

**Kenntnisstand und interkulturelle Erfahrungen zu
ADHS bei arabischen Eltern und Lehrkräften in
Deutschland und in Saudi-Arabien**

**Dissertation
zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrads
der Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Georg-August-Universität Göttingen**

**vorgelegt von
Malik Alrefaei
aus Yanbu, Saudi-Arabien**

Göttingen 2015

Erstgutachter: Prof. i. R. Dr. Hans-Dieter Haller

Zweitgutachter: Prof. Dr. Aribert Rothenberger

Drittgutachter: Prof. Dr. Hermann Veith

Tag der mündlichen Prüfung: 18.02.2016

Vorwort

Viele wissenschaftliche Arbeiten über Kinder mit ADHS beginnen mit Zahlen: Die Prävalenzraten von ADHS werden im Allgemeinen bei etwa 5 % angesetzt (Schmiedeler et al. 2014, S. 239); für arabische Staaten werden teilweise bis zu 15 % genannt (Farah et al. 2009, S. 7). Diese Zahlen sind erheblich, denn sie bedeuten – grob überschlagen –, dass in den beforschten Ländern im Durchschnitt in jeder Schulklasse mindestens ein Kind mit ADHS ist und dass jede zehnte Familie ein Kind mit ADHS hat. Hinter diesen Zahlen stehen die konkreten Lebenssituationen der einzelnen Betroffenen: die Herausforderungen für Lehrer und Lehrerinnen und die Sorgen und Mühen von Eltern und Familienmitgliedern. Insbesondere aber stehen hinter den Zahlen die Einzelschicksale der Kinder. Sie erleben, dass sie mit ihrem Bewegungsdrang, ihrer Unruhe und kurzen Aufmerksamkeitsspannen häufig von den Menschen um sie herum als auffällig oder sogar störend wahrgenommen werden.

Besonders in der Schule wird deutlich, dass das System ihnen oftmals nicht oder nicht hinreichend gerecht werden kann, da sie im Unterricht nicht immer folgen können und Abläufe durcheinander bringen. Ebenso wie bei Schülerinnen und Schülern mit Lernschwierigkeiten gilt auch für Kinder und Jugendliche mit ADHS, dass sie häufig nicht die Leistungen erbringen, die von ihnen erwartet werden. Das hat während der Schulzeit für sie negative Auswirkungen und kann sogar – besonders wenn ADHS nicht erkannt wird und nicht diagnostiziert wird – zu vorzeitigem Schulabbruch führen. Für Saudi-Arabien gibt es keine Studien über mögliche Zusammenhänge zwischen ADHS und Schulabbrüchen. Daher ist dort auch nicht erforscht, warum manche Schülerinnen und Schüler mit ADHS die Schule abbrechen. Es kann viele verschiedene Gründe dafür geben, aber es wurde bisher in Bezug auf ADHS nicht untersucht, in welchen Fällen die Schule anders mit den Betroffenen umgehen müsste. Auch ist nicht bekannt, mit welchen Problemen Schulabbrecher und –abbrecherinnen mit ADHS konfrontiert sind, ob sie vielleicht mit familiären Konflikten zu tun haben oder psychische Beeinträchtigungen haben. Insgesamt ist also nicht erforscht, welche Rolle ADHS hier spielen könnte. Dabei sind Kinder, die an ADHS erkrankt sind, deshalb keineswegs weniger intelligent als andere Kinder oder weniger interessiert an dem, was sie im Unterricht lernen könnten (Simchen 2007). Im Gegenteil: viele von ihnen sind besonders offen für Neues und suchen – auch geistige – Herausforderung (Davison et al. 1998, S. 493f.).

ADHS ist in den aktuellen medizinischen Standardmanualen DSM-5 auf internationaler Ebene und ICD-10 in Deutschland unmissverständlich als Erkrankung definiert und es gibt dort klare Diagnosekriterien. Voraussetzung für die Aufnahme in diese Regelwerke sind stets wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Forschungen, und die Erkrankung ADHS ist aus vielen unterschiedlichen Richtungen der Medizin untersucht und beschrieben worden. Dennoch halten sich in Bezug auf ADHS einige Gerüchte hartnäckig. Dazu gehören weit verbreitete Fehlannahmen über die Ursachen oder die Behandlungsmöglichkeiten. Selbst die Behauptung, ADHS sei gar keine Krankheit, sondern eine Modeerscheinung, wird in populärwissenschaftlichen oder überhaupt nicht wissenschaftlichen Ratgeberbüchern immer wieder öffentlichkeitswirksam vertreten. Auf dieser problematischen Grundlage beruhen viele Missverständnisse über ADHS, die auch Eltern und Lehrkräfte verinnerlicht haben. Gerade die Fehleinschätzungen von Lehrerinnen und Lehrern können jedoch zu folgenreichen Entscheidungen für die betroffenen Kinder führen.

Zwar gibt es eine Reihe von Forschungsarbeiten, die sich mit verbreiteten Irrtümern in Schule und Elternhaus befassen. Kaum ein wissenschaftlicher Ansatz geht jedoch darüber hinaus, die erkannten Fehlannahmen zu beklagen. Selten werden praktische Konsequenzen aus den Forschungsergebnissen gezogen. Eltern und Lehrkräfte werden mit ihrem mangelnden Wissen allein gelassen. Besonders in Saudi-Arabien und anderen arabischen Staaten ist es noch schwierig, sich über ADHS in Büchern, im Internet oder in Beratungsstellen zu informieren. Mit dieser Arbeit möchte ich daher den Schritt wagen, Wissen nicht nur zu erfragen und zu vergleichen, sondern darüber hinaus die Ergebnisse dieser Arbeit auch so nutzen, dass ich verständliche und korrekte Informationen für interessierte arabischsprachige Eltern und Lehrer sowie Lehrerinnen zur Verfügung stelle.

Während meiner Sonderpädagogikstudien in Saudi-Arabien und Jordanien habe ich mich mit verschiedenen Aspekten von Lernschwächen beschäftigt. Das Bildungssystem in Saudi-Arabien muss in diesem Bereich noch deutlich verbessert werden; die Regierung unternimmt große Anstrengungen, allen Kindern, auch denen mit Lernschwächen, psychischen Beeinträchtigungen oder Behinderungen, die bestmögliche Bildung zu bieten. Als die saudi-arabische Regierung mir die Möglichkeit

eröffnete, mit Hilfe eines großzügigen Dissertationsstipendiums in Deutschland zum Thema ADHS zu forschen, habe ich dieses Angebot daher sehr gern angenommen. Ich bin für diese Unterstützung und das Vertrauen in meine Fähigkeiten sehr dankbar und hoffe, dass ich mit meiner Forschung und auch in Zukunft zu einer Weiterentwicklung des saudi-arabischen Bildungswesens beitragen kann, damit kein Kind aufgrund von Krankheit oder Behinderung vom Lernen und Leben ausgeschlossen ist.

Viele Menschen haben mich während dieser Arbeit unterstützt. Mein erster und besonders großer Dank gilt meinem Göttinger Professor, Herrn Dr. Hans-Dieter Haller. Auch in seinem wohlverdienten Ruhestand hat er mir jederzeit mit wissenschaftlichem und freundschaftlichem Rat zur Seite gestanden! Ich danke auch meinem Zweitprüfer, Herrn Prof. Dr. Aribert Rothenberger, sowie Herrn Dr. Andreas Becker, der mich bei der Entwicklung des Fragebogens sehr hilfreich unterstützt hat. Des Weiteren danke ich meinen Freunden und Kollegen, an die ich mich immer wenden konnte, wenn ich technischen Rat in Bezug auf die Internetseite oder andere Hilfe brauchte. Meine Frau Azhaar hat mir über die vielen, vielen Monate immer wieder große Motivation gegeben, das Projekt durchzuführen. Meiner Familie und meinen Freunden in Saudi-Arabien danke ich dafür, dass sie aus der Ferne die ganze Zeit an meiner Seite gestanden haben.

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zu den am weitesten verbreiteten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, sowohl in Deutschland als auch in Saudi-Arabien. Viele der Betroffenen erleben in ihrer Familie und in der Schule, dass sie häufig als anstrengend und störend wahrgenommen werden. Oft können sie dem Unterricht aufgrund ihrer kürzeren Konzentrationsphasen und ihres Bewegungsdranges nicht gut folgen, was auf Dauer zu Benachteiligung führen kann und den weiteren Bildungs- und Berufsweg beeinflusst. Damit der Schulalltag und das Familienleben gut gelingen können, ist es wichtig, dass die erwachsenen Bezugspersonen grundlegende Sachkenntnis über ADHS haben. Diese Arbeit hat daher in einer quantitativ-empirischen Untersuchung die Kenntnisse von Eltern und Lehrerinnen und Lehrern über ADHS abgefragt. Vergleichend wurden dabei einerseits in Deutschland lebende arabischstämmige Lehrkräfte und Eltern befragt (N=146) und andererseits Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien (N=232). Insgesamt sind die Kenntnisse in beiden Ländern und bei beiden Gruppen sehr gering. Zwar gab es grundlegende Kenntnisse in Bezug auf Symptome und Diagnostik. Aber zu Ursachen und Behandlungsmethoden bestehen in beiden Ländern sehr viele Fehlannahmen. Als eine Variable wurde in der Befragung die persönliche Erfahrung mit ADHS in die Auswertung einbezogen und es wurde überraschenderweise deutlich, dass Personen, die ein eigenes Kind mit ADHS oder Unterrichtserfahrung mit ADHS-Kindern haben, nicht unbedingt mehr über ADHS wissen als andere. Durch den interkulturell übergreifenden Ansatz konnten nicht nur die Kenntnisstände der Befragten in beiden Ländern verglichen werden, sondern es konnten darüber hinaus weitere Aspekte einbezogen und ausgewertet werden, etwa die Situation arabischer Eltern in Deutschland. Dazu konnten im Rahmen einer kleineren qualitativen Untersuchung auf Basis der Critical Incidents-Methode wichtige Hinweise gewonnen werden, die die Befunde der quantitativen Untersuchung ergänzten und vertieften. Es wurde auch deutlich, dass die Möglichkeiten der Informationsbeschaffung in beiden Ländern unterschiedlich sind. Überhaupt ist die Versorgung sowohl der Schulen als auch der Familien mit wissenschaftlich fundierten und jeweils für die Zielgruppe verständlichen Informationen über ADHS sehr mangelhaft und muss – zum Wohl der betroffenen Kinder - unbedingt verbessert werden.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most widespread mental disorders among children and adolescents. Studies have shown respective results for Germany as well as for Saudi-Arabia. Many of the young people who are affected by ADHD tend to experience a certain rejection in their families and especially in school. Due to their short concentration span and increased urge to move, they often have difficulties to follow classes. Eventually this can lead to discrimination and negative influences on their education and career. In order to ensure a successful school and family life, adults who work or live with children suffering from ADHD need to have some fundamental knowledge about the disorder. For this theses, a quantitative empirical study was carried out, surveying parents' and teachers' knowledge about ADHD. Teachers and parents of Arabic origin living in Germany (N=146) were compared with teachers and parents in Saudi-Arabia (N=232). As a general result of the research, knowledge levels were found to be very low in both countries and in both groups. There is some basic knowledge on symptoms and diagnostics of ADHD. However, there are many incorrect assumptions about causes and treatment. Another variable that was taken into consideration was the effect of personal experience with children affected by ADHD. Surprisingly, teachers who had taught children with ADHD or parents of an ADHD-child were not necessarily better informed about the disorder than other adults. The intercultural approach not only allowed for a comparative examination of knowledge levels in both countries but also made it possible to include further aspects of interest such as the migration situation of Arabic parents in Germany. A smaller part of the research based on the Critical Incidents Technique added some important leads to the quantitative study. For example, it became clear that opportunities to find information on ADHD vary strongly between the two countries. It is necessary to provide schools as well as families with much more scientifically substantiated material on ADHD than what is currently available. To spread sufficient information that is understandable for the respective target group is an urgent task. The well-being of children suffering from ADHD depends on it.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	II
ZUSAMMENFASSUNG	V
ABSTRACT	VI
INHALTSVERZEICHNIS	VII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XI
TABELLENVERZEICHNIS	XIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XV
1 EINLEITUNG	1
1.1 ADHS: Verbreitung und Aufklärung international und in arabischen Ländern	2
1.2 Vergleich: ADHS in arabischen Ländern und in Deutschland	4
1.3 Warum Eltern und Lehrkräfte ADHS erkennen und verstehen müssen	6
1.4 Arabische Kinder in Deutschland	9
1.5 Vorgehen	10
1.5.1 Forschungsansatz und Generierung von Hypothesen	10
1.5.2 Aufbau der Arbeit	14
2 FORSCHUNGSSTAND: INTERKULTURALITÄT UND GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND	20
2.1 Attribuierungstheorie	20
2.2 Sprache und Interkulturalität	25
2.3 Kommunikation und Sprache in Migrationsfamilien	28
2.4 Kulturelle Differenzen in Familienleben und Alltag	31
2.4.1 Genderaspekte	32
	VII

2.4.2	Eltern-Kind-Beziehung	33
2.4.3	Beziehung zwischen medizinischen Fachkräften und Patienten oder Ratsuchenden	33
2.5	Krankheitsverständnis in der islamisch-arabischen Kultur	35
2.6	Zusammenfassung, offene Fragen und Forschungsbedarf	38
3	INFORMATIONSTAND	40
3.1	Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	40
3.1.1	Historischer Überblick	40
3.1.2	Definition, Klassifikation und Diagnostik	45
3.2	Aspekte der Ätiologie von ADHS	49
3.2.1	Neurochemische, neuroanatomische und genetische Faktoren	50
3.2.2	Ernährung und Nahrungsmittelallergien	53
3.2.3	Familiäre und psychosoziale Aspekte	54
3.3	Eigenschaften und Behandlungsmöglichkeiten	58
3.3.1	Prävalenz und Epidemiologie	58
3.3.2	Abgrenzung von anderen Störungen und mögliche Begleiterkrankungen	60
3.3.3	Therapie der ADHS	61
3.4	Verfügbare Grundlagen zum Kenntniserwerb	63
3.4.1	Internationale Befunde	64
3.4.2	Informationslage in Deutschland	66
3.4.3	Wissen und Ressourcen in arabischen Ländern	69
3.5	Zusammenfassung	73
4	ENTWICKLUNG EINES FORSCHUNGSDESIGNS	77
4.1	Fragebogen zu Kenntnissen/Einstellungen von Lehrkräften	77
4.1.1	Studien über Wissen und Meinungen von Lehrerinnen und Lehrern	79
4.1.2	Eigene Abfrage an arabischen Schulen	83
4.2	Fragebogen zu Kenntnissen/Einstellungen von Eltern	84
4.3	Critical Incidents zur interkulturellen Kommunikation	86
4.3.1	Definition und Hintergrund von Critical Incidents, Herkunft	86
4.3.2	CIT und Culture Assimilator	88
4.3.3	Beispiele für die Arbeit mit Critical Incidents	91
4.4	Zusammenfassung	92

5	VORGEHENSWEISE: DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNGEN	95
5.1	Forschungs- und Hypothesenhintergründe	95
5.2	Fragebogenentwicklung für die Interviews	99
5.2.1	Empirisches Forschungsdesign	99
5.2.2	Forschungsethik und Gütekriterien	103
5.2.3	Erarbeitung des Fragebogens	107
5.3	Aufbau und Nutzung der Webseite für die online-Befragung	115
5.3.1	Projekt-Homepage: Entwicklung und Funktionen	115
5.3.2	Erläuterungen zu den Fragen	122
5.3.3	Critical Incidents	124
5.4	Befragte Personen: Hintergründe und Teilnahme	125
5.4.1	Befragungshintergrund: Schulische Kontexte	126
5.4.2	Ablauf und Weiterentwicklung der Befragung	139
5.5	Zusammenfassung	144
6	ERGEBNISSE	147
6.1	Analysen, Statistische Auswertung	147
6.1.1	Korrespondenzanalyse	147
6.1.2	Reliabilität	149
6.1.3	Prüfung der Normalverteilung/Häufigkeiten	150
6.1.4	T-Tests: Erfahrung und Ländervergleich	152
6.1.5	ANOVA: Land als signifikante Variable	164
6.2	Items: Korrekte Antworten	167
6.2.1	Korrekte Beantwortung der einzelnen Items	168
6.2.2	Befragtengruppen, Subskalen	171
6.3	Items: Ergebnisse und Interpretationen zu den einzelnen Aussagen des Fragebogens	177
6.4	Erläuterungen	217
6.4.1	Rückmeldebogen und gültige Antworten	217
6.4.2	Ländervergleich	220
6.5	Critical Incidents	222
7	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	230
7.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	230

7.1.1	Kenntnisstand	231
7.1.2	Erfahrungen mit ADHS im Unterricht oder in der Familie	232
7.2	Empfehlungen für die Aufklärung von Eltern und Lehrkräften	235
7.3	Empfehlungen für zukünftige Forschungen zum Thema	244
LITERATURVERZEICHNIS		256
ANHANG		271

