindern mit der Kombination von ADHS und LRS sowie ihren Eltern ein frühzeitiges, differenziertes Erkennen und eine Diagnose zum ehestmöglichen Zeitpunkt erfordert. Außerdem sind eine gezielte und geduldige Förderung sowie ein positiver Blick auf das Kind notwendig. Schulische Unterstützungsmöglichkeiten und der Ausgleich von Nachteilen sind als notwendige „Brille“ zur Herstellung der Chancengleichheit zu verstehen.

Interpretation der Ergebnisse

Die Tatsache, dass ADHS als die am häufigsten diagnostizierte Störung im Kinder- und Jugendalter gilt, bestätigt die Relevanz des Themas für die Grundschule. Studien in den USA belegen, dass 90 % der Kinder mit ADHS ihr Potenzial in der Schule nicht ausschöpfen, 20 % der betroffenen Kinder zusätzlich Schwierigkeiten beim Lesen haben und sogar 85 % der Kinder von einer Lernschwäche betroffen sind (Born & Oehler, 2019, S. 13; Kahl, 2012, S. 78). Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass Schulen gezielte Maßnahmen für die erfolgreiche Begleitung dieser Kinder anbieten.

Ein konstanter Nebenaspekt in dieser Arbeit waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede von Mädchen und Buben im Kontext dieses Themas. Obwohl ADHS bei Kindern häufiger bei Jungen diagnostiziert wird, was auch von den befragten Lehrerinnen bestätigt wird, entgegnen Neuy-Lobkowicz (2023) und die befragte Psychologin 2, dass die Vorkommenshäufigkeit bei erwachsenen Männern und Frauen gleich hoch ist. Dies deutet darauf hin, dass die Häufigkeit von ADHS auch bei Jungen und Mädchen gleich verteilt sein sollte. Laut dem befragten Psychologen tragen jedoch Rollenklischees dazu bei, dass die Verhaltenserwartungen an Jungen und Mädchen geschlechtsspezifisch unterschiedlich sind. Externalisierendes Verhalten wird laut Beschreibung der Lehrerinnen tendenziell Jungen zugeschrieben, was folglich eher als störend empfunden wird und daher zu einer häufigeren diagnostischen Abklärung führt. Im Gegensatz dazu wird die leise, internalisierende Verhaltensweise eher Mädchen zugeschrieben. Dies kann eine Erklärung dafür sein, dass Mädchen oft unentdeckt oder sehr spät diagnostiziert werden. Zusätzlich sind klinische ADHS-Diagnoseverfahren männlich orientiert und zielen eher auf hyperaktive Symptome ab. Mädchen erreichen oft nicht den für eine Diagnose notwendigen Test-Score und bleiben daher häufiger undiagnostiziert. Dies kann sich ungünstig auf den Verlauf ihrer Förderung und Bildungslaufbahn auswirken (Neuy-Lobkowicz, 2023). Für die pädagogische Arbeit in der Grundschule lässt sich aus dieser Erkenntnis interpretieren, dass besonders bei Mädchen mit Auffälligkeiten im

Verhalten und/oder in der Leistung sehr genau hingesehen werden muss, um ein Übersehen aufgrund weniger dominanter Symptome zu vermeiden.

Wenn ADHS und LRS nicht frühzeitig erkannt werden, können Fehlinterpretationen und falsche Zuschreibungen auftreten. Fehlt die notwendige Förderung oder Unterstützung, kann sich ein Teufelskreis entwickeln: schlechte Leistungen führen zu negativer Rückmeldung, die folglich Wut, Misserfolg und Rückzug verursachen. Dieser Kreislauf kann zu Leidensdruck und negativen Folgen für den Bildungs- und Lebensweg der betroffenen Kinder führen. Kinder mit ADHS und LRS stellen Eltern und Schulen durch ihre spezifischen Symptome und Bedürfnisse vor besondere Herausforderungen. Schulte-Körne (2021, S. 35) betont, dass es bei der Bewältigung dieser Aufgabe entscheidend ist, die Ursachen der Auffälligkeiten zu erkennen, um gezielte Maßnahmen zu setzen und dass es essenziell ist, den Anteil der psychischen Belastung zu erkennen und diesen mit in das Förderkonzept zu nehmen.

