

Facharbeit im Rahmen der praxisintegrierten
Ausbildung zur/zum ErzieherIn

Titel:

**„Wie können pädagogische
Fachkräfte ein 4-jähriges Kind,
mit Verdacht auf ADHS, im
Kita-Alltag begleiten?“**

Maria Muster
Musterstraße 12
12345 Musterort

Betreuende Lehrkraft: Dietmar Böhm

Abgabedatum: 17.05.2023

Hinweise zum Sprachgebrauch

In der folgenden Arbeit wird für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung die Abkürzung ADHS verwendet. Außerdem wurden alle Namen der Kinder anonymisiert.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Theoretische Grundlagen	4
2.1 Definition ADHS	4
2.2 Geschichtlicher Hintergrund	4
2.3 Ätiologie	5
2.3.1 Genetik.....	6
2.3.2 Neurobiologie	6
2.3.3 Psychosoziale Faktoren	7
2.4 Symptomatik und Diagnosekriterien	7
2.4.1 ADHS bei Kleinkindern.....	7
2.4.2 Diagnosekriterien	8
2.5 Komorbidität	10
2.5.1 Störungen des Sozialverhaltens	10
2.5.2 Angststörungen und Depressionen.....	10
2.5.3 Tic-Störungen.....	11
2.5.4 Teilleistungsstörungen	11
2.6 Pädagogische Interventionsmaßnahmen	11
3. Theorie-Praxis-Bezug	15
3.1 Rahmenbedingungen der Kindertageseinrichtung XY	15
3.1.2 Ausgangssituation.....	16
3.1.3 Fallbeschreibung.....	16
3.2 Umsetzungen der pädagogischen Interventionsmaßnahmen	20
3.2.1 Zusammenarbeit mit den Eltern	20
3.2.2 Strukturierter Tagesablauf.....	22
3.2.3 Begleitung im Freispiel	23
3.2.4 Begleitung im Morgenkreis.....	25
3.2.5 Begleitung beim Mittagessen	26
4. Schluss	27
5. Reflexion	28
Quellen- und Literaturverzeichnis	IV
Anhang	VII

1. Einleitung

Unaufmerksame, unruhige und aktive Kinder werden umgangssprachlich häufig als „Zappelphilipp“ bezeichnet. Dieser Begriff ist auf das Kinderbuch „Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann zurückzuführen. Schon 1845 beschrieb er einen Jungen der nicht still sitzen kann, ständig in Bewegung, unaufmerksam und ungeduldig ist.¹ Bis heute kennzeichnen unter anderem diese Merkmale ein Kind mit der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS genannt. In der Öffentlichkeit, aber auch in der Fachwelt stellt ADHS ein umstrittenes Thema dar. Dabei handeln die Diskussionen meist von der Komplexität der Ursachen oder von den verschiedenen Behandlungsmethoden. „Der zu schnelle Griff in den Medikamentenschrank gehört [hierbei] zu den Hauptvorwürfen bei der Behandlung von ADHS.“² ADHS kann sich vom Säuglings- bis ins Erwachsenenalter ziehen und stellt häufig eine Belastung für die ganze Familie dar.³ Aufgrund der Fragestellung: „Wie können pädagogische Fachkräfte ein 4-jähriges Kind, mit Verdacht auf ADHS, im Kita-Alltag begleiten?“, bilden die pädagogischen Interventionsmaßnahmen im Umgang mit Kindern mit ADHS den Schwerpunkt dieser Arbeit. Kinder sind kleine Weltentdecker, die uns tagtäglich herausfordern. Laut Duden hat das Wort Herausforderung mehrere Definitionen. Es kann eine Aufforderung zum Kampf, eine Provokation oder einen Anlass, zum tätig werden bedeuten.⁴ Für mich bedeutet eine Herausforderung eine (schwierige) Aufgabe, welcher ich mich gerne stelle und welche mich persönlich weiterbringen kann. Dies war meine Motivation für die Erarbeitung dieses Themas. Ein Kind mit einem herausfordernden Verhalten - mit Verdacht auf ADHS. Ich möchte in Zusammenarbeit mit den anderen pädagogischen Fachkräften, das Kind in seinem Verhalten verstehen lernen, mit seinen Stärken und Schwächen annehmen und es individuell im Kita-Alltag begleiten.