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick über korrekte Antworten zu unterschiedlichen Themen und über das allgemeine Wissen zu ADHS in %. Studie unter Kindergarten- und Grundschullehrerinnen in Mekka (Munshi 2014, S. 438)	3
Abbildung 2: Biopsychoziales Modell zur Entstehung von ADHS	
(Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 17)	57
Abbildung 3: Phasenmodell: Verhältnis qualitativer/quantitativer Analyse	
(Mayring 2010, S. 21)	102
Abbildung 4: Motivation und Gemeinsamkeiten von Interview-Beteiligten	
(nach Atteslander 2010, S. 130, angepasst und gekürzt)	112
Abbildung 5: Back-End-Ansicht der Projekt-Homepage	118
Abbildung 6: Screenshot der Back-End-Version des Artikels über die Bedeutung	
und den Nutzen von Fragebögen, auf Arabisch	119
Abbildung 7: Homepage, erste deutsche Ansicht	120
Abbildung 8: Ansicht der Back-End-Seite zum Schreiben und Bearbeiten von Artikeln	121
Abbildung 9: Bildungssystem in Saudi-Arabien (Clark 2014)	129
Abbildung 10: Titelblatt des arabischen Heftes zur Befragungsteilnahme	142
Abbildung 11: prozentuale Verteilung der Offline- und Online-Beteiligung	144
Abbildung 12: Normalverteilung für alle drei Subskalen und die Gesamtumfrage	152
Abbildung 13: Lehrer: Ich habe mindestens ein Kind mit ADHS im Unterricht: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten	157
Abbildung 14: Eltern: Ich habe ein Kind mit ADHS: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten	158

Abbildung 15: Eltern und Lehrer in Deutschland: Ich habe ein Kind mit ADHS: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten	161
Abbildung 16: Eltern und Lehrer in Saudi-Arabien: Ich habe ein Kind mit ADHS: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten	162
Abbildung 17: Korrekte Antworten in Prozent bei allen vier Befragtengruppen, nach persönlicher Erfahrung mit einem ADHS-Kind	163
Abbildung 18: Ergebnis ANOVA 1: nur Landeffekt signifikant.	166
Abbildung 19: Ergebnis ANOVA 2: nur Landeffekt signifikant.	167
Abbildung 20: Korrekte Antworten pro Item, gesamte Stichprobe (in %)	168
Abbildung 21: Korrekte Antworten pro Item, Lehrkräfte in Saudi-Arabien (in %).....	169
Abbildung 22: Korrekte Antworten pro Item, Eltern in Saudi-Arabien.....	170
Abbildung 23: Korrekte Antworten pro Item, Lehrkräfte in Deutschland (in %)	170
Abbildung 24: Korrekte Antworten pro Item, Eltern in Deutschland (in %)	171
Abbildung 25: Lehrkräfte und Eltern mit einem ADHS-Kind im Unterricht oder in der Familie .	172
Abbildung 26: Eltern und Lehrer mit mindestens einem ADHS-Kind: Geschlecht, Schule und Alter des betroffenen Kindes.....	173
Abbildung 27: Verteilung der korrekten Antworten innerhalb der Befragtengruppen nach Subskala.....	176
Abbildung 28: Antwortverteilung zwischen den Ländern, signifikante Abweichung bei "ziemlicher" Zustimmung.....	222

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 1798 - 1960er Jahre: Meilensteine der Neurowissenschaften zu ADHS (nach Baumeister et al. 2012, S. 264, gekürzt)	41
Tabelle 2: Zusätzliche diagnostische Kriterien für HKS/ADHS (Steinhausen 2010a, S. 22)	47
Tabelle 3: Einblick in Differenzialdiagnosen zu ADHS (in Anlehnung an Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 6)	60
Tabelle 4: Informationsquellen von Vorschullehrern und -lehrerinnen (Stormont/ Stebbins 2005, S. 57)	65
Tabelle 5: aktuelle nicht-wissenschaftliche Literatur zu ADHS (Internetseite Amazon und Verlagshomepages, eigene Zusammenstellung)	68
Tabelle 6: Analysekriterien bei quantitativer und qualitativer Forschung (nach Atteslander 2010, S. 350, angepasst und gekürzt)	100
Tabelle 7: Typen qualitativer Forschungsinterviews (nach Atteslander 2003)	102
Tabelle 8: Ausländische Bevölkerung am 31.12.2014 nach Staatsangehörigkeit und ausgewählten Merkmalen (Destatis 2015, S. 153 f., gekürzt)	131
Tabelle 9: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - arabische Lehrer in Deutschland	137
Tabelle 10: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - arabische Eltern in Deutschland	137
Tabelle 11: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - Lehrer in Saudi-Arabien	138
Tabelle 12: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - Eltern in Saudi-Arabien	138
Tabelle 13: Abrufe und Rücklauf der Online-Fragebögen	140

Tabelle 14: Verteilte, ausgefüllte und gültige Offline-Fragebögen	141
Tabelle 15: Stichprobe, bestehend aus online und offline Teilnehmenden	143
Tabelle 16: Diskriminationsmaße, Zuordnung der Items zu zwei errechneten Dimensionen	149
Tabelle 17: Konsistenzwerte, Kuder-Richardson	150
Tabelle 18: Häufigkeiten, Prüfung der Normalverteilung	151
Tabelle 19: Mittelwerte, korrekte Antworten bei Lehrkräften nach Subskala und Gesamtuntersuchung	154
Tabelle 20: T-Test für die Mittelwertgleichheit, Signifikanzen in den Abweichungen im Antwortverhalten von Lehrkräften mit und ohne ADHS-Kind	154
Tabelle 21: Mittelwerte, korrekte Antworten bei Eltern nach Subskala und Gesamtuntersuchung	155
Tabelle 22: T-Test für Mittelwertgleichheit, Signifikanzen in den Abweichungen im Antwortverhalten von Eltern mit und ohne ADHS-Kind	156
Tabelle 23: Mittelwerte, korrekte Antworten bei Eltern und Lehrern nach Subskala und Gesamtuntersuchung, in Saudi-Arabien	160
Tabelle 24: Korrekte Antworten in Prozent bei allen vier Befragtengruppen, nach persönlicher Erfahrung mit einem ADHS-Kind	163
Tabelle 25: Signifikanzen in Bezug auf Land, auf Eltern und Lehrer sowie auf Land und Eltern/Lehrer	165
Tabelle 26: Anteil Fragebögen mit gültiger Antwort je Item, Prozentangaben gerundet	220
Tabelle 27: Aufteilung gültiger Antworten zwischen Befragten in Saudi-Arabien und Deutschland	220
Tabelle 28: Einschätzungen der Erläuterungen	221
	XIV

Abkürzungsverzeichnis

ADD	Attention Deficit Disorder
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitstörung
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AFTA	The Saudi Attention Deficit Hyperactivity Disorder Society
AG	Arbeitsgruppe
ANOVA	Analysis of Variance (Varianzanalyse)
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BiB	BiB Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CI/CIT	Critical Incidents/Critical Incidents Technique (Critical Incidents Methode)
CIRS	Critical Incident reporting systems (Berichtssystem über kritische Vorkommnisse)
CNV	Copy Number Variation (Genkopiezahl-Varianten)
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
EEG	Elektroenzephalografie
f.	folgende
ff.	fortfolgende
HD	Hyperactivity Disorder
HKS	Hyperkinetische Störung
IASP	International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence Study
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ISIZ	Islamisches Sozial- und Informationszentrum Stuttgart
KADDS	Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale
KFA	König Fahd Akademie

KSA	Königreich Saudi-Arabien
MGLTK	Statistische Studenten, Schulen und Lehrer Verteilung
MOE	Ministry of Education (Bildungsministerium Saudi-Arabien)
MOH	Ministry of Health (Gesundheitsministerium Saudi-Arabien)
MRT	Magnetresonanztomographie
MSW	Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
PISA	Programme for International Student Assessment (Programm zur internationalen Schülerbewertung)
PSCDR	Prince Salman Center for Disability Research, Riad
RKI	Robert Koch Institut
SR	Saudi-Riyal, Währung des Königreiches Saudi-Arabien
THOP	Therapieprogramm für Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten
et al.	und andere
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur)
UNO	United Nations Organization (Organisation der Vereinten Nationen)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WYSIWYG	„what you see is what you get“

"Da werden Hände sein, die dich tragen
und Arme, in denen du sicher bist
und Menschen, die dir ohne Fragen zeigen,
dass du willkommen bist."
Khalil Gibran

1 Einleitung

Im 19. Jahrhundert erschien in Deutschland die Geschichte vom „Zappelphilipp“ (Hoffmann 2007), die bis heute einen kleinen Eindruck davon gibt, wie unkonzentriertes und impulsives Verhalten von Kindern das alltägliche Familienleben zum alltäglichen Chaos werden lassen kann. Und nicht nur zuhause, sondern in allen sozialen Bereichen, besonders auch in der Schule, können Unaufmerksamkeit und vor allem Hyperaktivität Probleme und Sorgen mit sich bringen. Diese Sorgen sind nicht auf deutsche Mittelschichtfamilien wie die im „Zappelphilipp“ beschränkt. Alle Bevölkerungsgruppen sind betroffen und überall auf der Welt macht ADHS Kindern und Erwachsenen das Leben manchmal schwer.

Mit seinem obigen Zitat beschreibt der libanesisch-amerikanische Dichter Khalil Gibran eine Sicht, die leitend sein sollte für alle, die mit Kindern zu tun haben. Gerade Kinder mit ADHS erleben aufgrund ihrer Impulsivität und überschäumenden Aktivität aber nicht immer, dass sie willkommen sind. Gleichzeitig stellt ADHS Eltern und Lehrkräfte gerade deshalb vor Herausforderungen, weil sie den Anspruch haben, allen Kindern tragende Hände und Arme zu bieten. Natürlich möchten sie auch dann gute Eltern und Lehrkräfte sein, wenn sie es mit „anstrengenden“ Kindern zu tun haben. Diesen inneren Widerspruch dürften Eltern und Pädagoginnen und Pädagogen weltweit haben. Diese Arbeit möchte daher eine internationale Perspektive auf die Arbeit und das Leben mit ADHS-Kindern entwickeln. Dazu soll besonders der Blick auf arabische Eltern und Lehrkräfte geworfen werden. Ihr Wissen, ihre Kenntnisstände und ihre Haltungen zu ADHS stehen im Mittelpunkt dieser Dissertation. Deutschland und Saudi-Arabien sind die beiden Regionen, die für die Untersuchung ausgewählt wurden.

1.1 ADHS: Verbreitung und Aufklärung international und in arabischen Ländern

Heute wird über keine andere Krankheit im Kinder- und Jugendalter so viel geschrieben wie über ADHS (BZgA 2014, S. 5). Die Störung, die nicht nur Kinder, sondern auch viele Erwachsene betrifft, ist laut Forschungen in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich weit verbreitet. ADHS ist eine der am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen bei Kindern. Die Prävalenz beträgt etwa 5 % und zwar weltweit (Schmiedeler 2013, S. 143). Das heißt, für Deutschland wurde ermittelt, dass etwa 5 % aller Kinder von einem Arzt oder einer Ärztin eine ADHS-Diagnose bekommen haben. Weitere ungefähr 5 % zeigen Anzeichen von ADHS, ohne dass es bisher medizinisch konkret festgestellt wurde (RKI 2008, S. 57). Für arabische Länder liegen die Werte – je nach Erhebungsmethode und Kriterien - bei 5 bis 15 % (Farah et al. 2009, S. 7).

Die Arbeit betrachtet einerseits Lehrer und Lehrerinnen sowie Eltern in Saudi-Arabien und andererseits Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern in Deutschland, die aus arabischen Ländern zugewandert sind. Für die arabischen Länder bzw. für Menschen aus arabischen Staaten liegt die Wichtigkeit des Themas ADHS unter anderem darin, dass es dort zu wenige Informationen darüber gibt. In den Golfländern gibt es insgesamt noch sehr wenig Literatur über psychiatrische Themen in Bezug auf Kinder und Jugendliche (Al-Habeeb/ Qureshi/ Al-Maliki 2014, S. 113). Dies scheint für die arabischen Staaten nicht nur am Golf, sondern im Allgemeinen zu gelten. Über psychische Erkrankungen, Lernschwächen und ADHS ist wenig öffentlich bekannt, wie die weiteren Kapitel dieser Arbeit zeigen werden. In diesen Ländern gibt es noch nicht viel – offizielles - Interesse an solchen Themen, obwohl die Prävalenzraten darauf hinweisen, dass ein Problem wie ADHS unbedingt besteht (Farah et al. 2009; Jenahi/ Khalil/ Bella 2012, S. 463). Zudem weisen manche Untersuchungen auf einen recht hohen Anteil an Kindern mit ADHS in arabischen Ländern hin (Farah et al. 2009, S. 7). Ziel dieser Arbeit ist es daher unter anderem, einen Blick auf diesen Widerspruch zu richten und Überlegungen dazu anzustellen.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen sowie die Forschung dazu wird in Saudi-Arabien und anderen arabischen Ländern noch nicht ausreichend bei der Gesundheitsplanung berücksichtigt (Al-Habeeb/ Qureshi/ Al-Maliki 2014, S. 113). Erste Studien über Kenntnisse bei Lehrerinnen und Lehrern in Saudi-

Arabien haben ergeben, dass einige von ihnen kein ausreichendes Wissen über ADHS haben (Alkahtani 2013, S. 963; Munshi 2014, S. 434). Abbildung 1 macht diese Defizite deutlich und zeigt, dass nicht in allen Bereichen gleich gute Kenntnisstände bestehen. Über die Kenntnisse von Eltern liegen noch gar keine Untersuchungen vor. In der hier vorgelegten Forschungsarbeit wird daher der Umgang mit ADHS in arabischen Ländern im Allgemeinen und in Saudi-Arabien im Speziellen betrachtet. Zudem wird innerhalb Deutschlands eine Zielgruppe betrachtet, die ebenfalls einen arabischen Hintergrund hat, nämlich Lehrkräfte und Eltern, die aus arabischsprachigen Ländern nach Deutschland ausgewandert sind.

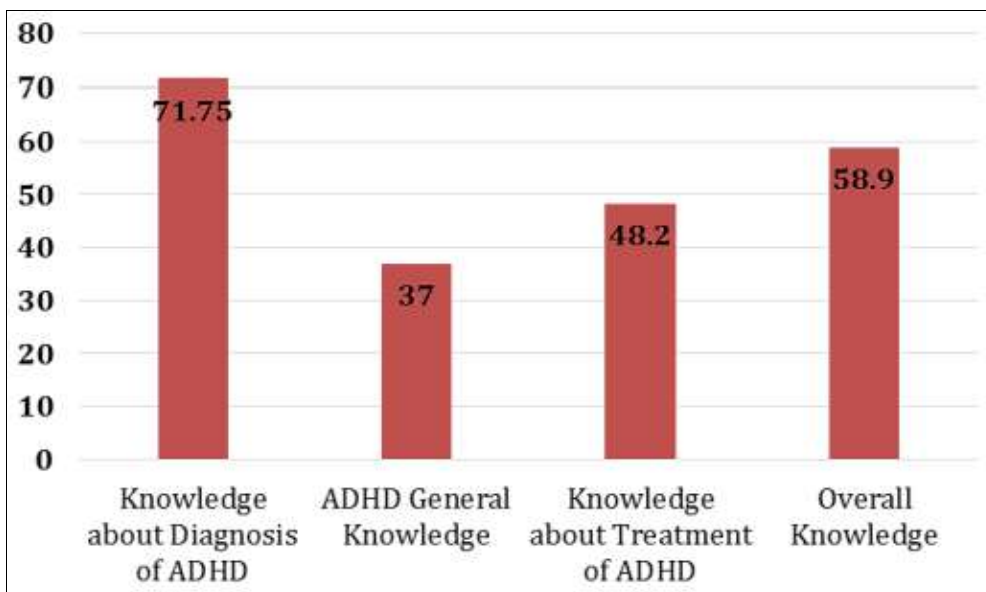


Abbildung 1: Überblick über korrekte Antworten zu unterschiedlichen Themen und über das allgemeine Wissen zu ADHS in %. Studie unter Kindergarten- und Grundschullehrerinnen in Mekka (Munshi 2014, S. 438)

Ein wichtiges Motiv für diese Forschung lag also darin, dass die Informationslage in arabischen Ländern zu ADHS (und zu anderen Fragen über Kinder, ihre psychische Lage und ihre Lernsituation) sehr schlecht ist¹. Diese mangelhafte Informationssituation muss verbessert werden. Daher konnte diese Arbeit - auch aus ethischen Gründen – nicht einfach die Kenntnisstände von Bezugspersonen abfragen und dabei davon ausgehen, dass es hier Lücken geben würde. Stattdessen war das Anliegen, auch von

¹ Eine Recherche bei Google zum Beispiel erbrachte zu dem Suchwort „ADHS“ in arabischer Sprache“ lediglich etwa ein Zehntel der Anzahl an Fundstellen wie die Suche nach „ADHS“ auf Deutsch (siehe S. 70 in dieser Arbeit).

Seiten der Forschung Informationen für die Teilnehmenden (und weitere Betroffene und Interessierte) zu liefern.

1.2 Vergleich: ADHS in arabischen Ländern und in Deutschland

Gerade die Sicht über Grenzen hinweg fehlt in den meisten vorliegenden Untersuchungen. In einer globalisierten Welt mit ihren Wanderungsbewegungen kommt es zunehmend zu Vielfalt auch innerhalb von Regionen und Ländern. „Der durch die Globalisierung erwirkte soziale Wandel ist nicht nur äusserst dynamisch, sondern auch ausserordentlich vielfältig“ (Atteslander 2010, S. V). Die verschiedenen ethnischen und kulturellen Hintergründe in der Gesellschaft sollten in den Sozialwissenschaften heute stets mitgedacht werden. Daher wird in dieser Arbeit kulturübergreifend gedacht. Zum einen werden Lehrkräfte und Eltern in einem arabischen Land, in Saudi-Arabien, über ihre Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen befragt. Zum anderen werden solche Personen in Deutschland befragt und zwar diejenigen, die arabischer Herkunft sind. Der ethnisch-interkulturelle Ansatz ist hier also auf mehreren Ebenen berücksichtigt:

- Wie ist die Situation in einem ausgewählten arabischen Land im Vergleich zu der in Deutschland?
- Wie ist die Situation in Deutschland bei Personen aus arabischen Ländern?
- Welche Beobachtungen ergeben sich aus der parallelen Betrachtung dieser beiden Forschungsstränge?