Die enge Verwobenheit von ADHS und LRS zeigt die Bedeutung der Thematik für den Primarschulbereich. Küspert betont, je weniger Druck und Misserfolg ein Kind erleiden muss desto weniger werden sein Selbstwertgefühl und seine Persönlichkeit angegriffen. (2018, S. 63). Daraus lässt sich herleiten, dass es für den weiteren Lebensweg des Schulkindes entscheidend ist, in den ersten Bildungsjahren frühestmöglich die richtigen Maßnahmen zu ergreifen und dadurch den kindlichen Selbstwert zu schützen. Das bedeutet bei Auffälligkeiten schon früh sehr genau hinzusehen und Mitverantwortung für deren Verlauf zu nehmen.

Wenn bei der Vermutung einer Störung eine Abklärung erforderlich wird, bietet die präzise klinische Diagnose die Grundlage für eine erfolgreiche Förderung. Wird bei einem Kind ADHS oder LRS diagnostiziert, kann sich laut Psychologin 2 die Entwicklungsprognose des Kindes sogar ohne spezifische Fördermaßnahmen verbessern, da die Problematik benannt ist und sich familiäre Erwartungen sowie institutionelle Rahmenbedingungen anpassen. Mit anderen Worten bedeutet sie, dass die Diagnose bereits die halbe Therapie sein kann.

Im Umgang mit LRS legt der Erziehungswissenschaftler und gleichzeitig LRS-Betroffene Reinhold Haller drei wesentliche Faktoren zur Bewältigung und Prävention von möglichen sekundärsymptomatischen Folgen zugrunde:

• Wie reagiert mein soziales Umfeld auf die Symptome meiner Leistungsschwäche?
• Wie erlebe ich als betroffenes Kind und später als erwachsene Person meine LRS?
• Wie reagiert die Gesellschaft auf meine Einschränkung? (R. Haller, 2022, S. 87)

Schleider (2009, S. 46) ergänz die sogenannten Protektivfaktoren um folgende Punkte: Intelligenz, Erziehung der Eltern, Früherkennung und Frühförderung, Fähigkeit zur Selbstkontrolle (exekutive Funktionen), Fähigkeiten und Ressourcen in Bereichen abseits von Lesen und Schreiben und positive Erfahrungen bei Hobbys. Bezugnehmend auf R. Haller und Schleider müssen sich die Erwachsenen – Lehrende, Eltern und Fachleute – ihrer einflussnehmenden Rolle auf die Entwicklung der Symptome und deren Ausprägung sowie auf das Erleben des Selbstwertes eines Kindes mit ADHS und LRS bewusst sein.

Einer meiner Interviewpartner sagte: „*Ich kann nur das sehen, was ich kenne*." Ich denke, er dachte dabei an Johann Wolfgang von Goethe, der wie folgt zitiert wird: „*Man erblickt nur, was man schon weiß und versteht.*" In diesem Sinne lässt sich ableiten, dass wir nur über das, worüber wir Wissen verfügen, befähigt sind, Beobachtungen und Symptome richtig einzuordnen, ohne vorschnell zu interpretieren oder Falschzuschreibungen zu tätigen.

Es lässt sich schlussfolgern, dass wir keinen Einfluss haben, mit welcher Häufigkeit diese Störungen vorkommen, was wir aber verändern können ist, dass Verhaltensstörungen als „*unerzogen*" und „*schlimm*" gewertet werden, oder dass Störung im Lesen und/oder Rechtschreiben verborgen bleiben und Kinder irrtümlich als „*dumm*" und „*faul*" missinterpretiert werden. Letztendlich sind die vier Jahre der Primarschulzeit eine, auf die Lebenszeit gesehen relativ kurze, aber wie die Studie von Alexander-Passe (2015) über emotionalen Traumata in der Grundschulzeit zeigte, nachhaltig enorm prägende Zeit. Aus diesen Gründen ist es umso bedeutender, den Schutz des Selbstwerts der jungen Schülerinnen und Schüler an die oberste Stelle zu stellen.