„Theorie ohne Praxis ist leer. Praxis ohne Theorie blind.“ – Emmanuel Kant⁵

Das Zitat von Emmanuel Kant zeigt auf, welche Relevanz die Verknüpfung von Theorie und Praxis hat. Die folgende Arbeit ist in einen Theorieteil und in einen Praxisteil gegliedert. Der Theorieteil setzt sich aus der Definition von ADHS, dem geschichtlichen Hintergrund, der Ätiologie, der Symptomatik und Diagnosekriterien, der Komorbidität und der pädagogischen Interventionsmaßnahmen zusammen. Der Praxisteil informiert zunächst über die Rahmenbedingungen der Kindertageseinrichtung XY und schafft einen ersten Eindruck über das Verhalten und den Entwicklungsstand des Kindes mit Verdacht auf ADHS. Anschließend wird die Umsetzung der pädagogischen Interventionsmaßnahmen beschrieben.

¹ vgl. Brandau; Pretis; Kaschnitz 2003, S. 10

² Gebhardt; Finne; Rahden u.a. 2008, S. 10

³ vgl. Gebhardt; Finne; Rahden u.a. 2008, S. 10-11

⁴ vgl. Bibliographisches Institut GmbH 2018, o.A.

⁵ vgl. Brandau; Petris; Kaschnitz 2003, S. 24

2. Theoretische Grundlagen

Im folgenden Theorieteil werden zunächst die theoretischen Grundlagen zu ADHS dargestellt, um einen Überblick über das wichtigste Hintergrundwissen zu geben. Dazu gehören die Definition, der geschichtliche Hintergrund, die Ätiologie, die Symptomatik und Diagnosekriterien, die Komorbidität und die pädagogischen Interventionsmaßnahmen.

2.1 Definition ADHS

Der Begriff „ADHS steht für **A**ufmerksamkeits-**D**efizit-**H**yperaktivitäts-**S**törung und bezeichnet Kinder, die sich schwer konzentrieren können, motorisch unruhig und impulsiv sind.“⁶ ADHS kennzeichnet sich somit durch verschiedene Symptome, welche unterschiedlich ausgeprägt sein können. Gegliedert werden die Symptome in drei Kernbereiche: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Darüber hinaus verfügen Kinder mit ADHS im Vergleich zu anderen Kindern über eine verminderte Fähigkeit zur Selbstkontrolle und über eine hohe Ablenkbarkeit.⁷ Im Allgemeinen gehört ADHS zu den häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter. „Etwa 5% aller Kinder haben deutlich ausgeprägte hyperkinetische Störungen, leichtere Auffälligkeiten sind bei weit mehr Kinder festzustellen.“⁸ Daraus lässt sich ableiten, dass sich im Durchschnitt in jeder Kindergartengruppe und in jeder Schulklasse ein Kind mit ADHS befindet. Zusätzlich wurde festgestellt, dass Jungen häufiger von ADHS betroffen sind als Mädchen.⁹

2.2 Geschichtlicher Hintergrund

Die Verhaltensweisen, wie die allgemeine motorische Unruhe, mangelnde emotionale Impulskontrolle und Unaufmerksamkeit konnte schon vor Jahrhunderten bei Kindern beobachtet werden.¹⁰ Über die Jahre hinweg führte dies zu unterschiedlichen Konzeptentwicklungen und diagnostischen Bezeichnungen. Die Anfänge der Beschreibung von ADHS-ähnlichen Symptomen machte der britische Kinderarzt George Still, welcher 1902 eine Analyse von Kindern mit einer hyperaktiven Verhaltensauffälligkeit durchführte. Das Verhalten der Kinder beschrieb er als verminderte Fähigkeit der moralischen Kontrolle und kam dabei zu dem Entschluss, dass ihr Verhalten entweder „angeboren oder auf irgendwelche prä- oder postnatalen bedingten organischen Beeinträchtigungen zurückzuführen“¹¹ ist. Auch der britische Kinderarzt Alfred Tredgold übernahm 1910 diese Theorie und war der Meinung, dass Kinder ihr Verhalten aufgrund der hirnganischen Schädigungen nicht an die Erfordernisse der Umwelt anpassen können. 1932 beschrieben die deutschen Psychiater Franz Kramer und Hans Pollnow das Krankheitsbild als hyperkinetische Erkrankung. Sie waren ebenfalls