Der kulturübergreifend-vergleichende Ansatz wurde darüber hinaus aus folgenden Gründen gewählt. Bei einer Betrachtung der internationalen Forschung zu Kenntnissen von Lehrern und Lehrerinnen sowie von Eltern über ADHS wird folgendes sichtbar: Zwar ist umfassend untersucht worden, ob Eltern und Lehrerinnen sowie Lehrer ausreichend Kenntnisse über ADHS haben, wo sie Wissenslücken haben oder wie ihr Wissen mit ihren Einstellungen zusammenhängt. Jedoch: über Hintergründe dieser Kenntnisstände gibt es kaum Erkenntnisse. Auch werden die Situationen bei Lehrkräften und Eltern selten miteinander verglichen. Interkulturelle Fragestellungen, mit oder ohne Vergleiche, werden selten aufgeworfen. Dabei sind diese im Gesundheitsbereich besonders wichtig, denn die verschiedenen kulturellen und religiösen Gruppen unterscheiden sich in ihren Sichtweisen auf Körper und Seele, auf Gesundheit und Krankheitsursachen (Körtner 2007, S. 184). Auf diese Unterschiede

müssen Lehrkräfte und medizinisches Personal sehr sensibel eingehen. Und trotzdem gibt es möglicherweise Vorstellungen, die Menschen weltweit gemeinsam haben:

„Interkulturelle Medizin und Pflege in einer globalisierten Welt müssen nicht nur religionssensibel, sondern zugleich von der Überzeugung getragen sein, dass es die Grenzen der Kulturen überschreitende moralischen Grundüberzeugungen gibt“ (Körtner 2007, S. 184).

Besonders in medizinischen und beratenden Einrichtungen ergeben sich Kommunikationsschwierigkeiten und Konflikte manchmal nur daraus, dass die Beteiligten unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben. Wenn die Leitung und die Teams in diesen Einrichtungen sensibel dafür sind und sich auf den Weg einer interkulturellen Öffnung machen, können diese Schwierigkeiten überwunden werden. Dann kann die Vielfalt auch bereichernd wirken und im Sinne der Ratsuchenden genutzt werden. Die gleiche Sensibilität muss auch in der Forschung ankommen. Mit dieser Arbeit soll ein Schritt in diese Richtung gegangen werden. Daher wurde für diese Arbeit ein Design entwickelt, das sich solchen Fragen nähert. Neben dem Informationsstand werden interkulturelle Aspekte beleuchtet: Wie ist die Situation bei Eltern und Lehrkräften in Saudi-Arabien, wie sieht es innerhalb eines arabischen Kontextes in Deutschland aus, welche Vergleiche lassen sich jeweils anstellen?

Da diese Arbeit sich nur mit arabischen Eltern und Lehrkräften in Saudi-Arabien und in Deutschland befasst, ist natürlich kein Vergleich mit den beiden Ländern insgesamt möglich. Dazu hätte sich die Untersuchung auch mit deutschen Eltern und Lehrkräften befassen müssen, und es wären jeweils repräsentative Stichproben erforderlich gewesen, was im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten nicht zu schaffen gewesen wäre. Somit ist es auch nicht möglich, einen Integrationseffekt der in Deutschland lebenden arabischen Eltern und Lehrkräfte zu erfassen.

Diese Fragen haben aktuell zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit zusätzliche Wichtigkeit bekommen, da in Deutschland viele Menschen aus arabischen Ländern Zuflucht suchen, besonders aus Syrien. Die Kommunikationsschwierigkeiten, die sich zwischen bereits hier lebenden Migranten und einheimischen Deutschen ergeben können, sind für Geflüchtete häufig noch größer: Sie sprechen und verstehen natürlich kurz nach der Einreise noch kaum Deutsch. Des Weiteren sind die meisten von ihnen überstürzt nach Europa gekommen, hatten keine Möglichkeit, sich auf das neue Umfeld vorzubereiten. Daher sind sie mit deutschen Systemen überhaupt nicht vertraut, also auch nicht mit dem Schulsystem oder mit dem Gesundheitswesen. Traumatische

Erlebnisse vor und während der Flucht, viele Unklarheiten während der Durchreise durch (auch europäische) Transitländer, Ablehnung von Seiten vieler Einheimischer, Probleme der Behörden mit der Registrierung und Unterbringung von Flüchtlingen sind zusätzliche Schwierigkeiten. So ergeben sich viele weitere Aspekte problematischer interkultureller Kommunikation.

1.3 Warum Eltern und Lehrkräfte ADHS erkennen und verstehen müssen

Die Grundlagen für eine Diagnose der ADHS sind in den beiden großen, international anerkannten medizinischen Klassifikationsmanualen DSM-5 und ICD-10 beschrieben. Die wichtigsten Merkmale sind Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität (großer Drang, sich zu bewegen) und Impulsivität, also plötzliches und unüberlegtes Handeln. Diese drei Aspekte können einzeln auftreten oder in Kombination. Eine reine Aufmerksamkeitsstörung wird häufig nicht als Problem wahrgenommen. Sie betrifft eher Mädchen als Jungen (RKI 2008, S. 58). Hyperaktivität und Impulsivität dagegen können für die Betroffenen, ihre Familien, die Schule und das persönliche Umfeld sehr belastend sein. Häufig wird in den ersten Jahren zuhause eine ADHS nicht als solche erkannt. Erst mit Eintritt in das Bildungswesen, etwa mit Beginn des Kindergartens, beginnen die Probleme (Munshi 2014, S. 434). Daher ist es wichtig, dass bei Kindern mit ADHS diese rechtzeitig erkannt wird, damit sie behandelt werden kann und nicht weitere soziale Konflikte, andere psychische Erkrankungen und Benachteiligungen in der Schule oder im Beruf mit sich bringt.

Was Eltern und Lehrkräfte über ADHS wissen, ist für die betroffenen Kinder sehr wichtig. Die Symptome von ADHS fallen in der Familie und im Schulalltag besonders auf, werden als störend empfunden oder erschweren es den betroffenen Kindern, sich im Alltag zu konzentrieren oder den Anforderungen der Schule gerecht zu werden. Dadurch beeinflusst ADHS die Schullaufbahn stark (Schmiedeler 2013, S. 144). Wenn Lehrerinnen und Lehrer, aber auch die eigenen Eltern, ADHS nicht erkennen oder nicht wissen, wie sie damit umgehen können, kann dies für die Kinder schwerwiegende Folgen haben. Daher ergeben sich nicht nur aus gesellschaftlich-sozialer und aus medizinischer Sicht dringende Handlungsbedarfe. Pädagoginnen und Pädagogen erleben in ihrer Arbeit immer mehr Kinder, die von ADHS betroffen sind. Wie viele Lernschwächen und psychische Beeinträchtigungen beeinflusst auch ADHS das tägliche Leben in Kinderbetreuungseinrichtungen, Freizeitangeboten und besonders in

der Schule. Kinder mit Beeinträchtigungen haben ebenso wie alle anderen Kinder das Recht, so behandelt zu werden, wie sie es brauchen. Sie müssen so lernen können, dass sie ihre Fähigkeiten, Talente und Interessen vollständig ausprobieren und entwickeln können.

Die Bedürfnisse aller Kinder müssen vor dem Hintergrund der Genfer Behindertenrechtskonvention gesehen werden. Deutschland und Saudi-Arabien gehören zu den Staaten, die diese Konvention ratifiziert haben (UNO o. J.). Damit haben sie erklärt, dass die Konvention in ihren Ländern gültig ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention macht deutlich, dass alle Kinder, also auch behinderte oder beeinträchtigte Kinder, die gleichen Rechte haben. Alle Menschenrechte und Freiheiten gelten auch für sie (Deutscher Bundestag 2008, S. 1427). Das bezieht sich unter anderem auf das Recht auf Bildung. Artikel 7 der Konvention hält fest, dass die Staaten, die der Konvention beigetreten sind, dafür sorgen müssen, dass allen Kindern ihres Landes diese Rechte auch wirklich gewährleistet werden (Deutscher Bundestag 2008, S. 1427). Viele Länder haben seitdem Veränderungen in ihrem Bildungssystem eingeführt, die zu besserer Teilhabe beeinträchtigter Kinder führen sollen. In Deutschland finden diesen Veränderungen unter dem Stichwort Inklusion statt. In Saudi-Arabien gibt es ein entsprechendes Behindertenrechtsgesetz Nr. 37/M vom 23.09.1421 nach islamischem Kalender (2009 nach gregorianischem Kalender). Es handelt sich dabei um den Disability Code, einzusehen auf der Internetseite des King Salman Centre for Disability Research (KSCDR 2002).

Aus pädagogischer und sonderpädagogischer Sicht bedeutet dies, dass Kinder mit Beeinträchtigungen, Lernschwächen und psychischen Störungen einen Anspruch auf bestmögliche Bildung haben. Wie diese Arbeit zeigen wird, ist ADHS medizinisch als psychische Störung mittlerweile anerkannt. Außerdem wurde festgestellt, dass ADHS häufig mit bestimmten Komorbiditäten einhergeht. Dazu gehören Lese-Rechtschreib-Störungen, Dyskalkulie, Störung des Sozialverhaltens, Depression und Angststörungen (Kain/ Landerl/ Kaufmann 2008, S. 757). Das bedeutet, dass Kinder mit ADHS versorgt werden müssen mit Programmen und Unterstützung, mit denen sie den für sie besten Bildungsweg gehen können. Da sie aufgrund ihrer Störung andere Bedarfe haben als viele andere Kinder, müssen Staat und Bildungswesen auf diese Bedarfe reagieren und besondere Angebote machen. Pädagogen und Pädagoginnen müssen so ausgestattet

werden, dass sie diese Angebote vorhalten können. Sie brauchen Möglichkeiten, mit Kindern so zu arbeiten, dass sie alle so gut wie möglich erreichen. Dazu brauchen sie zum Beispiel Zeit, Materialien und andere Grundlagen. Auch die richtigen Informationen sind wichtig, damit Lehrkräfte gut mit Kindern mit ADHS arbeiten können.

„Bei der Beurteilung von Auffälligkeiten durch eine Person (Eltern, Lehrer) kann es zu Verzerrungen kommen („rater bias“), weil implizite Annahmen über Ursachen gemacht werden, die nicht zutreffen“ (Kain/ Landerl/ Kaufmann 2008, S. 757).

Es ist notwendig, diese Verzerrungen zu vermeiden, denn sie können zu Fehleinschätzungen führen und beim betroffenen Kind den Bildungs- und Lebensverlauf negativ beeinflussen. ADHS gehört zu den Störungen, die am häufigsten zu Schulleistungsdefiziten führen (Hasselhorn/ Hartmann 2011, S. 2).

Für dieses rechtzeitige Erkennen ist es notwendig, dass die erwachsenen Bezugspersonen eines betroffenen Kindes, also besonders seine Eltern und Lehrerinnen und Lehrer, etwas über ADHS wissen. Da sie mit ihrem Blick auf die Störung eine wichtige Person sind für die weitere Entwicklung, kann von ihnen viel abhängen (Becker 2014, S. 111 ff.). Sie können zu spät oder gar nicht erkennen, dass ein Kind ADHS haben könnte. Damit würden sie eine rechtzeitige Therapie verhindern. Bleibt eine ADHS-Erkrankung unerkannt, kann sie nicht nur zu Problemen in der Schule führen, sondern auch zu Ablehnung von den anderen Kindern und geringem Selbstvertrauen (Munshi 2014, S. 434). Wenn aber Lehrerinnen oder Lehrer und Eltern bei einem Kind ADHS vermuten, das diese Störung gar nicht hat, würden sie vielleicht seine wahren Probleme übersehen (Schmiedeler 2013, S. 144). Was ein Kind wirklich braucht, kann nur herausgefunden werden, wenn Lehrkräfte, Eltern und andere beteiligte Berufsgruppen gut zusammenarbeiten. Den ersten Schritt für diese Zusammenarbeit müssen oft die Lehrerinnen und Lehrer sowie die Eltern machen. Daher ist es wichtig, dass sie den betroffenen Kindern und auch ihrem Verhalten grundsätzlich offen und positiv gegenüberstehen und dass sie Grundkenntnisse über ADHS haben. Um Kenntnisse zu bekommen, müssen sie gut informiert sein. Sachliche Informationen sind nicht immer leicht zu finden. Es gibt viele Gerüchte und Halbwahrheiten über ADHS, die sich eher herumsprechen als etwas kompliziertere wissenschaftliche Erkenntnisse. In Deutschland ist die Möglichkeit, Informationen und Fakten über ADHS zu bekommen, dabei deutlich besser als in vielen anderen Ländern.

Neben der praktischen pädagogischen Arbeit ist es daher wichtig, dass sich auf wissenschaftlicher Ebene die Erziehungswissenschaften mit ADHS beschäftigen. Die Wissenschaft sollte die theoretischen Hintergründe für die Praxis liefern und umgekehrt die Erkenntnisse aus der Praxis aufgreifen und bearbeiten. Für die Erziehungswissenschaften ist es wichtig, dass sie auf diesem Weg eigene Erkenntnisse entwickeln. Diese können anders sein als die Erkenntnisse aus medizinischer oder psychologischer Sicht. Die Erziehungswissenschaften haben einen besonderen Blick auf das Kind und auf sein soziales Umfeld und Bildungsumfeld. In der Kindheit bildet sich die Persönlichkeit eines Menschen. Das Kind benötigt bestimmte Voraussetzungen, um sich in seinem Umfeld geborgen zu fühlen (Munshi 2014, S. 434). Daher kann die Erziehungswissenschaft zwar Forschungsergebnisse aus Medizin und anderen Disziplinen aufgreifen, muss aber aus ihrer Sicht eine eigene Position zu Lerneinschränkungen und psychischen Störungen entwickeln und öffentlich machen.

1.4 Arabische Kinder in Deutschland

In dieser Arbeit werden arabische Lehrer und Lehrerinnen sowie arabische Eltern in Deutschland betrachtet. Für viele Migrantinnen und Migranten in Deutschland sind die Themen Bildung und Schule besonders wichtig. Problematisch ist dabei, dass Kinder aus Migrationsfamilien häufig in der Schule weniger „erfolgreich“ sind als ethnisch-deutsche Kinder (Brinkmann 2014, S. 28). Verschiedene Gründe sind hierfür in der Literatur genannt worden, zum Beispiel die als nicht ausreichend bewertete Beherrschung der deutschen Sprache oder geringere Fähigkeiten oder Verständnis der Eltern für Hilfen zuhause, die den Unterricht ergänzend sollen. Hinzu können Vorurteile und Ablehnung von Seiten der Mehrheitsgesellschaft kommen (vgl. Brinkmann 2014, S. 28). Ohnehin benachteiligt das deutsche Bildungssystem Kinder aus sozioökonomisch schwachen Familien, zu denen viele Migrationsfamilien gehören (Reifenröther/ Ostrowski 2015, S. 140). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass Migrationsgemeinschaften Strukturen schaffen, die ihren Kindern Bildung neben oder zusätzlich zu den deutschen Schulen bieten. So schicken viele arabische Eltern in Deutschland ihre Kinder nachmittags oder an Wochenenden in Nachhilfeunterrichte oder andere Lernangebote, in denen sie unter anderem etwas über den Koran oder die arabische Sprache lernen. Welche Schulen für diese Arbeit konkret ausgewählt wurden und wie diese Bildungseinrichtungen arbeiten, wird in Kapitel 5 genauer beschrieben.

In solchen außerschulischen Lernorten können Eltern dafür sorgen, dass zum einen ihre Kinder die Unterstützung bekommen, die sie für ein Vorankommen in der deutschen Schule benötigen. Außerdem können sie dort Inhalte vermitteln, die in der Regelschule nicht berücksichtigt werden, etwa musisch-ästhetische, sportliche oder umweltbezogene Aktivitäten (Reifenröther/ Ostrowski 2015, S. 140). Hinzufügen lassen sich kulturelle oder religiöse Themen. Außerdem kann hier die Mehrsprachigkeit der Kinder unterstützt und wertgeschätzt werden (Weiss 2014, S. 102). Wichtig sind jedoch nicht nur die Inhalte. Die Einrichtungen arbeiten häufig nicht profitorientiert und mit ehrenamtlichem Personal. Daher sind sie für die Eltern nicht mit hohen Kosten verbunden. Auch die offeneren Rahmenbedingungen sind hilfreich, denn sie können „von Trägern angeboten werden, zu denen keine Zugangsbarrieren bestehen“, wobei solche Einrichtungen „nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit“ entstanden sind und weiter entstehen (Reifenröther/ Ostrowski 2015, S. 140; Weiss 2014, S. 101). Auch hier sind gute Kenntnisse über ADHS bei den Lehrkräften wichtig. Oft vertrauen ihnen die Eltern mehr als den deutschen Lehrerinnen und Lehrern an den Regelschulen, so dass ihre Meinung und ihr Wissen über ADHS für die Eltern und Kinder eine besondere Bedeutung haben kann.

1.5 Vorgehen

In der sozialwissenschaftlichen Forschung gibt es heute eine Vielzahl an Untersuchungsmöglichkeiten und Zugängen. Das ist hilfreich gerade bei der Betrachtung komplexer Forschungsanliegen wie dem dieser Arbeit. Insbesondere die empirische Forschung bietet einen sehr guten Rahmen dafür.