Erfolgsfaktoren können dazu beitragen, dass auch diese Kinder ihre Stärken finden und ihre Potenziale entwickeln. Um das im Vorwort erwähnte Zitat von Hejlskov Elvén auf diese Arbeit zu übertragen, kann gesagt werden, dass Kinder, die über die notwendige Unterstützung und Förderung verfügen, um sich in der Schule angemessen zu verhalten und ihre schulischen Aufgaben zu meistern, werden dies auch tun werden. Schulischer Erfolg soll trotz der Hürden durch ADHS und LRS möglich sein, wie die untenstehende Illustration zum Ausdruck bringt.

Abbildung 12. Erfolg trotz ADHS & LRS (Illustration *Sombrero Design*, 2024)

Limitation der Forschung

Die vorliegende Forschungsarbeit basiert auf der qualitativen Analyse von zehn Expertinnen- und Experteninterviews aus vier verschiedenen Berufsfeldern, wobei die Geschlechterverteilung zugunsten weiblicher Experten ausfiel — acht weibliche Interviewpartnerinnen und zwei männliche Interviewpartner. Wobei die Anzahl, Auswahl und Zusammensetzung der Expertinnen und Experten die allgemeine Gültigkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Berufsbezogene Unterschiede in den Sichtweisen

und Erfahrungen der Befragten zeigen einerseits den Blick auf das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven, andererseits entstehen durch die Variation der Antworten weniger eindeutige Aussagen. Die hohe Übereinstimmung in Theorie und empirischer Arbeit bestätigt die Ausgangslage, verdeutlicht die Relevanz der Thematik und lässt Schlussfolgerungen für die pädagogische Praxis zu.

Für eine umfassendere Analyse wären weitere Studien mit einer ausgewogeneren Geschlechterverteilung und einer größeren Anzahl von Befragten erforderlich.

Insgesamt liefert die vorliegende Arbeit mögliche Erfolgsfaktoren für Kinder mit ADHS und LRS und bildet eine Grundlage für weitere Untersuchungen im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und Teilleistungsschwächen, insbesondere im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede und berufsspezifische Perspektiven.

Ausblick

Während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit wurde deutlich, wie komplex beide Themen sind und wie dicht die Auswirkungen der beiden Störungen miteinander verflochten sind. Trotz der Vielzahl spannender Aspekte rund um die Fragestellung war es notwendig, sich auf den Kern der Arbeit zu konzentrieren, um einen roten Faden und eine klare Abgrenzung der Themenbereiche zu gewährleisten. Dennoch bestehen zahlreiche interessante Ansatzpunkte, die einer weiteren Erforschung wert wären. Besonders die Themen *„Mädchen und ADHS“* sowie *„ADHS und Dyskalkulie*“ könnte in Folgearbeiten vertieft werden. Darüber hinaus könnten auch Themen wie *„Selbstwert und Lernen“*, *„Umgang mit Fehlern“*, *„Growth Mindset im schulischen Kontext“*, *„Exekutive Funktionen und Lernorganisation“* sowie *„Scham und Resilienz in Bezug auf Leistungsschwächen“* im von großem Interesse sein.

Literaturverzeichnis

Alexander-Passe, N. (2015). Investigating Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Triggered by the Experience of Dyslexia in Mainstream School Education? *Journal of Psychology & Psychotherapy*, *05*(06). https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000215

AMWF (2015). S3 Leitlinie LRS: Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung, *2015*. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-044

AMWF (2017). S3 Leitlinie ADHS: Langfassung, *2017*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045l_S3_ADHS_2018-06-abgelaufen.pdf

Barkley, R. A. (Hrsg.). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4. ed.). Guilford Press.

Betz, D. & Breuninger, H. (1998). *Teufelskreis Lernstörungen: Theoretische Grundlegung und Standardprogramm* (5. Aufl.). *Materialien für die klinische Praxis*. Beltz Psychologie-Verl.-Union.

Bischkopf, M. & Bischkopf, J. (2016). *Diagnose ADHS: Alternativen für eine Schulzeit ohne Psychopharmaka* (1. Auflage). *Balance Ratgeber*. BALANCE Buch + Medien Verlag.