⁶ Neraal 2008, S. 19

⁷ vgl. Peters 2014, S. 9

⁸ Döpfner; Schürmann; Lehmkuhl 2011, S. 41

⁹ vgl. Döpfner; Schürmann; Lehmkuhl 2011, S. 31-32, 41-42

¹⁰ vgl. Rothenberger; Neumärker 2010, S. 11

¹¹ Rothenberger; Neumärker 2010, S.12

davon überzeugt, dass die Symptome, wie z.B. extreme Unruhe oder Ablenkbarkeit auf diverse organische Hirnschädigungen zurückzuführen sind. Somit glaubte man in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, dass die Ursache der Hyperaktivitätsstörung mit einer minimalen Hirnschädigung zu tun habe. Dieser Ausdruck wurde Ende 1950 durch die Begriffe „Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)“ bzw. „Minimal Brain Dysfunction/Damage (MBD)“ abgelöst. Die ersten Medikamente gegen die hyperaktiven Verhaltensweisen setzten 1937 Charles Bradley und 1954 Leandro Panizzon ein. Leandro Panizzon entwickelte Methylphenidat, welches heute der Hauptbestandteil von Ritalin ist. In den 1970er Jahren gerieten die Aufmerksamkeitsaspekte der Störung in den Mittelpunkt der Wissenschaft. Es wurde aufgezeigt, „dass hyperaktive Kinder große Schwierigkeiten hatten, bei jeweils gestellten Aufgaben die Daueraufmerksamkeit aufrecht zu erhalten.“¹² Auch der Blick auf die Ursachen des hyperkinetischen Verhaltens wurde weiter. Unter anderem wurden belastende Umgebungsfaktoren, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und kulturelle Einflüsse als mögliche Ursachen untersucht. 1980 wurde die Hyperaktivitätsstörung zunehmend als Auffälligkeit gewertet, „die eine stark erbliche Komponente aufweist, von chronischem Verlauf ist und eine deutliche psychosoziale Beeinträchtigung vor allem hinsichtlich der schulischen und sozialen Entwicklung bedeutet.“¹³ Auch die Behandlungsmethoden wurden somit erweitert. Es wurden Methoden angewendet, die an der kognitiv-verhaltensorientierten Therapie orientiert waren. 1984 und 1992 wurde das Störungsbild erstmals in zwei verschiedene Klassifikationsschemata aufgenommen. Im DSM-III wird die Störung als Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bezeichnet und im ICD-10 als Hyperkinetische Störung (HKS). Abschließend kann man sagen, dass ADHS eine jahrhundertlange Geschichte hat und die medizinische und psychologische Forschung dauerhaft dabei ist, das Konzept der ADHS für die Gegenwart und die Zukunft empirisch zu belegen und differenziert zu formulieren.¹⁴

2.3 Ätiologie

Die meisten psychischen Störungen werden nach mehrdimensionalen Ursachen untersucht. Auch zu ADHS gibt es verschiedene pathologische Ansätze, die bis heute nicht abschließend und einheitlich geklärt sind.¹⁵ „Es gilt mittlerweile jedoch als gesichert, dass es sich insgesamt um ein multikausales Geschehen handelt, indem genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung der Symptomatik zusammenwirken.“¹⁶

¹² Rothenberger; Neumärker 2010, S. 14

¹³ Rothenberger; Neumärker 2010, S. 14

¹⁴ vgl. Rotheberger; Neumärker 2010, S. 11-15

¹⁵ vgl. Steinhausen; Rothenberger; Döpfner 2010, S.41

¹⁶ Gebhardt; Finne; Rahden u.a. 2008, S.23

Anhang 3: Erhebungsprotokoll und Entwicklungsprofil nach Kuno Beller

Erhebungsprotokoll

Kind: Selim Geschlecht: m Geb.datum: Alter in Mon: 49
 Kita: 1 Betreuer: O,5 Erheber: O Datum:

Bereich	Phase	"Tut es"	"Tut es teilweise"	"Tut es nicht"	"Weiß-nicht"	Auswertung
K.P.	1-8					8
	9	1,2,3,4,5,6				1
	10	1,2,4,6	3,5			0,83
	11	1,2,5	3	4,6		0,58
	12	4	1,2,6	3,5		0,42
	13		4,5	1,2,3,6		0,17
	14			1,2,3,4,5,6		0
U.B.	1-9					9
	10	1,2,3,4,5,6				1
	11	1,2,5	3,4	6		0,66
	12	4,6	3	1,2,5		0,42
	13		1,4	2,3,5,6		0,17
14			1,2,3,4,5,6		0	
S.E.	1-5					5
	6	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11				1
	7	1,2,3,5,6	4			0,92
	8		2,3,4,5,6	1,7		0,36
	9		1,2,5	3,4,6		0,25
	10	5	6	1,2,3,4		0,25
	11	1,3	2,4	5,6		0,5
	12	4	2,5	1,3,6		0,33
13			1,2,3,4,5,6		0	
Spiel	1-7					7
	8	1,2,3,4				1
	9	3,4	1,2			0,75
	10	2,3,6	4,5	1		0,66
	11	1,2	4	3,5,6		0,42
	12	5	2,3	1,4,6		0,33
	13			1,2,3,4,5,6		0