1.5.1 Forschungsansatz und Generierung von Hypothesen

Atteslander schlägt folgende Definition für empirische Forschung vor: „Empirische Sozialforschung ist die systematische Erfassung und Deutung sozialer Erscheinungen“ (Atteslander 2010, S. 4). Eine Fragebogenerhebung ist daher empirisch. Sie ist außerdem systematisch, wenn sie nach bestimmten Regeln erfolgt. Wichtig ist, dass die erhobenen Daten und die daraus gewonnenen Ergebnisse nachvollziehbar sind. Mithilfe eines Fragebogens können soziale Erscheinungen untersucht werden, also menschliches Verhalten, Kommunikationsformen, Meinungen, Werte und vieles

mehr (Atteslander 2010, S. 3 ff). Auch Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit sowie der Umgang damit im sozialen Umfeld gehören zu diesen sozialen Erscheinungen.

Die Forschung zu ADHS hat international bereits verschiedene Untersuchungsinstrumente hervorgebracht, besonders diverse Fragebögen. Die dort beschriebenen Erfahrungen hiermit sind in der Entwicklung des Forschungsdesigns dieser Arbeit berücksichtigt worden. Sie werden daher zum Teil wieder aufgegriffen, indem die Fragebögen ähnliche Fragen enthalten (vgl. Sciutto/ Terjesen/ Bender Frank 2000, S. 115). Zum anderen Teil werden sie ergänzt durch weitere Fragen, durch neue methodische Ansätze und insbesondere durch einen kulturübergreifenden Blick. Das Forschungsdesign ist mehrschichtig angelegt. Diese Mehrschichtigkeit sieht wie folgt aus:

- Den Kern der Untersuchung bildet eine quantitative Umfrage einerseits unter Lehrkräften und Eltern an normalen Schulen in Saudi-Arabien. Andererseits wurden arabische, in Deutschland lebende Eltern befragt sowie arabische Lehrkräfte, die in Deutschland an arabischen Schulen unterrichten.
- Zur Vorbereitung dieser quantitativen Untersuchung wurden Leitfadeninterviews geführt, die als qualitative Voruntersuchung zur Entwicklung der quantitativen Fragebögen beitrugen und die Wahl der Items mit beeinflussten.
- Ein weiterer qualitativer Teil befasst sich mit sogenannten Critical Incidents. Dabei handelt es sich um Erlebnisse, die Menschen im interkulturellen Kontext hatten. Die Beteiligten haben diese Ereignisse als relevant erlebt, zum Beispiel weil sie exemplarisch oder ungewöhnlich oder weitreichend waren. In dieser Arbeit wurden Teilnehmende aufgefordert, über solche kritischen Ereignisse im Zusammenhang mit ADHS bei ihren Kindern zu berichten.
- In ihrer Gesamtheit hat diese Arbeit einen partizipativen Anspruch. Die Befragung sollte nicht nur Fragen stellen, sondern auch Antworten geben. Die quantitative Befragung besteht also nicht nur aus den Abfrage-Items, sondern sie bietet zu jedem Item auch Erläuterungen. Die Teilnehmenden konnten so zuerst das jeweilige Item bewerten (zum Beispiel „ADHS ist die Folge von zu viel Fernsehen“: richtig

oder falsch?). Damit wurde ihr Kenntnisstand zu dieser (sachlich falschen) Aussage abgefragt. Direkt nach dem Ankreuzen hatten sie die Möglichkeit, sich Informationen zu dieser Frage durchzulesen. Diese kurzen, sachlichen Texte gab es auf Arabisch und auf Deutsch. Sie waren mit Quellen belegt, so dass es auch möglich war, sich noch darüber hinaus zu informieren.

- Auf einer weiteren Ebene hatten die Teilnehmenden schließlich außerdem die Möglichkeit, diese Erläuterungen zu bewerten. Es war ein Erkenntnisinteresse, zu erfahren, wie die Erläuterungen wahrgenommen wurden und für wie hilfreich sie gehalten wurden.

Ein Forschungsvorhaben kann entweder qualitativ oder quantitativ ausgerichtet sein. Vermehrt finden sich auch Arbeiten, die beide Ansätze zusammen verwenden, im Englischen wird von „Mixed Methods Research“ gesprochen (vgl. Creswell 2015). Welche der beiden Forschungsformen gewählt wird oder in welcher Art sie miteinander kombiniert werden, hängt vom Forschungsinteresse ab. Wenn die Forschung so aufgebaut ist, dass sie sowohl quantitative als auch qualitative Teile enthält, kann das mehrere Vorteile haben. Die Kombination von statistischen Werten mit persönlichen Berichten und individuellen Erfahrungen kann helfen, dass das Forschungsproblem besser verstanden wird, als wenn nur eine von beiden Forschungsrichtungen angewendet wird. Die Ergebnisse aus beiden Untersuchungsformen werden dazu miteinander in Bezug gesetzt (Creswell 2015, S. 2). Eine solche Kombination hat Vorteile gegenüber nur einer der beiden. Während quantitative, also „zählende“ Forschung eine möglichst große Menge an Daten erhebt, um aus der Auswertung dieser Daten allgemeine Erkenntnisse zu ziehen, ist quantitative Forschung an den Erfahrungen Einzelner interessiert, will diese aber tiefgehend untersuchen. Eine kombinierte Form kann viele Personen zu immer den gleichen Themen, aber auf oberflächlicher Ebene befragen. Zusätzlich kann sie einzelne Personen darüber hinaus zu ihren individuellen Erlebnissen befragen. Aus diesen beiden Teil-Untersuchungen kann sich ein Eindruck ergeben, der wie auf einem dreidimensionalen Bild in die Breite und in die Tiefe geht.

Jedes wissenschaftliche Interview ist eine spezifische und soziale Situation (Atteslander 2010, S. 112). In der empirischen Forschung gelten daher einige grundlegende

Prinzipien, wie sich Forschende verhalten sollten. „Als individuelle Verhaltensstützen und Reflexionsaspekte lassen sich folgende Argumente anführen:

- individuelle Schädigungen durch die Forschung sind zu vermeiden;
- im Zweifel für die Forschungsbeteiligten;
- Offenheit für Menschen und Kulturen;
- Achtung der ‚Selbstbestimmungsrechte‘ anderer;
- Mögliche Folgen von Veröffentlichungen bedenken und mit dem Forschungsanliegen abwägen;
- Ständige Selbstreflexion der Forscher über sich und ihre Forschungsabsichten“

(Atteslander 2010, S. 105)

Forschungsinteresse dieser Arbeit ist es, Kenntnisstände und Einstellungen von arabischen Lehrern und Lehrerinnen sowie Eltern in Deutschland und Saudi-Arabien zu erfragen. Ziel dieser Befragungen ist es, Hypothesen zu diesem Themenbereich zu entwickeln. Nach Flechsig handelt es sich daher bei einer hypothesenentwickelnden Forschung um einen ersten Ansatz einer Form der praxisprüfenden Forschung (vgl. Flechsig 1975). Es soll nicht darum gehen, Hypothesen zu überprüfen, sondern diese zunächst zu erarbeiten. Qualitative Befragungen – alleine oder in Kombination mit quantitativen Methoden – eignen sich gut dazu, neue Themen zu bearbeiten. Wenn über bestimmte Probleme noch nicht viel oder noch gar nicht geforscht wurde, ist es sinnvoll, zuerst qualitativ zu forschen. Damit werden neue Gedanken gefunden und formuliert. Es wird nichts behauptet, was dann bewiesen oder widerlegt wird. Stattdessen sollen Ideen gefunden, gesammelt und betrachtet werden. Diese können dann später zu Hypothesen werden.

Die Annäherung an mögliche Hintergründe der jeweiligen Wissensstände und Einstellungen erfolgt in dieser Arbeit fragend und suchend. Die Arbeit beruft sich nicht auf bestehende Theorien. Sie basiert auch nicht auf vorformulierten Hypothesen. Stattdessen war die Fragebogen- und Forschungsentwicklung geprägt von der Suche nach solchen Hinweisen, die im weiteren Verlauf zu Hypothesen führen könnten. Hypothesen sollten durch das hier gewählte Vorgehen erst erzeugt und entwickelt, also generiert werden. Anstatt Aussagen über die Realität zu treffen und diese dann forschend zu bestätigen oder zu verneinen, wurde hier entschieden, möglichst unvoreingenommen zu fragen und zu suchen. Die hieraus möglicherweise

entstehenden Hypothesen können dann in weiteren Forschungsarbeiten aufgegriffen und wissenschaftlich betrachtet werden. Ziel dieser Arbeit ist es nicht, bestehende oder eigens dafür aufgestellte Hypothesen zu beweisen. In dieser Arbeit geht es insbesondere um die eigentliche Entwicklung plausibler Hypothesen.

1.5.2 Aufbau der Arbeit

Um die beschriebenen Ziele zu erreichen, wird in dieser Arbeit wie folgt vorgegangen: Kapitel 2 behandelt Fragen von Interkulturalität. Arabische Eltern und Lehrkräfte befinden sich in Deutschland in einer besonderen Situation, in der kulturelle Fragen im Alltag eine wichtige Rolle spielen. Diese ergeben sich im Zusammenleben mit den Menschen in ihrem sozialen Umfeld, aber auch innerhalb der eigenen Familie, in der Herkunftstradition und Gegebenheiten des Aufnahmelandes miteinander in Konflikt geraten können. Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen und von psychischen Störungen wie ADHS im Besonderen wird stark von kulturellen Perspektiven beeinflusst. In Unterkapitel 2.1 soll deutlich gemacht werden, dass es grundsätzlich unterschiedliche Möglichkeiten gibt, Ereignisse des Lebens zu verarbeiten. Die Attribuierungstheorie ist ein gutes Beispiel dafür. Sie lässt sich auf verschiedene Situationen anwenden, unter anderem auch auf Krisen- und Krankheitssituationen, was ADHS für Familien durchaus sein kann. Aus unterschiedlichen Sichten auf Krankheit können im sozialen Alltag Konflikte entstehen. Darauf geht Unterkapitel 2.2 ein. Hier spielt Kommunikation eine wichtige Rolle. Dort wo Lehrerinnen und Lehrer auf Eltern treffen oder wo betroffene Eltern mit Ärztinnen und Ärzten zu tun haben, treffen sich Gruppen, die aus unterschiedlichen „Kulturen“ kommen und zudem mit unterschiedlich viel Macht ausgestattet sind. Es stellt sich die Frage, wie Sprachbarrieren und andere Verständnishindernisse möglicherweise überwunden werden können.

Sprache und Kommunikation sind auch in den Unterkapiteln 2.3 und 2.4 wichtig, das auf innerfamiliäre Zusammenhänge eingeht. Für Kinder ist die Familie der wichtigste Lernort für Sprache und Sozialisation. In der Migration gewinnen manchmal Werte an Gewicht, die im Herkunftsland ganz „normal“ waren. Dies gilt jedoch häufig eher für die Eltern als für ihre Kinder, die sich möglicherweise mit mehr Spontaneität und Unbefangenheit in die gesellschaftliche Umgebung integrieren. Konflikte und Ängste können entstehen, die vor dem Hintergrund einer belastenden Beeinträchtigung, wie

etwa ADHS, sich noch verstärken können. Im Umgang mit Krankheit gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. Unterkapitel 2.5 trägt dazu einige Erkenntnisse zusammen und beleuchtet näher, wie muslimische Perspektiven auf Krankheit aussehen können. Damit wird verdeutlicht, dass Erkrankungen einerseits im Kulturvergleich betrachtet werden müssen, um weitere Aufschlüsse und neue Impulse für den Umgang mit ihnen zu erhalten. Außerdem können sie in der Migrationssituation eine andere Bedeutung als im Herkunftsland haben.

Das dann folgende Kapitel 3 beschäftigt sich konkret mit der Störung ADHS: Um was handelt es sich hier eigentlich, seit wann ist dieses Phänomen in der Medizin und Psychologie ein Thema und wie wird ADHS heute aus medizinischer Sicht verstanden? Hierüber gibt das Unterkapitel 3.1 Auskunft. Die bis heute verbreitete Ansicht, ADHS sei gar keine Krankheit, sondern eine Modeerscheinung oder hätte mit falscher Ernährung oder sogar falscher Erziehung zu tun, ist nicht mehr haltbar. Das wird in Abschnitt 3.1.2 klar, in dem auf die internationalen Klassifikationssysteme DSM-IV und DSM-5 sowie ICD 10 verwiesen wird. Dort ist ADHS als Erkrankung genau beschrieben und diese Manuale dienen Ärztinnen und Ärzten als Diagnosegrundlage. Zur weiteren Verdeutlichung bietet Unterkapitel 3.2 einen Überblick zur Ätiologie von ADHS. Heute kann eine Vielzahl von Ursachen als wissenschaftlich belegt gelten. Diese treten in unterschiedlichen Kombinationen und Ausprägungen auf. Komorbiditäten spielen eine weitere wichtige Rolle bei ADHS; darauf verweist Unterkapitel 3.3. Die vielfältigen Entstehungsgründe ziehen vielfältige Behandlungs- und Umgangsformen nach sich, die stets im Einzelfall entwickelt werden müssen. Die Familie und das schulische und soziale Umfeld betroffener Kinder müssen in die Therapie einbezogen werden. Die umstrittene Frage der Medikamentengabe hat ebenfalls ihren Platz in Unterkapitel 3.3.

Neben dem allgemeinen und wissenschaftlich begründeten Informationsstand zu ADHS richtet Kapitel 3 auch den Blick auf die Informationsmöglichkeiten, die Eltern und Lehrkräften zur Verfügung stehen. Da es in dieser Untersuchung darum geht, die Kenntnisstände und auch die Einstellungen dieser beiden Gruppen von mitbetroffenen Erwachsenen zu erfragen, wird in Unterkapitel 3.4 darüber berichtet, wie und wo diese sich über ADHS informieren. Es wird zunächst auf Befunde von Forschungsarbeiten hingewiesen, die zusammen ein – internationales - Gesamtbild über Wissensstände besonders bei Lehrkräften geben. Abschnitt 3.4.3 zeigt dann auf, dass die Situation in

Deutschland und in arabischen Ländern, speziell in Saudi-Arabien, sehr unterschiedlich ist. In den beiden Regionen haben Eltern und Lehrerinnen und Lehrer keinesfalls die gleichen Ausgangsmöglichkeiten, weil die Zugänge zu Informationen in den arabischen Ländern noch sehr eingeschränkt sind.

Nach diesen Vorinformationen und Grundlagen geht es in der zweiten Hälfte dieser Arbeit konkret um die hier durchgeführten Forschungen. Kapitel 4 beschreibt, wie das Forschungsvorhaben entwickelt wurde. Es geht ein auf die Erarbeitung und umfangreiche Erprobung der Fragebögen. Dazu verweist es noch einmal auf bereits vorliegende Untersuchungen und greift die dort unbeantwortet gebliebenen Fragen auf. Da vergleichende Ansätze in der Forschung noch zu wenig vorhanden sind, hat sich diese Arbeit zum Ziel gesetzt, die unterschiedlichen befragten Gruppen miteinander zu vergleichen, auch länder- und kulturübergreifend. Vorliegende Untersuchungen geben meistens nur einen Status quo wieder, das heißt, sie stellen fest, dass und an welchen Stellen es Wissensdefizite besonders bei Lehrkräften gibt. Was daraus folgt und insbesondere wie diese zu erklären sein könnten, fehlt in bisherigen Untersuchungen. Hier noch einmal einen Schritt zurück zu treten und so Grundlagen zu schaffen für Hypothesen, ist daher in dieser Arbeit wichtig. Dabei können neue Einsichten gewonnen und Hypothesen formuliert werden, die den (erziehungswissenschaftlichen) Blick für Zusammenhänge schärfen, an die bisher noch gar nicht gedacht worden ist. Für dieses Forschungsinteresse ist eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Ansätzen sinnvoll. Neben der umfangreichen Fragebogenerhebung wurden daher qualitative Instrumente genutzt. Besonders wichtig ist dabei die Arbeit mit Critical Incidents. Worum es sich hierbei handelt, beschreibt Unterkapitel 4.3.

Inzwischen sind sozialwissenschaftliche Untersuchungen oftmals auch oder ausschließlich über das Internet organisiert. Auch für die hier vorgelegte Untersuchung sollte eine Online-Befragung eingesetzt werden, um vermehrt Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung gewinnen zu können. In Kapitel 5 wird die Vorgehensweise bei der Erstellung der Forschungsinstrumente dargelegt. Die Entwicklung der Fragebögen der quantitativen Untersuchung war ein komplexer Prozess. Um sicherzustellen, dass die Befragung wissenschaftlich nachvollziehbar ist und eine hohe Qualität hat, waren mehrere Erarbeitungsschritte nötig. Dazu gehörte unter anderem die Einbeziehung von Wissenschaftlern verschiedener Universitäten in

arabischen Ländern zur Überprüfung der Fragebögen. Eine Vorabstudie in Form mehrerer leitfadengestützter Interviews diente ebenfalls der Sicherstellung eines wissenschaftlich sinnvollen Vorgehens. Im weiteren Verlauf wurde eine Internetpräsenz aufgebaut. Diese diente dazu, es den Teilnehmenden leicht zu machen, die Fragen aufzurufen und zu beantworten. Außerdem beinhaltet die Seite viele wertvolle Informationen für Eltern und Lehrkräfte. Darüber hinaus bietet sie die Möglichkeit einer weitgehend automatisierten Auswertung der Antworten. Wie diese umfangreiche Seite erstellt wurde und wie sie schließlich aussah, beschreibt Abschnitt 5.3.1.