BMBWF (Nr. 24/2021). Rundschreiben Nr. 24/2021: Richtlinien für den Umgang mit Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) im schulischen Kontext. https://rundschreiben.bmbwf.gv.at/media/2021_24.pdf

BMBWF (Nr. 11/2021, November). Rundschreiben Nr. 11/2021: Prüfungskandidatinnen und Prüfungskandidaten mit Behinderungen, chronischen Krankheiten etc. Angemessene Vorkehrungen für Prüfungskandidatinnen und Prüfungskandidaten im Rahmen abschließender Prüfungen, *Nr. 11/2021*. https://rundschreiben.bmbwf.gv.at/media/2021_11.pdf

Born, A. & Oehler, C. (2019). *Lernen mit ADHS-Kindern: Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten* (11th ed.). Kohlhammer Verlag.

https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=5942300

Brandau, H. & Pretis, M. (2009). *Professionelle Arbeit mit Eltern*. *Erfolgreich im Lehrberuf: Bd. 3*. Studien-Verl.

Danner-Schröder, A. (2017). *Qualitative Methoden in der Organisations- und Managementforschung: Ein anwendungsorientierter Leitfaden für Datensammlung und -analyse*. Verlag C.H. Beck. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1470734

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. & Remschmidt, H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Hogrefe Verlag.

Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS): (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie)* (2., überarbeitete Auflage 2013 (11. Dezember 2012). Hogrefe Verlag.

Döpfner, M. & Schürmann, S. (2017). *Wackelpeter & Trotzkopf: Hilfen für Eltern bei ADHS-Symptomen, hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Mit Online-Material und App* (5., aktualisierte Aufl.). Beltz. http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1129448

East, V. & Evans, L. (2017). *Von A wie ADS bis Z wie Zerebralparese: Ein schneller Überblick : mit Musterförderplänen : mit Kopiervorlagen* (8. Auflage). *Sonderpädagogische Förderung*. Persen.

Emmerich, E., Lex-Kachel, A. & Oberhauser, M. (2007). *Mit AD(H)S durch die Grundschule: Wie Sie die Konzentration, Motivation und Organisation Ihres Kindes fördern*. Knaur-Ratgeber-Verl.

Esser, G., Wyschkon, A. & Schmidt, M. H. (2002). Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *31*(4), 235–242. https://doi.org/10.1026/0084-5345.31.4.235

Falkai, P. & Döpfner, M. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen– DSM-5®*. Hogrefe. http://ebooks.ciando.com/book/?bok_id=1792418

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1313–1323. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024

Fischbach, A., Schuchardt, K., Brandenburg, J., Klesczewski, J., Balke-Melcher, C., Schmidt, C [Claudia], Büttner, G., Grube, D., Mähler, C. & Hasselhorn, M. (2013). Prävalenz von Lernschwächen und Lernstörungen: Zur Bedeutung der Diagnosekriterien. *Lernen und Lernstörungen*, *2*(2), 65–76. https://doi.org/10.1024/2235-0977/a000035

Frölich, J., Döpfner, M., Banaschewski, T., Gold, A., Rosebrock, C., Valtin, R. & Vogel, R. (2021). *ADHS in Schule und Unterricht: Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts* (2nd ed.). Kohlhammer Verlag. https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=6621704

Gates, A. I. (1941). The Rôle of Personality Maladjustment in Reading Disability. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, *59*(1), 77–83. https://doi.org/10.1080/08856559.1941.10534593

Gawrilow, C. (2016). *Lehrbuch ADHS: Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie* (2., aktualisierte Auflage, Online-Ausgabe). *utb-studi-e-book: Bd. 3684*. Ernst Reinhardt Verlag. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838546148 https://doi.org/10.36198/9783838546148

Gawrilow, C., Guderjahn, L. & Gold, A. (2022). *Störungsfreier Unterricht trotz ADHS: Mit Kindern und Jugendlichen Selbstregulation trainieren - ein Manual für Lehrkräfte* (3., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.2378/9783497617050

Gerspach, M. (2014). *Generation ADHS - den "Zappelphilipp" verstehen* (1. Auflage). Kohlhammer Verlag. http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-1293978

Haller, B., Landerl, K. & Schöfl, M. (2022). Der schulische Umgang mit der Lese-Rechtschreib-Schwäche: (Eine Handreichung).