Ein wichtiges Thema in dieser Befragung war, dass sie den Eltern und Lehrkräften auch Informationen vermittelt. Ein weiterer Aspekt war die Möglichkeit, im Rahmen der Critical Incidents von eigenen Erlebnissen zu berichten. Diese beiden Teilbereiche der Forschung werden in den Abschnitten 5.3.2 und 5.3.3 beschrieben. In Kapitel 5 wird außerdem auf die befragten Personen und die Anspracheformen eingegangen. Dazu wurden einige Schulen ausgewählt, und die entsprechenden Hintergründe finden sich in Abschnitt 5.4.1. Im Laufe der Forschung wurde deutlich, dass das Befragungskonzept verändert werden musste, da über die Online-Befragung ein zu geringer Rücklauf entstand. Näheres hierzu findet sich ebenfalls im fünften Kapitel.

Nach Abschluss der Befragung konnten die Befunde erhoben und die Ergebnisse ausgewertet werden. Darum geht es in Kapitel 6. Zuerst werden Berechnungen präsentiert, die die wissenschaftliche Qualität der Untersuchung beschreiben. Im Weiteren geht es um die Aussagen, die aus den Befragungsergebnissen gewonnen werden konnten. Aufschlussreich waren verschiedene Vergleiche in Bezug auf die beteiligten Gruppen, auf die - in Subskalen abgebildeten – Themen und auf die beiden Länder Deutschland und Saudi-Arabien. Auch der Blick auf alle 39 Items macht deutlich, an welchen Stellen gutes Wissen zu ADHS bestand und wo Lücken zu sehen sind. Die Befragten konnten zu den Erläuterungen zu den einzelnen Items Rückmeldungen geben. Diese Rückmeldungen wurden ausgewertet. Auch die Berichte zu den Critical Incidents brachten interessante Einblicke, über die ebenfalls in Kapitel 6 berichtet wird. Aus den Erkenntnissen der verschiedenen Befragungsteile konnten Hypothesen abgeleitet werden, die in Kapitel 6 formuliert werden.

Kapitel 7 schließlich greift die entwickelten Hypothesen noch einmal auf. Auf der Grundlage der Ergebnisse werden in diesem Kapitel Handlungsempfehlungen auf verschiedenen Ebenen ausgesprochen. Das Wissen von Eltern und Lehrkräften zu ADHS ist von großer Bedeutung für die pädagogische Arbeit mit betroffenen Kindern. Daher muss möglicherweise fehlendes Wissen vermittelt werden. Im Rahmen eines so komplexen Forschungsvorhabens wie diesem wird deutlich, an welchen weiteren Stellen noch geforscht werden sollte. Diese Forschungsbedarfe und weitere Ausblicke schließen das Kapitel 7 ab.

Begriffe und Abgrenzungen

Diese Arbeit befasst sich mit Kenntnissen über ADHS bei Lehrerinnen und Lehrern sowie Eltern. Dabei geht es zum einen um diese beiden Gruppen in Saudi-Arabien. Besonders die Ergebnisse der Befragung beziehen sich auf Lehrerinnen und Lehrer der ausgewählten Schulen. Es handelt sich nicht um eine repräsentative Auswahl von Interviewpartnern, auch wenn die Formulierung der Ergebnisse dies vielleicht anzudeuten scheint. Beforscht wurden die teilnehmenden Lehrkräfte an einigen Schulen in Saudi-Arabien und die Ergebnisse beziehen sich auf diese Personen. Ähnliches gilt für die Eltern und Lehrkräfte in Deutschland: gemeint sind stets die befragten, arabischstämmigen Personen, die an dieser Forschung teilgenommen haben. Aus ihren Antworten kann nicht etwa allgemein auf die Population in Deutschland mit arabischem Migrationshintergrund geschlossen werden.

Es wurde für die Untersuchung nicht genauer nach Herkunftsländern, Migrationsmotiven oder sonstigen weiteren Variablen in der Gruppe der Eltern und Lehrkräfte in Deutschland gefragt. Zur Entwicklung von grundsätzlichen Hypothesen schien dies nicht sinnvoll. Es darf dennoch nicht vergessen werden, dass diese Gruppen sehr heterogen sind, so dass nicht grundsätzlich verallgemeinert werden darf.

Im Sinne einer geschlechtergerechten Formulierung wurde darauf geachtet, möglichst häufig beide Geschlechter zu nennen (zum Beispiel „Lehrerinnen und Lehrer“) oder Formulierungen zu finden, die beide Geschlechter umfassen (zum Beispiel „Lehrkräfte“). In manchen Fällen ist aus Vereinfachungsgründen davon abgewichen worden, zum Beispiel bei Abbildungen und Tabellen. Es sind dann trotzdem immer beide Geschlechter gemeint.

Die „Hauptfiguren“ dieser Arbeit sind – neben ihren Eltern und Lehrerinnen und Lehrern - die von ADHS betroffenen Kinder. Es ist im Text von „von ADHS betroffenen Kindern“ oder von „an ADHS erkrankten Kindern“ die Rede, was hier beides das gleiche meint. Auch der Begriff „ADHS-Kind“ bezeichnet ein von ADHS betroffenes Kind. Diese vereinfachte Form ist keinesfalls abwertend gemeint! Sie soll den Text an einigen Stellen leichter lesbar machen oder wurde in Abbildungen aus Platzspargründen verwendet.

ADHS ist eine Störung, die nicht nur Kinder betrifft. Tatsächlich haben auch viele Erwachsene ADHS (vgl. zum Beispiel Frodl 2008). Das auch sehr wichtige Thema der erwachsenen ADHS-Patienten und -Patientinnen konnte in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. In den empirischen Befragungen dieser Arbeit konnte dieses Thema nicht bearbeitet werden, weil das den Rahmen des Möglichen und auch Sinnvollen für diese Arbeit deutlich überschritten hätte.

2 Forschungsstand: Interkulturalität und Gesundheit in Deutschland

Um sich dem Phänomen ADHS und dem Forschungszusammenhang dieser Arbeit weiter zu nähern, sind zunächst einige Hintergrundüberlegungen sinnvoll. Die Untersuchung hat zwei große regionale Bereiche: Zum einen werden Einstellungen und Kenntnisse über ADHS bei Eltern und Lehrkräften in Saudi-Arabien erfragt. Zum anderen geht es um arabische Eltern und Lehrkräfte in Deutschland und darum, wie sie mit dieser Störung umgehen. Insbesondere zur theoretischen Einordnung des deutschen Teils dient dieses Kapitel. Zu Beginn wird auf ein Konzept verwiesen, das aus der Psychologie stammt: Die Attribuierungstheorie hilft verstehen, wie Menschen ihr eigenes Verhalten und das anderer einordnen. Dieses Verständnis wird eine Grundlage für die weitere Forschung bieten, besonders in Bezug auf die Interpretation von besonderen Ereignissen in einem interkulturellen Kontext. Um diesen Zusammenhang der Interkulturalität näher zu beleuchten, geht es in diesem Kapitel des Weiteren um Aspekte von Sprache und Kommunikation in der Migrationssituation. Kulturelle Konflikte auch innerhalb der zugewanderten Familien spielen ebenfalls eine wichtige Rolle – nicht nur in Bezug auf Migration allgemein. Gerade im Umgang mit einer psychischen Störung, die das Familienleben jeder Familie stark belasten kann, ist es wichtig zu bedenken, dass Migrationsfamilien ohnehin oft mehr Schwierigkeiten zu bewältigen haben als nicht zugewanderte, deutsche Familien. Die Kommunikation dieser Familien mit den deutschen Fachkräften des Schul- und Gesundheitswesens ist Thema des dann folgenden Abschnitts. Hier spielt das Verständnis von Krankheit und Gesundheit der beteiligten Personen eine Rolle. Daher wird zusammengetragen, inwiefern das Krankheitsverständnis in der islamisch-arabischen Kultur von dem der Mehrheitsgesellschaft abweichen kann.

2.1 Attribuierungstheorie

Im zwischenmenschlichen Kontakt und in individuellen Situationen versuchen Menschen sich zu erklären, aus welchem Grund Dinge geschehen und warum sie selbst und andere Menschen sich so verhalten wie sie es tun. Eine Theorie, die sich mit diesen Gründen befasst und mit der Suche nach kausalen Zusammenhängen, ist die Attribuierungstheorie nach Fritz Heider (Heider 1958). Im Alltag werden Geschehnisse mit nicht-personalen oder personalen Gründen erklärt. Nach der Attribuierungstheorie können zum Beispiel Fehler, die eine Person begangen hat, mit mangelnder persönlicher

Fähigkeit oder mit der Schwierigkeit der Aufgabe, also einem äußeren Faktor, erklärt werden (vgl. Heider 1958, S. 56). Personale Gründe können wiederum in beabsichtigt oder nicht beabsichtigt eingeteilt werden. Die personalen Gründe beeinflussen sowohl die gegenständliche Welt als auch das soziale Zusammenleben. So verursachen Menschen angenehme und unangenehme Veränderungen im Leben anderer Menschen (vgl. Heider 1958, S. 16).

Das Modell von Heider wurde in den darauf folgenden Jahren und Jahrzehnten weiterentwickelt und für unterschiedliche Wissenschaftsbereiche nutzbar gemacht. Einer der Forscher, die die Attribuierungstheorie weiter führten, war Bernard Weiner. Außer der bei Heider schon beschriebenen Aufteilung in innere und äußere Gründe als für Ereignisse herangezogene Erklärungen entwickelte Weiner zwei weitere Bereiche und fragte: Wie kontrollierbar ist ein Ereignis? Und: Wie wirken sich Zuschreibungen (Attribuierungen) auf Gefühle und Handlungen von Menschen aus? (vgl. Weiner 1985, S. 548). Wenn jemand glaubt, dass Gründe für ein Ereignis stabil oder kontrollierbar sind, dann beeinflusst das die Erwartungen dieser Person, ob sie in Zukunft bei ähnlichen Ereignissen erfolgreich sein wird.

Das Erwartungsprinzip ist für die Attribuierungstheorie wichtig (vgl. Stiensmeier-Pelster/Schwinger 2008, S. 75). War ein Kind zum Beispiel bei einer Aufgabe in der Schule erfolgreich, so vertraut es darauf, auch in Zukunft wieder eine solche Aufgabe gut meistern zu können. Allerdings hat es dieses Vertrauen nur dann, wenn es für sich sogenannte stabile Ursachen dahinter erkennt. Solche Ursachen können sein, dass das Kind Talent für dieses Fach hat oder dass das Kind dieses Fach schon immer leicht fand. Wenn es die Aufgabe gut gelöst hat, weil der Lehrer neu war oder weil es zufällig wichtige Informationen hatte, ist die Erwartung an zukünftigen Erfolg nicht unbedingt gegeben.

Ob ein Mensch glaubt, die Ursache oder „die Schuld“ für das was passiert, liegt in den beteiligten Personen oder in der Umwelt und in der Situation, beeinflusst seine Gefühle, zum Beispiel Wut, Dankbarkeit, Schuld, Hoffnungslosigkeit, Mitleid, Stolz oder Scham. Erwartungen und Gefühle wiederum beeinflussen Handeln und Verhalten. Insofern beeinflusst das Denken von Menschen auch ihre Gefühle und ihre Aktivitäten (vgl. Weiner 1985, S. 548). So ist etwa Erfolg nur dann mit Stolz oder Selbstbewusstsein verbunden,

wenn er internal verursacht ist, das heißt, wenn die Ursache aus Sicht der erfolgreichen Person in ihr selbst liegt. Das Gefühl von Scham oder Schuld löst ein Misserfolg zum Beispiel dann aus, wenn der Betroffene ihn auf eigene Unfähigkeit oder zu geringe Anstrengung zurückführt (vgl. Stiensmeier-Pelster/ Schwinger 2008, S. 77). Diese Erfahrungen verankern sich im Gehirn und beeinflussen das Verhalten bei wiederkehrenden und ähnlichen Situationen:

„Die mit Erfolg und Misserfolg einhergehenden Gefühle werden im affektiven Gedächtnis gespeichert und motivieren gemeinsam mit den Erfolgserwartungen leistungsbezogenes Verhalten“ (vgl. Stiensmeier-Pelster/ Schwinger 2008, S. 77).

Für ADHS spielt die Attribuierungstheorie unter anderem im Zusammenhang mit einem „innerpsychologischen Teufelskreis“ (Pfanzelt 2011, S. 60) eine Rolle. In diesen geraten Kinder dadurch, dass ihnen schlechte Leistungen zugeschrieben werden und sie diese auf internale Aspekte zurückführen wie mangelnde Intelligenz oder Unfähigkeit zur guten Vorbereitung auf Prüfungen. Durch diese Gefühle entmutigt, erwarten sie von sich nicht, in Zukunft bessere Leistungen zu erzielen und schaffen es dementsprechend auch nicht. Bei Erfolgen werden anstelle internaler nun external-variable Faktoren als Begründung herangezogen (vgl. Walter/ Döpfner 2009, S. 18). Das heißt, wenn etwas gelungen ist, werden äußere Bedingungen als Gründe gefunden, die nicht im Einflussbereich der Betroffenen liegen, etwa Zufall, eine günstige Situation oder Ähnliches. In ihrer Arbeit über ADHS und Lernschwierigkeiten beschreibt Luciana de Arêa Leão Borges die Auswirkungen negativer Zuschreibungen, die real oder wahrgenommen sein können:

„Das sozial gebrandmarkte Individuum verleibt sich soziale Muster ein, willigt ein in die mangelhafte Form, wie der andere ihn sieht, und somit glaubt es am Ende an seine Unterlegenheit, die sogar von einem gewissen Schamgefühl begleitet ist, weil es glaubt bestimmte Attribute nicht zu haben“ (de Arêa Leão Borges, 2010, S. 118).

Die Attribuierungstheorie weist eine Nähe zum Begriff des Stigmas auf. Nach Goffman (1963) beruht Stigmatisierung auf der Wahrnehmung durch andere. Stigmata wandeln sich außerdem, da es Zeiten gab, in denen Menschen mit bestimmten Merkmalen stigmatisiert wurden, für die sie heute nicht mehr ausgegrenzt würden (vgl. Bierhoff 2006, S. 349). Auch sind Stigmata, ebenso wie Attribuierungen, kulturell unterschiedlich, wie im Verlauf dieses Kapitels noch deutlich werden wird. Ein Stigma geht auf soziale Diskriminierung zurück, kann aber auch – was zunächst paradox erscheinen mag – als Vorteil genutzt werden, nach der Hypothese, „dass Personen, gegen die Vorurteile bestehen, diese benutzen können, um ihre Misserfolge psychologisch zu neutralisieren“

(Bierhoff 2006, S. 379). Beispielsweise könnte ein Schüler mit Migrationshintergrund seine mangelnden Erfolge in der Schule damit begründen, dass er sich als Opfer rassistischer Vorurteile sieht.

Die Zusammenhänge zwischen kulturellen und interkulturellen Aspekten sowie Attributionen und Stigmata sollen hier zur Illustration kurz angerissen werden, werden aber im weiteren Verlauf der Arbeit noch vertieft. Hierzu forschten unter anderem Schreiber, Lenz und Lehmkuhl (2004). Sie verglichen die Einstellungen deutscher und türkischer Mädchen in Deutschland und ihre Attributionen in Bezug auf Krankheit. Dabei fanden sie heraus, dass die jungen Türcinnen häufiger die Gründe für Erkrankungen in äußeren Gegebenheiten sahen als die Deutschen. Türkische Migranten mit psychischen Erkrankungen begründeten auch in einer weiteren Studie (Franz et al. 2007) Krankheiten eher mit externalen Ursachen als deutsche Erkrankte.

In Bezug auf Kinder mit ADHS und ähnlichen Befunden untersuchten Charlotte Johnston und Jeneva Ohan die Bedeutung elterlicher Zuschreibungen bezüglich ihrer Kinder (2005). In psychologischen Studien fanden sie Hinweise darauf, dass die Eltern von Kindern mit störendem Verhalten häufig kausale Begründungszusammenhänge und Entscheidungen äußern. Dies zeige sich etwa in Behauptungen, das Verhalten der Kinder habe mit der Ernährung zu tun oder mit einer Ehescheidung. Diese kausalen Erklärungen schienen manchmal mehr über die Eltern-Kind-Beziehung und die Eltern selbst als über die Kinder auszusagen. Interessant für die Forscherinnen war dabei, dass diese Begründungen der Realität mehr oder weniger entsprachen. Die Attributionen der Eltern in Bezug auf ihre Kinder fungierten als ein Interpretationsfilter, der dem Verhalten der Kinder eine Bedeutung gab und die Gefühle und Reaktionen der Eltern darauf steuerte. Johnston und Ohan beziehen sich auf Weiner und die von ihm aufgestellten Dimensionen Ort (innen oder außen), Kontrolle und Stabilität. Danach kann ein Kind sich auf eine bestimmte Weise verhalten, weil es innere Gründe wie seine Persönlichkeit oder äußere Gründe wie seine Eltern gibt. Kontrollattributionen beziehen sich darauf, ob das Kind die Gründe für sein Handeln als kontrollierbar (etwa durch Anstrengung) oder unkontrollierbar (zum Beispiel wegen Krankheit) sieht. Stabilität zeigt an, ob das Kind davon ausgehen kann, dass die gleichen Gründe immer wieder „funktionieren“ werden oder nicht.

Die Art der Attribuierung, die die Eltern wählen, sagt nach Johnston und Ohan etwas über ihre Beziehung zum Kind aus und beeinflusst den weiteren Verlauf des Alltags mit ADHS. So stellten sie fest, dass Eltern von Kindern mit ADHS eher als andere Eltern negatives Verhalten der Kinder als internale Probleme sehen und als länger andauernd. Auch hielten sie ihren Kindern seltener deren positives Verhalten zugute, sondern sahen die Gründe dafür in äußeren, nicht-kontrollierbaren, instabilen Faktoren. Je nachdem, wie sie die Gründe für das Verhalten ihrer Kinder sehen, entscheiden Eltern sich auch zum Beispiel für Behandlungen und für ihre eigene aktive Beteiligung an diesen Behandlungen.

Eine Reihe von psychologischen und schulpsychologischen Studien ist in den letzten ungefähr 15 Jahren entstanden, die auf Wissenslücken bei Eltern und insbesondere Lehrkräften in Bezug auf ADHS hinweisen (zum Beispiel West et al. 2005, Sciotto/ Terjesen/ Bender Frank 2000, Anderson et al. 2013). Mangelnde Kenntnisse etwa über anscheinend unangemessenes Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit ADHS führen dazu, dass Lehrer dieses Verhalten auf andere Ursachen zurückführen (vgl. West et al. 2005, S. 205).

Auch besteht – gewissermaßen umgekehrt - die Gefahr, dass Störungen, Desinteresse und mangelnde Aufmerksamkeit mit ADHS in Verbindung gebracht werden können. Angesichts der weitverbreiteten und damit bei Lehrkräften im Bewusstsein präsenten Diagnose ADHS wird hier möglicherweise manches Mal nicht so genau hingesehen und der Verdacht vorschnell geäußert. De Arêa Leão Borges geht davon aus, dass diese schnelle Zuschreibung mit einem Verständnis von Schule und von Lehren zusammenhängt, dass überholt sein sollte und zu dem sie einen Gegenentwurf vorschlägt. Sie bezieht sich auf den brasilianischen Pädagogen Paulo Freire und schreibt:

„Wir sprechen hier von einem durch den Dialog erleichterten Verständnis, das Freire als horizontale Beziehung auffasst, frei von jeder autoritären Spur, die manchmal in den schulischen Machtverhältnissen, zwischen Lehrer und Schüler, sichtbar wird [...]. Die [...] Stimme des Unterdrückten ist Ergebnis eines vertikalen Dialogs, der ihn missachtet und seine individuellen, stets aus einer sozialen Praxis entspringenden Ausdrucksweisen zurechtstutzt“ (de Area Leao Borges 2010, S. 107).

2.2 Sprache und Interkulturalität

Kommunikation ist ein relevanter Aspekt im Themenfeld interkultureller Erfahrungen. Die Schnittstellen zwischen Eltern und den professionellen Akteuren, mit denen sie im Zusammenhang mit einer möglichen ADHS-Diagnose ihrer Kinder zu tun haben, sind von vielen verschiedenen Kommunikationsgewohnheiten der beteiligten Seiten geprägt. Dabei sind die medizinische Fachsprache oder die pädagogischen Ausdrucksweisen von Ärzten und Ärztinnen sowie von Lehrkräften für viele Eltern schwer zu verstehen. Dies gilt auch, wenn alle die gleiche Muttersprache haben und etwa als deutsche Eltern mit deutschen Fachkräften sprechen. Umso mehr jedoch gilt es, wenn die Beteiligten unterschiedliche Sprachkenntnisse mitbringen.

Nicht nur unterschiedliches Sprachwissen bildet eine Barriere. Wo Menschen ungleicher ethnischer oder kultureller Herkunft zusammenkommen, ist eine gemeinsame Sprache hilfreich, aber häufig nicht ausreichend für eine gute Kommunikation. Für eine kultursensible Zusammenarbeit ist es notwendig, sich zu überlegen, was mit Kultur gemeint ist. Grützmann, Rose und Peters (2012) unterscheiden zwischen einem klassisch-essentialistischen und einem konstruktivistischem Kulturverständnis. Nach Ersterem sind Kulturen in sich abgeschlossen. Sie sind ethnisch begründet und bringen häufig Stereotype mit sich. Grützmann, Rose und Peters plädieren für ein konstruktivistisches Kulturverständnis, das komplex und dynamisch ist und neben Ethnie auch Aspekte wie Gender, Alter, materiellen Status oder Glauben umfasst (2012, S. 325). Zudem beeinflussen sich Kulturen gegenseitig (vgl. Hornakova 2009, S. 154) und verändern sich dadurch.

In der interkulturellen Kommunikation geht es nicht unbedingt darum, Wissen über Länder oder Religionen zu haben. Solches Wissen kann in Einzelfällen wichtige Hintergrundinformationen bieten und Verständnis erleichtern. Es kann aber auch zu neuen Missverständnissen führen, zum Beispiel, wenn eine deutsche Ärztin mit einem ratsuchenden arabischen Vater zusammentrifft: Sie „weiß“, dass muslimische Männer einer Frau zur Begrüßung nicht die Hand geben, tut es also auch ihrerseits nicht. Das wiederum kann der arabische Vater, der ja wiederum erfahren hat, dass Menschen sich in Deutschland geschlechterunabhängig die Hand reichen, als Arroganz oder Desinteresse der Ärztin missverstehen. Stattdessen ist es hilfreicher, sich bewusst zu machen, dass Kulturen dynamisch sind und dass es um das jeweilige Individuum geht und um

dessen eigene, persönliche Kultur. Diese kann nur erfasst werden mit einer respektvollen, offenen Einstellung. Erforderlich ist ein möglichst wenig ethnozentristisches Zugehen auf den anderen und eine „Haltung der Achtung, des Zuhörens und des (kontinuierlichen) Lernens“ (Grützmann/ Rose/ Peters 2012, S. 327, Klammer im Original).

Ohne eine interkulturelle Offenheit der Beteiligten kann es zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen von Äußerungen oder vermeintlichen Aussagen kommen. Zudem gibt es Unsicherheiten und Unklarheiten bei vielen Zugewanderten in Deutschland, zum Beispiel über die Aufgaben der vielen verschiedenen medizinischen und anderen professionellen Dienste. Viele Menschen haben schlechte Erfahrungen mit Institutionen gemacht oder Angst vor Behörden (vgl. Gaitanides 2004, S. 34). Sie können nicht einschätzen, welchen Beratungsstellen sie vertrauen können und wie sie mit (vermeintlichen) Autoritätspersonen umgehen sollen.

Oft fehlt es an Sicherheit, vom Gegenüber verstanden und ohne Vorurteile gesehen zu werden (vgl. Gaitanides 2004, S. 34). Wenn Menschen sich nicht kultursensibel beraten und behandelt fühlen, kann es zum Abbruch der Zusammenarbeit kommen (vgl. Grützmann/ Rose/ Peters 2012, S. 324). Die Beratung in deutschen sozialen und auch medizinischen Einrichtungen ist häufig mittelschichtorientiert. Von den Ratsuchenden wird Selbstreflexion und Entscheidungsfähigkeit erwartet, die diese wiederum oft als mangelndes Können und fehlendes Interesse der professionellen Sozialarbeiter oder Ärzte bewerten (vgl. Gaitanides 2004, S. 34). „Spezialisierte Problemlösungsbearbeitung bzw. Delegation von Teilproblemen an andere Einrichtungen wird als Zurückweisung erlebt“ (Gaitanides 2004, S. 34). Zudem ist zu berücksichtigen, dass es Familien gibt, in denen bestimmte Entscheidungen nicht dem Einzelnen überlassen sind, sondern gemeinsam getroffen werden. Grützmann et al. sprechen von einer „We-identity“ anstelle von „I-identity“ (Grützmann/ Rose/ Peters 2012, S. 326).

Gaitanides fordert, dass es eher nicht die Hilfesuchenden, sondern die Einrichtungen und Dienste sind, die den Abbau von Hindernissen übernehmen müssen:

„Dabei tragen die Mächtigeren in der Kommunikation – die mit institutionellen Machtmitteln und überlegenem Expertenwissen ausgestatteten Professionellen – eine besondere Verantwortung“ (Gaitanides 2004, S. 34).

Diese Forderung gilt erst recht, wenn man überlegt, dass viele gesundheitliche Probleme von Zugewanderten durch ihre spezielle Situation entstanden sind oder dadurch verstärkt werden, etwa weil sie psychisch belastet sind durch Ausgrenzung und Stigmata (vgl. Körtner 2007, S. 184).

Für den Bereich der Medizin kommen zu den oben beschriebenen interkulturellen Verständigungsschwierigkeiten und unterschiedlichen Auffassungen über die Aufgaben der Institutionen weitere Aspekte hinzu. Diese betreffen unter anderem die Pflege- und Medizinethik. Es haben sich eine interkulturelle und eine transkulturelle Ethik in diesem Arbeitsfeld entwickelt, die sich mit dem sensiblen Umgang mit Menschen unterschiedlicher kulturell-religiöser Herkünfte und mit kulturübergreifenden Werten in der Medizin befassen (vgl. Körtner 2007, S. 183). Dazu werden hier neben biomedizinischen Erkenntnissen auch die „Sinnordnungen“ und „subjektiven Wissens- und Sinnhierarchien“ (Körtner, 2007 S. 183 f.) von Gesellschaften und Einzelpersonen berücksichtigt.

Strategien zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern, Beratungsstellen und anderen Einrichtungen sind vielfach erarbeitet worden (zum Beispiel Machleidt 2002, Gaitanides 2004, Körtner 2007). Diese Diversity-Ansätze beinhalten die Einstellung von Personal unterschiedlicher kultureller Hintergründe, Dolmetschdienste sowie mehrsprachige Informationen und Angebote. Das Dolmetschen und sprachliche Übersetzen sollte von fachkompetenten Personen geleistet werden, nicht etwa von Familienmitgliedern oder Pflegepersonal. Eine „meinungsbasierte Färbung des Inhalts“ (Grützmann/ Rose/ Peters 2012, S. 326) muss vermieden werden. Zudem ist auch der Einsatz von Kulturmediation und muttersprachlichen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen denkbar (vgl. Machleidt 2002, S. 1209). Außerdem werden für das Gesundheitssystem Kooperationen mit migrantischen Gruppen, Forschungsprojekte und Fortbildungsmaßnahmen des Fachpersonals gefordert (vgl. Najjar 2010, S. 21).

Für das System Krankenhaus könnte in der klinischen Ethikberatung auch eine interkulturelle Beratung und Mediation angesiedelt sein. Hierzu gibt es bereits Konzepte, die Handlungsempfehlungen oder Praxisinstrumente für konkrete Fälle beinhalten, etwa einen „Fragebogen, mit dessen Hilfe die jeweiligen Erklärungsmodelle [...] u.a. bzgl. der Wahrnehmung der jeweiligen Erkrankung“ bearbeitet werden können (Grützmann/ Rose/ Peters 2012, S. 331). Auch die Integration interkulturellen Denkens in medizini-

schen Ausbildungen ist notwendig, was zum Teil bereits stattfindet, aber noch nicht in ausreichendem Maße (vgl. Grützmann/ Rose/ Peters 2012, S. 329 f.).

In einer Studie hat Hornakova eine Befragung unter Medizinstudierenden durchgeführt, in der es um interkulturelle und insbesondere um Sprachkompetenz ging. Die Erhebung ergab, dass über 30 Prozent der Befragten zugaben, Vorurteile gegenüber migrantischen Patienten und Patientinnen zu haben. Gleichzeitig war ein Großteil aber auch der Meinung, dass fremdsprachliche Terminologiekenntnisse und grundsätzlich Fremdsprachenkenntnisse notwendig seien. Die Frage, ob sie auch non-verbale Kommunikation verwendeten, bejahten 60 Prozent. Ein Problembewusstsein und der Wunsch, daran zu arbeiten, waren aus dieser Studie also erkennbar. Zur Überbrückung der fehlenden Sprachkenntnisse und um dennoch respektvoll und hilfreich mit den Patientinnen und Patienten zu arbeiten, schlägt die Autorin den Einsatz einer einfachen Sprache vor (Hornakova o. J., S. 158). Damit entspricht sie dem Hinweis des Netzwerkes Leichte Sprache: „Leichte Sprache hilft auch Migrantinnen und Migranten, für die Deutsch eine Fremdsprache ist“ (Netzwerk Leichte Sprache 2014, S. 1). Die sogenannte Leichte Sprache, die im Rahmen der Umsetzung der UN Behindertenrechtskonvention in Deutschland an Bedeutung gewonnen hat, kann auch für die Kommunikation mit Familien mit Migrationshintergrund hilfreich sein.

2.3 Kommunikation und Sprache in Migrationsfamilien

Die Familie ist in der Regel der Ort, an dem Kinder zu sprechen lernen. Mit der Sprachvermittlung geben die Eltern und andere Familienmitglieder Werte, Normen und kulturelles Wissen an ihre Kinder weiter, und in vielen Familien mit Migrationshintergrund wird die Muttersprache der Eltern gesprochen (vgl. Lattouf 2008, S. 7). Das deutschsprachige Umfeld, das spätestens mit der Einschulung zu einem weiteren wichtigen Lebensbereich der Kinder wird, vermittelt ebenfalls sowohl Sprache als auch Regeln, Verhaltensweisen und andere kulturelle Aspekte. Hieraus können innerhalb der Familie Konflikte entstehen, so dass Lattouf formuliert: „Für viele ausländische Eltern ist Schule eine Bedrohung ihrer familiären Zukunft“ (Lattouf 2008, S. 7).

Diese Bedrohung ergibt sich unter anderem aus dem vielfältigen Wertesystem, in dem die Kinder aufwachsen. Normen der deutschen Gesellschaft stimmen manchmal nicht

überein mit denen der Herkunftskultur der Eltern. Der kulturelle Hintergrund bildet ein System, in dem die Geschehnisse des Alltags Sinn ergeben. Das System ist wie ein Gerüst, das Sicherheit vermittelt, weil in ihm klar ist, wer sich wann wie verhalten muss. Dieses Gerüst ist bei vielen Eltern das, was sie aus dem Herkunftsland mitgebracht haben. In Deutschland erleben sie nun, dass es hier häufig nicht verstanden wird (vgl. Hoffmann, 2013, S. 133). Sogar die eigenen Kinder stellen ihr bekanntes kulturelles System in Frage, weil sie mit einem ganz anderen System konfrontiert sind (vgl. Hoffmann 2013, S. 133 f.) und sich etwa in der Schule jeden Tag in diesem System ihren Platz erarbeiten müssen. Manche Kinder mit Migrationshintergrund wachsen so in einem „Spannungsfeld auf [...], dessen Pole die westlichen Werte des Gastlandes einerseits und die traditionellen Werte des Herkunftslandes andererseits bilden“ (Leweke et al. 2007, S. 443).

Wichtig ist der Hinweis darauf, dass solche Beobachtungen nicht verallgemeinert werden dürfen. So kann davon ausgegangen werden,

„dass auch die Lebenswelten und Biografien junger Muslime in Deutschland hochgradig modernisiert sind, allerdings je nach sozialer Gruppe in spezifischer Weise“ (Wen-sierski/ Lübcke 2006, S. 18).

Der Blick mancher deutscher medizinischer Fachkräfte auf Migrationsfamilien verkennt die immense Veränderungsbereitschaft und Flexibilität, die migrierte Familien aufbringen, wenn sie „Mitgebrachtes“ unter den Bedingungen der Migration in Frage stellen und auch ihr Erziehungsverhalten an das neue Umfeld anpassen (Reindl 2011, S. 17).

Nicht nur innerhalb der Familie kann die kulturelle Vielfalt zu Konflikten führen. Sie bringt auch im Außen erschwerte Kommunikation mit sich, wenn deutsche Sozialarbeiter oder Ärztinnen althergebrachte Ansichten vorschnell verurteilen und durch „unsensible Konfrontation traditioneller Familien mit ‚modernen‘ Wertvorstellungen und Verhaltensmustern“ (Gaitanides 2013, S. 160) eine Hürde aufbauen, die den Zugang zu Beratungsstellen, Lehrkräften oder medizinischen Einrichtungen noch erhöht.

In jedem Land spielt im Zusammenhang mit Migration und Integration die betreffende Landessprache eine wichtige Rolle. Es scheint in Deutschland mittlerweile breiten Konsens darüber zu geben, dass die Beherrschung des Deutschen die Grundlage für eine Teilhabe an der hiesigen Gesellschaft sei (vgl. Alicke et al. 2010, S. 36 oder Ahamer

2012, S. 12). Für die deutsche Bundesregierung gilt: „Das Erlernen der deutschen Sprache bildet das Fundament gelingender Integration“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2014, S. 54). Vor diesem Hintergrund werden Zugewanderten über das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Integrationskurse angeboten, die aus einem längeren Sprachkurs und einem kurzen Orientierungskurs bestehen. Diese Kurse sind im seit 2015 bestehenden Zuwanderungsgesetz verankert (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2014, S. 54 ff.). Eine Berechtigung zur Teilnahme haben allerdings nur Personen, die einen langfristigen Aufenthaltstitel bekommen. Menschen, die sich als nicht anerkannte Flüchtlinge in Deutschland aufhalten (und zu diesen gehören gerade zur Zeit viele Personen aus arabischen Ländern, vor allem Syrien), haben keinen Anspruch auf einen Integrationskurs. Wenn sie einen Deutschkurs machen wollen, müssen sie diesen auf privater Basis belegen und selbst bezahlen.

Obwohl immer wieder das Prinzip angeführt wird „Sprache ist der Schlüssel für erfolgreiche Integration“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2014, S. 56), gilt gerade für Deutschland, dass es nicht nur mangelnde Deutschkenntnisse sind, die eine Teilhabe an der Gesellschaft für viele Zugewanderte erschweren. Besonders in Bezug auf Kinder sind es auch sozioökonomische Lagen, die Erfolge - vor allem Schulerfolge – beeinflussen, wie die PISA-Bildungsvergleichsstudien gezeigt haben (OECD 2014, S. 274). Zudem spielt im deutschen Bildungssystem der Bildungshintergrund der Eltern eine wichtige Rolle für die Schulleistungen ihrer Kinder (vgl. Alicke et al. 2010, S. 36).