Haller, R. (2022). *Mit Fehlern leben lernen: Legasthenie und LRS erfolgreich bewältigen* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer. http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170415218

Hejlskov Elvén, B. (2017). *Herausforderndes Verhalten vermeiden: Menschen mit Autismus und psychischen oder geistigen Einschränkungen positives Verhalten ermöglichen* (L. Rudert, Übers.) (2., durchgesehene Auflage). dgvt Verlag.

Hoberg, K. (2018). *Schulratgeber ADHS: Ein Leitfaden für LehrerInnen* (2., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.2378/9783497606610

Huemer, S. M., Pointner, A. & Schöfl, Martin & Landerl, Karin (2019). Evidenzbasierte LRS-Förderung: Bericht über die wissenschaftlich überprüfte Wirksamkeit von Programmen und Komponenten, in der LRS-Förderung zum Einsatz kommen, *2019*.

Hüther, G. & Bonney, H. (2019). *Neues vom Zappelphilipp: ADS verstehen, vorbeugen und behandeln* (6. Auflage). *Beltz Taschenbuch: Bd. 927*. Beltz.

Janotta, A. (2015). *Linkslesestärke oder die Sache mit den Borten und Wuchstaben*. cbt. http://titel-kulturmagazin.net/2015/06/15/speck-tag-kuh-leer-und-opi-mist-tisch/

Kahl, K. G. (2012). *Praxishandbuch ADHS: Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag. https://eref.thieme.de/ebooks/1179785 https://doi.org/10.1055/b-002-25595

Klicpera, C., Schabmann, A., Gasteiger-Klicpera, B. & Schmidt, B. (2020). *Legasthenie - LRS: Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung : mit 20 Abbildungen und 100 Übungsfragen* (6., aktualisierte Auflage). *UTB: Bd. 2472*.

Ernst Reinhardt Verlag; utb GmbH. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838554822 https://doi.org/10.36198/9783838554822

Klingebiel, K. & Lunzer, E. (2011). *Anna, Peter und Lund, der Lese-Rechtschreib-Hund*. Reinhardt.

Krowatschek, D., Krowatschek, G. & Schmidt, C [Caroline]. (2019). *Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder* (11. Auflage). verlag modernes lernen.

Küspert, P. (2018). *Neue Strategien gegen Legasthenie: Lese- und Rechtschreibschwäche: Erkennen, Vorbeugen, Behandeln* (5. Auflage). Oberstebrink.

Lachenmeier, H. (2024). *Mit ADHS erfolgreich im Beruf: So wandeln Sie vermeintliche Schwächen in Stärken um* (2. Auflage). *Springer Ratgeber*. Springer. https://link.springer.com/978-3-662-67240-2

Landerl, K., Straßegger-Einfalt, R. & Haller, B. (2019). Lernen lernen.: Impulse für Schülerinnen und Schüler, deren Eltern und Lehrkräfte, *2019*.

Mackowiak, K. & Schramm, S. A. (2016). *ADHS und Schule: Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention* (1st ed.). Kohlhammer Verlag. https://livivo.idm.oclc.org/login?url=https://ebookcentral.proquest.com/lib/zbmed-ebooks/detail.action?docID=4454459

Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (Dr. nach Typoskript, 10. Aufl.). *UTB: Bd. 8229*. Beltz. http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&doc_number=015625570&line_number=0002&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA

Naegele, I. M. (2017). *Schulerfolg trotz LRS: Wie Eltern vorbeugen und gezielt fördern können. Hilfe bei Lese-Rechtschreibschwierigkeiten - Legasthenie - Dyslexie. Mit Online-Material als Download*. Beltz. http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1130358

A. Neuy-Lobkowicz (2023). Geschlechtsunterschiede bei ADHS im Erwachsenenalter. *neuro aktuell*(neuro aktuell, 2023, Heft 03).

Niechzial, S. & Hacker, L. (2023). *Wilma Wolkenkopf*. Jupitermond.

Pohlmann, M. (2022). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. *utb-studi-e-book Sozialwissenschaften*. UTB; UVK. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838555300 https://doi.org/10.36198/9783838555300

Rief, S. F. (2003). *The ADHD book of lists: A practical guide for helping children and teens with attention deficit disorders* (1. ed.). Jossey-Bass.