Eine besondere Fähigkeit, die viele Kinder und ihre Eltern mit Migrationshintergrund haben, nämlich Zwei- oder sogar Mehrsprachigkeit, wird dabei kaum anerkannt. Dahinter steht unter anderem ein in vielen Fällen nicht mehr zeitgemäßes Verständnis von Wanderung, das die Transnationalität, die für viele Menschen in einer globalisierten Welt selbstverständlich geworden ist, ignoriert (vgl. Pries 2013, S. 24). Statt dessen wird davon ausgegangen, dass der Aufenthalt hier eine endgültige Entscheidung für ein Leben in Deutschland ist. Zu diesem Aufenthalt gehöre eine enge Bindung an die deutsche Sprache. Jedoch gilt diese Erwartung nicht für alle Zugewanderten, sondern sie ist mit sozioökonomischen und anderen Leistungen verknüpft, denn zum Beispiel wird wenig Anstoß daran genommen, dass viele in Berlin lebende US-amerikanische Personen oder in Düsseldorf arbeitende Menschen aus Japan kein Deutsch sprechen. Von Menschen mit Herkunftshintergrund aus den arabischen Ländern werden jedoch Deutsch-

kenntnisse erwartet und es werden nicht-deutsche Sprachkenntnisse sogar als Defizite wahrgenommen. So schreibt Lattouf über arabische Eltern und formuliert, dass einige von ihnen

„an so erheblichen Sprach- und Bildungsdefiziten [leiden], dass sie weder in der Lage sind, ihnen Sprachhilfen zu geben noch bei den Hausaufgaben (sic!) zu helfen“ (Lattouf 2008, S. 8).

Familien, in denen Eltern wenig Deutsch sprechen, stehen häufig nicht nur vor der Situation, dass geringe Deutschkenntnisse als ganz generelles „Sprach- und Bildungsdefizit“ gesehen werden. Auch werden Deutschkenntnisse in Behörden, Schulen oder medizinischen Einrichtungen vorausgesetzt. Dolmetschdienste werden kaum in solchen Institutionen in Deutschland vorgehalten (vgl. Ahamer 2012, S. 12). Stattdessen sind es oft die Kinder, die für ihre Eltern dolmetschen. Über die Bedeutung dieser anspruchsvollen Aufgabe für die betroffenen Kinder hat Ahamer gearbeitet. Sie hat eine empirische Studie durchgeführt, in der sie darauf hinweist, dass diese Kinder viel leisten, aber diese Tätigkeit für sie auch schwierig ist (vgl. Ahamer 2012). Da Kinder in Migrationsfamilien häufig schneller Deutsch können als ihre Eltern, werden sie gelegentlich gebeten, zu übersetzen oder zu dolmetschen. Dass sie nicht die Lebenserfahrung eines Erwachsenen haben, kann dabei zu Verzerrungen und psychischer Belastung führen. Auch können sie viele Fachbegriffe nicht übersetzen, etwa medizinische Ausdrücke, obwohl die richtigen Wörter hier oft wichtig sind. Problematisch ist es auch, wenn sie Gespräche übersetzen, in denen es um sie selbst geht, etwa in der Schule oder in der ärztlichen Praxis. Auch ist Streit in der Familie möglich, wenn Eltern sich nicht richtig wiedergegeben fühlen oder misstrauisch sind, ob das Kind korrekt übersetzt. Die Untersuchung von Ahamer hat aber auch ergeben, dass viele Kinder das Dolmetschen als selbstbewusstseinssteigernd erleben (vgl. Ahamer 2012).

2.4 Kulturelle Differenzen in Familienleben und Alltag

Dieser und der folgende Abschnitt sollen einen Einblick geben in Unterschiede im kulturellen Verstehen und Handeln zwischen in Deutschland lebenden Familien arabischer und muslimischer Hintergründe einerseits und Deutschen ohne Migrationshintergrund andererseits. Hierbei ist zu beachten, dass solche Zweiteilungen die Gefahr der Vereinfachung bergen, da es natürlich viele verschiedene Ausprägungen

auch innerhalb von Kulturen gibt und nicht von **einer** „deutschen“ oder **einer** „muslimisch-arabischen“ Kultur gesprochen werden kann.

Um darauf hinzuweisen, dass es dennoch Bereiche gibt, die als konflikthaft erlebt werden, sollen bei aller Umsicht in Bezug auf den Kulturbegriff hier gewisse Differenzen thematisiert werden. Sie bestehen auf verschiedenen Ebenen: Fragen zu den Beziehungen zwischen den Geschlechtern, zwischen Eltern und Kindern stellen sich im alltäglichen Leben. Wie die Beziehung zwischen Ärztin/Arzt zu den Ratsuchenden oder Erkrankten gestaltet wird, berührt Aspekte der Gesundheitsversorgung. Die Betrachtung dieser Beziehung zwischen Medizinerinnen und betroffenen Laien steht vor dem Hintergrund arabisch-muslimischer Krankheitsverständnisse, die im nächsten Abschnitt behandelt werden. Im Zusammenhang mit ADHS sind diese Fragenkomplexe für die betroffenen Familien und für die behandelnden medizinischen Fachkräfte wichtig, aber auch für Lehrkräfte, die mit den Familien zu tun haben.

2.4.1 Genderaspekte

Die Geschlechterthematik in Bezug auf in Deutschland lebende Menschen islamischer Religion ist geprägt von einem kritischen, von außen kommenden Blick, den viele Deutsche auf die Beziehung zwischen muslimischen Männern und Frauen richten. Zentrales Symbol ist dabei das Kopftuch; hierzu gibt es eine breite, auch wissenschaftliche Debatte (zum Beispiel: Berghahn/ Rostock 2009, Haug/ Reimer, 2005). Das Kopftuch markiert die Verschiedenheit der Geschlechter und damit zunächst auch anscheinend die Ungleichheit zwischen ihnen. Es lässt sich jedoch ausführen, dass auch in einer westlich-christlichen Gesellschaft viele unterschiedliche Meinungen darüber bestehen, inwieweit Männer und Frauen sich sichtbar und bewusst voneinander unterscheiden sollten. Auch Fragen nach der Gleichberechtigung, ob sie erreicht ist und wie sie erreicht werden kann, sind in der deutschen Mehrheitsgesellschaft überhaupt nicht geklärt (vgl. Rommelspacher 2009, S. 34).

Das Kopftuch und andere Formen der Verschleierung sind mit Emanzipation gut vereinbar: Das zeigen junge muslimische Frauen der sogenannten zweiten und dritten Einwanderungsgeneration, die sich darauf zurückbesinnen und gleichzeitig berufstätig und bildungsinteressiert sind (vgl. Rommelspacher 2009, S. 35). In Bezug auf die Berufstätigkeit von Frauen hat bei Lattouf, die in ihrer Erhebung die Situationen der von

ihr untersuchten palästinensischen und libanesischen Familien abgefragt hat, ergeben, dass 80 % der Mütter nicht außerhalb des Hauses berufstätig sind, sondern Hausfrauen sind (vgl. Lattouf 2008, S. 161). Es ist eine differenzierte Perspektive notwendig, wenn es um Fragen der Geschlechterbeziehungen innerhalb muslimischer Gruppen und zwischen muslimischen und nicht-muslimischen Bevölkerungsteilen geht:

„Die Gegenüberstellung ‚westlicher‘ Freiheit und ‚islamischer‘ Unterdrückung führt zu einer zu simplen Polarisierung der Welt, wodurch die Spannung der jeweils widersprüchlichen Gegenwart aufgehoben wird“ (Rommelspacher 2009, S. 36).

2.4.2 Eltern-Kind-Beziehung

In traditionellen muslimisch-arabischen Gesellschaften ist die Familie als Rahmen und Lebensmittelpunkt von besonderer Bedeutung:

„Sie ist die hauptsächliche soziale Institution und beteiligt sich im Vergleich zu westlichen Familien viel mehr an der Persönlichkeitsentwicklung, dem Krankheitsverhalten, Krankheitsmustern und -verarbeitung“ (Najjar 2010, S. 25).

Ein Geben und Nehmen prägt die Beziehungen innerhalb der Familie, die ihren Mitgliedern Schutz und Unterstützung bietet, aber auch die Übernahme ihrer Normen erwartet (vgl. Najjar 2010, S. 25). Je nach Familienkultur und Milieu machen muslimische Familien ihren Kindern und Jugendlichen mehr oder weniger deutlich, wo sie Grenzen in Bezug auf hiesiges modernisiertes, liberalisiertes, freizeitorientiertes und individualisiertes Verhalten setzen (vgl. Wensierski/ Lübcke 2006, S. 18). Dies gilt häufig besonders für Mädchen, von denen sich manche in ihren Entfaltungsmöglichkeiten eingeschränkt fühlen, andere aber die „normativen Orientierungen von Familie und Herkunftsmilieu“ (Wensierski/ Lübcke 2006, S. 18) problemlos und gerne annehmen.

2.4.3 Beziehung zwischen medizinischen Fachkräften und Patienten oder Ratsuchenden

Muslimische Patientinnen und Patienten, die gläubig sind und traditionelle islamische Krankheitsvorstellungen haben, finden sich im deutschen Gesundheitssystem oft mit ihren Vorstellungen nicht verstanden. Umgekehrt berichtet medizinisches Personal in deutschen Einrichtungen gelegentlich von Konflikten, die aus ihnen unbekanntem Wertvorstellungen resultieren (vgl. Kronenthaler et al. 2014, S. 63). In einer Untersuchung forschten Kronenthaler et al. über Konflikte zwischen deutschem Pflegepersonal und muslimischen Patienten und Patientinnen. Als besonders wichtig

ergaben sich die Aspekte Gynäkologie, Körperpflege, Medikamentengabe, Mahlzeiten, Besucherzeiten und Routineuntersuchungen (vgl. Kronenthaler et al. 2014, S. 65).

Gelegentlich erschweren sprachliche Barrieren die Kommunikation. Aber auch die genaue Darstellung von Symptomen, die deutsche Ärzte und Ärztinnen von Kranken erwarten, gibt es bei vielen muslimischen Patientinnen und Patienten nicht. In deutschen Einrichtungen des Gesundheitssystems wird erwartet, dass der Patient oder die Patientin möglichst genau über die eigene Krankheit erzählt, während etwa in der Türkei solche Aussagen eher dem Arzt oder der Ärztin überlassen werden. Nur wenn er oder sie diese auch trifft und sich nicht zuviel über die eigenen Ansichten der erkrankten Person informiert, wird sie oder er als kompetent wahrgenommen (Muthny/ Bermejo 2009, S. 6). Ein intensives Wissen über körperliche Vorgänge, wie es in westlichen Ländern angetroffen werden kann, besteht unter anderem aus religiösen Gründen oft nicht, „da viele körperliche Bereiche strengen Glaubensvorschriften unterliegen und die Schamgrenze sehr hoch ist, über diese Tabubereiche zu reden“ (von Bose/ Terpstra 2012, S. 22). Das gilt besonders für Beschwerden und Vorgänge, die mit der Sexualität zu tun haben (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 39).

Aufgrund eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es zudem passieren, dass das Hauptproblem nur ungefähr dargestellt wird und Nebensymptome sehr detailliert (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 22). Ein muslimischer Arzt wird darüber hinaus nicht verwundert darüber sein, wenn in einer traditionell muslimischen Familie der Ehemann bei einer Untersuchung seiner Frau mit anwesend ist und auch für sie spricht (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 40). Gegenüber einem Arzt oder einer Ärztin kann nach traditionellem Verständnis der Körper nur gezeigt und Körperkontakt nur zugelassen werden, wenn der Mediziner/die Medizinerin vom gleichen Geschlecht wie die kranke Person ist (vgl. Kronenthaler et al. 2014, S. 63). Unabhängig davon sind Berührungen, die für die Behandlung nicht nötig sind, in der medizinisch-pflegerischen Beziehung eher nicht gewünscht, was non-verbale Kommunikationsanteile erschwert (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 29). Körperkontakt ist in der Behandlungssituation aber auch nicht völlig ausgeschlossen, da er im Notfall gestattet ist. Eine Krankheit kann in der Regel als ein solcher Notfall verstanden werden (Ilkilic 2006, S. 2 f.).

Da die Familie in die Krankheit und vor allem in den Heilungsprozess in vielen muslimischen Kulturen mit einbezogen wird, müssen muslimische oder interkulturell arbeitende medizinische Einrichtungen sich darauf einstellen, dass Familienmitglieder mit zu Untersuchungen kommen und im Krankenhaus viele Angehörige das erkrankte Familienmitglied besuchen möchten (vgl. Kronenthaler et al. 2014, S. 64).

2.5 Krankheitsverständnis in der islamisch-arabischen Kultur

Darauf, dass Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit eng mit der Kultur verbunden sind, weisen Muthny und Bermejo hin (vgl. Muthny/ Bermejo 2009 S. 11). So ist zum Beispiel ein Glaube an Ahnengeister und ihre Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand eines Menschen in vielen Kulturen sehr üblich (vgl. Muthny/ Bermejo 2009, S. 3). Im Nahen Osten findet sich bis heute in traditionellen Regionen oder Bevölkerungsgruppen die Anwendung traditioneller Medizin (vgl. Kizilhan 2009, S. 281). So sind es zum Beispiel „arabische Ärzte, die in der Tradition der ‚Viersaftlehre‘ stehen“ (Kizilhan 2009, S. 281) oder religiöse Heiler, die häufig Korankundige sind und sagen können, ob der „böse Blick“, Geister oder Magie Gründe für eine Krankheit sind. Sie verwenden Amulette, Massagen oder Kräuter zur Behandlung (vgl. Kizilhan 2009, S. 281).

Nach religiös islamischem Verständnis können Krankheiten von Allah als Prüfungen oder als Strafe für Fehlverhalten geschickt worden sein (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 22). Oft werden externale Gründe als Ursachen für Krankheiten gesehen (vgl. Schreiber/ Lenz/ Lehmkuhl 2004, Kizilhan 2009, S. 283). Weit verbreitet ist auch der Gedanke, dass Krankheiten über die Körperöffnungen in den Körper eingedrungen sind. Die entsprechende Heilungsvorstellung sieht daher vor, dass Krankheiten auch mit Hilfe von Ausleitungen aus dem Körper entfernt werden können. Manchmal wird die Einnahme von Medikamenten mit diesem Ausleitungsgedanken verbunden, nach dem es die Medikamente sind, die die Krankheit „austreiben“ (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 22).

In arabischen Ländern liegt Krankheit ein *ganzheitliches* Verständnis zugrunde, was bedeutet, dass nicht einzelne Teile des Menschen erkrankt sind, sondern der ganze Mensch (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 22). Dies gilt sogar für Schmerzen, die nicht

so beschrieben werden, dass sie einen bestimmten Teil des Körpers, sondern den ganzen Körper betreffen (vgl. Kizilhan 2009, S. 283). Zudem erfolgt die Darstellung psychischer Beschwerden häufig in der Form, dass körperliche Symptome beschrieben werden:

„Diese starke Fixierung auf körperliche Beschwerden, deren Ursache oft schwer zu eruieren ist, führt häufig zu Problemen bei der Diagnosestellung und in der Therapie“ (Kizilhan 2009, S. 283).

Ein weiterer wichtiger Aspekt eines arabisch-islamischen Krankheitsverständnisses ist, dass Krankheit die ganze Familie betrifft und nicht nur die individuelle erkrankte Person. Hier wird von einem *kollektiven* Bild von Krankheit gesprochen (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 22). Insofern ist es nachvollziehbar, dass sich die Verwandten mit verantwortlich für kranke Familienangehörige fühlen und für deren Genesung, selbst bei Krankenhausaufenthalten (vgl. Muthny/ Bermejo 2009, S. 6). Entscheidungen bezüglich der Behandlung, etwa über Operationen, werden gegebenenfalls von der Familie getroffen (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 25).

Die erkrankte Person steht im Zentrum der Familie, die sich fürsorglich und pflegend um sie kümmert (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 23). Große Besuchsgruppen muslimischer Patienten und Patientinnen, die im Krankenhaus liegen, können aus diesem kollektiven Verständnis heraus begründet werden. Zudem liegt es angesichts dieser Eingebundenheit der Familie auch nahe, dass Angehörige Essen mitbringen, wenn sie zu Besuch kommen. Das Essen sollte reichlich sein, damit die Genesung schnell herbeigeführt wird (vgl. von Bose/ Terpstra 2012, S. 26). In deutschen Krankenhäusern kann dies für die Familie auch deswegen wichtig sein, weil sie Wert auf die Einhaltung von Speiseregeln legt. Erlaubt ist der Verzehr von Speisen, die *halal* sind, und verboten, was *haram* ist. Schweinefleisch ist haram oder Teile von Tieren, die nicht nach islamischer Sitte geschächtet wurden. Aber auch alkoholhaltige Medikamente sind grundsätzlich nicht gestattet (vgl. Ilkilic 2006, S. 4).