Rietzler, S. & Grolimund, F. (2023). *Erfolgreich lernen mit ADHS und ADS: Der praktische Ratgeber für Eltern* (2., überarb. Auflage 2023). Hogrefe AG.

S3 Leitlinie. (2017). *Kurzfassung der interdisziplinär evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie "Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter": AWMF-Registriernummer 028-045*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045k_S3_ADHS_2018-06-abgelaufen.pdf

Scheerer-Neumann, G. (2018). *Lese-Rechtschreib-Schwäche und Legasthenie: Grundlagen, Diagnostik und Förderung* (2., aktualisierte Auflage). *Lehren und Lernen*. Verlag W. Kohlhammer; Preselect.media GmbH. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2697843

Schleider, K. (2009). *Lese- und Rechtschreibstörungen* (1. Aufl.). *utb-studi-e-book: Bd. 3047*. Reinhardt; utb GmbH. https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838530475 https://doi.org/10.36198/9783838530475

Schmidt, H.-R. (2019). *Ich lerne wie ein Zombie: Plädoyer für das Abschaffen von ADHS* (2., Vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). *SpringerLink Bücher*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14130-1

Schneider, S. & Popp, L. (2020). *Emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten* (1. Auflage). *Psychologie im Schulalltag: Band 2*. Hogrefe. https://elibrary.hogrefe.com/book/10.1026/02898-000 https://doi.org/10.1026/02898-000

Schulte-Körne, G. (2021). *Lese-/Rechtschreibstörung: Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit LRS wirksam unterstützen und fördern* (Auflage). *Rat und Hilfe*. W. Kohlhammer Verlag. https://eref.thieme.de/ebooks/cs_16890554

Schulte-Körne, G. & Galuschka, K. (2019). *Ratgeber Lese-/Rechtschreibstörung (LRS): Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher* (1. Auflage). *Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie: Band 26*. Hogrefe.

Schulte-Körne, G. & Mathwig, F. (2001-2023). *Das Marburger Rechtschreibtraining: Ein regelgeleitetes Förderprogramm für rechtschreibschwache Kinder* (8., durchgesehene Auflage). Verlag Dr. Dieter Winkler.

Simchen, H. (2015). *AD(H)S - Hilfe zur Selbsthilfe: Lern- und Verhaltensstrategien für Schule, Studium und Beruf*. Kohlhammer. https://eref.thieme.de/e-books/1937003

Spitzer, G. (2010). *Warum zappelt Philipp? Wie wir entspannt mit ADHS umgehen können*. Ueberreuter.

Sprenger, D. & Sprenger, J. (2014). *Lese-Rechtschreib-Störung: Ein Leben mit LRS - Wege und Chancen*. Schattauer.

Suchodoletz, W. von. (2007). *Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) - Fragen und Antworten: Eine Orientierungshilfe für Betroffene, Eltern und Lehrer* (1. Aufl.). *Rat & Hilfe*. Kohlhammer.

Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. L. & Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European child & adolescent psychiatry*, *26*(12), 1483–1499. https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausangangslage .....
Abbildung 2: Auswirkungen unentdeckter ADHS 18
Abbildung 3: Zusammenhang von ADHS & LRS 37
Abbildung 4: Misserfolge bewirken weitere schlechte Leistungen 40
Abbildung 5: Teufelskreis LRS 41
Abbildung 7: Wilma Wolkenkopf 53
Abbildung 8: Anna, Peter und Lund der Lese-Rechtschreib-Hund 54
Abbildung 9: Linkslesestärke 54
Abbildung 10: MKT 55
Abbildung 11: Marburger RST 55
Abbildung 12: Erfolg trotz ADHS & LRS 96

Tabellenverzeichnis

Tabelle1: Überblick Behandlungsmaßnahmen ADHS 16
Tabelle 2: Diagnoseprozess LRS 32
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für die LRS Diagnose 33
Tabelle 4: Auswahl der Expertinnen/Experten der qualitativen Forschung 58

Anhang

Interviewleitfaden der Expertinnen/Experten Interviews

- Das Interview wird aufgezeichnet, im Anschluss transkribiert und in der Auswertung anonymisiert. Sind Sie damit einverstanden?

- In welchem beruflichen Setting begegnen Ihnen Kinder, die sowohl im Verhalten als auch in der schulischen Leistung Auffälligkeiten zeigen?

- Seit wie viele Jahren sind die in diesem Berufsfeld tätig?

Pädagogischer Blick (Erkennen von Symptomen für ADHS und LRS)

1. Wann werden erste Anzeichen für Auffälligkeiten im Verhalten als auch in der Leistung sichtbar? Sind Unterschiede bei Buben und Mädchen erkennbar?

2. Wie viele Kinder pro Schule/Schulklasse sind nach Ihrer Schätzung betroffen?

3. Wie sehen Sie den Zusammenhang von schulischer Leistung und Verhalten, insbesondere bei LRS und ADHS?

4. Wie kann sich der Leidensdruck für doppelt belastete Kinder mit LRS und ADHS abzeichnen? Sind Unterschiede bei Buben und Mädchen erkennbar?

5. Gibt es Warnsignale auf die besonders geachtet werde muss?

6. Welche Bedürfnisse sehen Sie bei den Kindern? Sind Unterschiede bei Buben und Mädchen erkennbar?

Potenzialblick (Fokus auf Stärken und Potenziale)

7. Sehen Sie in Kindern mit LRS und/oder ADHS Potenziale, Stärken oder Begabungen, die sie von anderen Kindern unterscheiden?

8. Wie sehen sie betroffen Mädchen im Vergleich zu Buben? Gibt es Unterschiede?

9. Gibt es für diese Kinder im schulischen Rahmen Möglichkeiten ihre Stärken zu zeigen/nutzen?

Handlungsmöglichkeiten Pädagogin/Pädagoge
Gelingensbedingungen Netzwerk Schule
(Faktoren für Erfolg und Handlungsmöglichkeiten im Setting Schule)

10. *Wann* (Zeitpunkt, Maß an Leidensdruck) denken Sie, ist für Pädagoginnen/Pädagogen im schulischen Setting Handlungsbedarf notwendig?

11. Welche Handlungsmöglichkeiten sehen Sie im schulischen Setting?

12. Was wäre im Zusammenhang Lernen, Förderung, pädagogischer Diagnostik und Leistungsbeurteilung für den schulische Alltag wünschenswert?

13. Wie gut, würden Sie sagen, gelingt die Umsetzung in der Praxis aktuell?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit Eltern, Kind, Schule, externe Fachpersonen

14. Ab *wann* (Maß an Leidensdruck) denken Sie, ist außerschulischer Handlungsbedarf notwendig?

15. Brauchen „alle“ Kinder eine Diagnose?

16. Wie denke Sie über die Aussauge „Eine LRS oder ADHS kann sich „*auswachsen*“?“

17. Was macht eine Diagnostik sinnvoll?

18. Was befürchten Sie, wenn Kinder keine Diagnose erhalten?

19. Sehen Sie eine Gefahr in der Diagnose? Stigmatisierung? Limitiertes Potenzial?

20. Was ist in der Zusammenarbeit zwischen Schule – Eltern – Trainer:in / Therapeut:in / Mediziner:in wünschenswert?

21. Was brauchen Familien, insbesondere Eltern, in der Begleitung?

Gelingensbedingung für erfolgreiches Lernen trotz Lernschwächen
(Faktoren für Erfolg und Handlungsmöglichkeiten im Setting Schule)

22. Wie wäre der ideale Weg der frühzeitigen Unterstützung für Kinder mit LRS und/oder ADHS?

23. Welchen Bedingungen können erfolgreiches Wachsen und Lernen für doppelt belastete Kinder möglich machen?

24. Was kann für doppelt belastete Kinder hilfreich, motivierend, unterstützend sein?

25. Gibt es Unterschiede in den Bedürfnissen von Mädchen und Buben?

26. Was wäre im Setting Schule wünschenswert? Wo sehen Sie Bedarf?

27. Wie groß schätzen Sie die Anzahl jener Kinder, die weder Diagnostik noch Förderung erhalten?

28. Welche Befürchtung sehen Sie für Kinder, die keine Förderung erfahren?

29. Welche Chancen/Prognose sehen Sie für Kinder, die frühzeitig gute Unterstützung erfahren?

30. Gibt es noch etwas Wichtiges, das ich mit meinen Fragen nicht abdecken konnte?