Für den Bereich psychischer Krankheiten sind weitere Aspekte zu berücksichtigen: Eine heilende Praxis mithilfe des Korans ist vielen Gläubigen wichtig. Dies gilt im Nahen Osten vor allem in manchen ländlichen Regionen. Zudem hat die Urbanisierung in arabischen Ländern kaum dazu geführt, dass Volkmedizin an Bedeutung verloren hat. Eher sind dadurch traditionelle Denkweisen in die Städte eingedrungen (Heine/ Assion

2005, S. 42). Zudem gilt: Auch „die modernen Teile dieser Gesellschaften sind nicht frei von den Neigungen zur prophetischen Medizin“ (Heine/ Assion 2005, S. 31). Hierin spielen traditionelle Heiler eine Rolle. Menschen, die zu ihnen mit einem nicht körperlich erklärbaren Leiden kommen, werden von ihnen häufig als verhext oder von einem bösen Geist besessen erklärt. Auch der „böse Blick“ kann eine Krankheitsursache sein und der Glaube daran ist weit verbreitet (Heine/ Assion 2005, S. 36 f.). Sie behandeln diese Personen dann, indem sie vermeintliche Flüche von ihnen nehmen und sie „enthexen“. Manchen Patienten und Patientinnen ist die Meinung des Heilers wichtiger als die eines schulmedizinisch ausgebildeten Arztes. Qrnfl (2012) beschreibt die Problematik: Der Arzt hat es hier schwer, denn entweder widerspricht er dem Heiler. Dann kann es aber passieren, dass die Betroffenen ihm nicht glauben. Wenn er sich offen gegenüber traditionellen Heilweise zeigt, muss er möglicherweise wissenschaftlichen Erkenntnissen widersprechen.

Daher gibt es über traditionelle Heilweisen sehr unterschiedliche Meinungen. So sprechen manche von Quacksalberei und Betrügereien, die gesetzlich verboten werden sollten und religiös sowieso eigentlich verboten seien. Hinzu kommt aus medizinischer Sicht, dass viele Menschen sich zuerst an einen Heiler wenden und nicht an einen ausgebildeten Arzt. Der Heiler versucht, die Kranken von der Hexerei zu befreien. So vergeht jedoch häufig nur wertvolle Zeit, denn schließlich gehen die Kranken doch zum Arzt und haben bis dahin viel gelitten. Dieses Leid hätten sie sich ersparen können, wenn sie gleich zum Schulmediziner gegangen wären (vgl. Qrnfl 2012). Heine und Assion weisen darauf hin, dass die moderne Medizin bei vielen islamischen Gelehrten sehr anerkannt ist. Für traditionelle Heilungsmethoden gilt dies häufig gerade nicht (vgl. Heine/ Assion 2005, S. 31). In einem Vortrag an der Medizinischen Fakultät der Al-Azhar-Moschee wies Scheich Mohammed Sayed Tantawi auf die Brisanz der Problematik hin und darauf, dass das Phänomen der Heilung durch den Koran ein ernstes Problem sei, das diskutiert werden müsse. So würden mehr Kontrollen gebraucht, die dieses Phänomen begrenzen, zumal es Kliniken für psychische Behandlungen in Hülle und Fülle in Ägypten gäbe (vgl. Dwdah 2011).

2.6 Zusammenfassung, offene Fragen und Forschungsbedarf

Die Attribuierungstheorie basiert auf Heider und wurde unter anderem von Weiner fortgeführt. Sie beschreibt, wie Menschen ihre Erfahrungen verstehen können und wie sie den Geschehnissen Gründe bzw. Ursachen zuordnen. Neben der Kategorisierung in innere und äußere Ursachen hat die gefühlte Kontrollierbarkeit von Ereignissen Einfluss auf das Handeln von Menschen. Wer positive Erfahrungen auf Faktoren zurückführt, die er oder sie selbst in der Hand hat, wird für die Zukunft Selbstsicherheit bei ähnlichen Aufgaben haben. Viele von ADHS betroffene Kinder erleben sich als zu wenig leistungsfähig, werden mit Stigmata belegt und verlieren dadurch an Selbstvertrauen. Häufig gehen sie außerdem bei Erfolgen davon aus, dass sie dafür nicht selbst verantwortlich sind, sondern suchen die Ursachen in äußeren Faktoren.

Stigmata und Urteile, auch über die eigene Person, sind von kulturellen und sozialen Zusammenhängen beeinflusst. So haben Untersuchungen gezeigt, dass in Deutschland lebende Personen mit türkischem Migrationshintergrund teilweise andere Vorstellungen darüber haben, welchen Eigenanteil sie an Erkrankungen haben (Schreiber/ Lenz/ Lehmkuhl 2004, Franz et al. 2007). Auch wurde erforscht, inwieweit Eltern von Kindern mit ADHS oder der Verdachtsdiagnose die Verhaltensweisen ihrer Kinder durch ihre Einstellung das mit ADHS verbundene Stigma noch fördern und Verhaltensauffälligkeiten möglicherweise sogar selbst verstärken (Johnston/ Ohan 2005). Problematisch ist dies unter anderem deshalb, weil Eltern sowie Lehrkräfte teilweise Einstellungen zu ADHS aufweisen, die von fehlerhaften Vorstellungen und falschen Informationen geprägt sind (et al. West et al. 2005, Scitutto/ Terjesen/ Bender Frank, Anderson et al. 2013, de Area Leao Borges 2010). Obwohl hier bereits viel geforscht wurde, fehlt derzeit noch der genaue Blick auf kulturelle Zusammenhänge. Die ADHS-Forschung kommt zum großen Teil aus den englischsprachigen Ländern und ist stark europäisch oder US-amerikanisch geprägt. Wenn interkulturelle Ansätze gewählt werden, stammen diese häufig aus den USA und vergleichen amerikanische Bevölkerungsgruppen unterschiedlicher Herkunft. Dies ist etwa bei Bussing, Schoenberg und Perwien der Fall, die über ADHS-Kenntnisse und „Evidence of Cultural Differences among African-American and White Parents“ gearbeitet haben (1998) oder bei Akinbami et al. (2011), die Erkenntnisse über ADHS bei Kindern in den Vereinigten Staaten von 1998 bis 2009 zusammengetragen und ebenfalls unterschiedliche ethnische Gruppen verglichen haben.

Die deutsche Gesellschaft hat andere Zuwanderungsformen als die der USA, so dass hier kaum Vergleiche möglich sind.

Für einen für die betroffenen Familien hilfreichen Umgang zwischen arabischen Eltern und Lehrkräften mit medizinischem Fachpersonal in Deutschland ist eine interkulturell sensible Kommunikation nötig. Insbesondere die professionellen Akteure sind aufgefordert, sich auf die Gegebenheiten im Einwanderungsland einzustellen, Vertrauen herzustellen, Vorurteile und Zugangsbarrieren abzubauen. Denn neben den Kommunikationshindernissen in ihrem Umfeld haben viele Familien mit Migrationsgeschichte innerfamiliäre Herausforderungen zu bewältigen, die sich aus den Einflüssen der unterschiedlichen Kulturen ergeben, mit denen sie zu tun haben. Sprachliche Anforderungen kommen erschwerend hinzu. Verschiedene Untersuchungen aus Deutschland haben sich mit der Gesundheitssituation von Migranten und Migrantinnen in Deutschland auseinandergesetzt (zum Beispiel Muthny/ Bermejo 2009, Lattouf 2008, Najjar, 2010). Diese sind jedoch häufig allgemein gehalten oder wiederum sehr speziell auf eine Region (z.B. „in Berlin“). Zum Teil werden gerade psychische Störungen betrachtet, aber selten geht es konkret um ADHS. Insbesondere aber fehlen vergleichende Ansätze, die die Situation zugewanderter Eltern in Bezug setzen zu der Situation, die sie im Herkunftsland vorfinden würden.

Für manche arabische Familien, von denen die meisten als islamisch gelten dürften, ergeben sich in Deutschland unter anderem in den Bereichen Geschlechterbeziehungen, Beziehungen zwischen Eltern und Kindern sowie im Kontakt mit Ärzten Fragen aufgrund vielfältiger kultureller Erfahrungen. Im Gesundheitsbereich ist zu beachten, dass aus der islamisch-arabischen Sicht manche Aspekte von Krankheit anders bewertet werden, als es deutsche Ärzte und Ärztinnen häufig gewohnt sind. Externale Attribuierungen, ein ganzheitliches Verständnis und die körperliche Verortung auch psychischer Störungen gehören ebenso dazu wie die Rolle der Familie im Krankheitsfall eines Familienmitgliedes oder Ernährungs- und religiöse Aspekte. Traditionelle Verständnisse von Krankheit und Heilung sind auch zu berücksichtigen. Diese sind teilweise kompliziert und für Menschen, die nicht arabisch-islamischer Herkunft sind, schwer nachzuvollziehen. Dies liegt auch daran, dass es innerhalb arabisch-muslimischer Gesellschaften unterschiedliche Meinungen über traditionelle Heilmethoden gibt.

3 Informationsstand

3.1 Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Um im weiteren Verlauf dieser Arbeit sich dem Kenntnisstand und den Einstellungen von Eltern und Lehrern in arabischen Schulen in Deutschland und in Schulen in Saudi-Arabien zu nähern, sollen in diesem Unterkapitel zunächst einige Aspekte zum bestehenden Wissen über ADHS zusammengefasst werden. In verschiedenen Bereichen der Medizin sind Informationen über die Störung gewonnen worden. Beginnend mit einem historischen Überblick wird im Folgenden auf Definitionen, Klassifikationen und Diagnostik von ADHS eingegangen. Es folgt ein Einblick in ätiologische Aspekte und damit in die öffentliche Diskussion darüber, ob eher biologische und physiologische Ursachen zu ADHS führen oder ob Symptome wie Hyperaktivität oder Aufmerksamkeitsdefizite eigentlich vor allem in sozialen Zusammenhängen zu einem Problem „gemacht“ werden. Der darauf folgende Abschnitt beschreibt weitere Eigenschaften von ADHS, geht auf abgrenzende Diagnosen und auf Therapiemöglichkeiten ein.

Eine weitere wichtige Grundlage für die Erforschung des Kenntnisstandes und der Einstellungen zu ADHS ist die Frage, wie Lehrkräfte und Eltern in Deutschland und in arabischen Ländern überhaupt zu ihrem Wissen kommen. Welche Informationswege werden besprochen, welche Möglichkeiten bieten die Medien und andere Kommunikationsformen? Auf diese Fragen geht der abschließende Abschnitt dieses Unterkapitels ein.

3.1.1 Historischer Überblick

In den vergangenen ca. 100 Jahren haben Störungen, die heute als Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bezeichnet würden, verschiedene Namen gehabt. So gab es den USA zum Beispiel die Begriffe *minimal brain damage* oder *hyperkinesis* (Bussing/ Schoenberg/ Perwien 1998). Seit 1900 ist wissenschaftliche Literatur über solche Störungen geschrieben worden (Baumeister et al. 2012). (Tabelle Nr. 1) gibt einen Überblick über die Geschichte der wissenschaftlichen Forschung in diesem Bereich.

1789	Crichton: erste klinische Beschreibung von Aufmerksamkeitsstörung als Nervenstörung
1902	Still schlägt gestörten Zellstoffwechsel im Gehirn als Ursache von Aufmerksamkeitsstörungen vor
1920er	Enzephalitis-Pandemie kann mit ADHS in Verbindung gebracht werden, was organische Zusammenhänge bestätigt
1929	Berger erfindet die Elektroenzephalographie (EEG)
1937	Bradley erkennt EEG-Abweichungen bei verhaltensgestörten Kindern
1937	Bradley beschreibt den therapeutischen Effekt von Stimulanzen
1954	Methylphenidat wird vorgestellt
1958	Zimmermann und Burgemeister setzen Methylphenidat bei verhaltensbeeinträchtigten Kindern ein
1959	Neuropsychologische Tests werden eingeführt
1960er	Neuropsychologische Tests weisen auf Funktionsstörungen im Gehirn hin

Tabelle 1: 1798 - 1960er Jahre: Meilensteine der Neurowissenschaften zu ADHS (nach Baumeister et al. 2012, S. 264, gekürzt)

Als einer der ersten, die die Störung beschrieben, gilt häufig der schottische Arzt Alexander Crichton (Baumeister et al. 2012, Lange et al. 2010). In seinem dreibändigen Werk *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement* (Crichton 1798) wurde zum ersten Mal etwas über Aufmerksamkeitsstörungen geschrieben. Damit war Crichton nicht nur einer der ersten, die über etwas Ähnliches wie ADHS schrieben. Zu dieser Zeit entstand überhaupt erst die Idee, psychische Zustände aus medizinischer Sicht zu betrachten (Lange et al. 2010). Ein ganzes Kapitel bei Crichton handelt von Aufmerksamkeit und ihren Störungen (Baumeister et al. 2012). Er beschrieb, dass diese Störungen die Menschen unfähig machten, sich dauerhaft auf ein Bildungsthema zu konzentrieren, und dass sie geistige Unruhe, ein Auf-und-ab-Gehen sowie ein Zappeln verursachten (Baumeister et al. 2012, S. 265). Damit hat er bereits alle Symptome genannt, die heute als ADHS-Symptome gelten, mit Ausnahme der Impulsivität (Baumeister et al., S. 265). Crichton verwies außerdem bereits auf die multifaktoriellen Ursachen und ging davon aus, dass es sich um eine Nervenkrankheit handelte, die angeboren oder durch Unfall erworben sei (Baumeister et al. 2012, S. 265).

Mitte des 19. Jahrhunderts wurde im deutschsprachigen Bereich die Geschichtensammlung „Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann veröffentlicht. Sie enthält unter anderem die Figur des Zappelphilipp. Der Zappelphilipp ist ein Junge, der beim Essen mit seinen Eltern bei Tisch nicht still sitzen kann, mit dem Stuhl kippelt, bis

dieser mit dem Jungen umkippt und alles Geschirr mit der Tischdecke vom Tisch rutscht. Sein Verhalten könnte aus heutiger Sicht auf ADHS hinweisen (Hoffmann 2007).

Nachdem Crichton über Aufmerksamkeitsstörungen geschrieben hatte, kann George Still als derjenige gelten, der zu Beginn des 20. Jahrhunderts zum ersten Mal von ADHS gesprochen hat. Der britische Kinderarzt hatte in seinen Behandlungen viele Kinder kennengelernt, die trotz normaler Intelligenz wenig aufmerksam waren und in der Schule nicht gut mitkamen (Baumeister et al. 2012, S. 265). Der nächste – ungewollte - Meilenstein in der Historie der ADHS-Forschung war eine Enzephalitis-Pandemie, die im Zusammenhang stand mit der Spanischen Grippe, die ab der Zeit des Ersten Weltkrieges weltweit um sich griff. Kinder, die diese Krankheit hatten, wurden später oft sehr unruhig, unaufmerksam und aggressiv. Es konnte nun also beobachtet werden, dass Gehirnerkrankungen zu geistigen Schäden bei sonst gesunden Menschen führen können (Baumeister et al. 2012, S. 266). Auch wurde in weiterer Forschung in den 1920er Jahren erkannt, dass Aufmerksamkeitsstörungen mit bestimmten beschädigten Regionen im Gehirn in Zusammenhang stehen.

Damit war die Grundlage für einen weiteren historischen Schritt gelegt, nämlich für die Suche nach Therapie und Medikation. Der amerikanische Arzt Charles Bradley begann in den 1930er Jahren, verhaltensbeeinträchtigten Kindern Stimulanzien zu verabreichen. Er hatte einigen Kindern mit bestimmten Leiden Amphetamine gegeben. Möglicherweise war es Zufall, dass er bemerkte, dass diese bei den Kindern zu einem anderen Verhalten und besseren schulischen Leistungen führte. Die Kinder waren weniger müde, besserer Stimmung, weniger depressiv und zeigten sogar verbesserte Werte in Intelligenztests (Baumeister et al. 2012, S. 266 f.). Im Jahr 1954 brachte eine Schweizer Firma die Substanz Methylphenidat heraus. Dieser Wirkstoff ist Amphetaminen ähnlich, hat aber weniger Nebenwirkungen und wurde unter dem Namen Ritalin bekannt. Ab Ende der 1950er Jahre wurde Methylphenidat als Medikament für Kinder mit ADHS in Fachzeitschriften diskutiert (Baumeister et al. 2012, S. 269).

Nach Liebrand (2011) wurde die Medikamentenforschung ein weiteres Mal, nämlich in den 1950er und 60er Jahren eher beiläufig auf das unruhig-hektische Störungsbild

aufmerksam. Bei der Vergabe von Antidepressiva an Jugendliche wurde bemerkt, dass diese Medikamente nicht nur gegen Depression und mangelnde Konzentration halfen, sondern auch bei allgemeiner Unruhe. In der Folge wurde diese Unruhe aus dieser medizinischen Richtung genauer untersucht und mit *Hyperkinetisches Syndrom* (HKS), *Aufmerksamkeitsdefizit-Störung* (ADS) und *Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung* bezeichnet (Liebrand 2011, S. 31).

Die Forschung hatte Mitte des 20. Jahrhunderts eine Zeitlang die Vorstellung, dass ADHS mit leichten organischen Gehirnschädigungen zusammenhänge. Bald wurde dieses Verständnis aber ersetzt von Erkenntnissen, die zeigten, dass es sich um eine Funktionsstörung und eher nicht um eine organische Ursache handelte (Lange et al. 2010, S. 250). Daraus entstand die Bezeichnung *Minimal brain dysfunction*, die aber als Name für die Störung schon bald wieder als zu allgemein kritisiert wurde. Stattdessen wurden Begriffe gesucht, die das Phänomen genauer beschrieben. „Hyperaktivität“, „Lernbehinderung“, „Dyslexie“ und andere Bezeichnungen wurden vorgeschlagen (Lange et al. 2010, S. 251). In der Psychiatrie wird ADHS als eine anerkannte Störung gesehen, seitdem es im amerikanischen Klassifizierungssystem für psychische Störungen, dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vorkommt. Dieses Diagnosemanual wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben und ständig weiterentwickelt. ADHS wurde erstmals in die zweite Fassung aufgenommen. Das DSM II kam 1968 heraus. Dort wurde von „Hyperkinetic reaction of childhood“ gesprochen. Mit der 1980 erschienen dritten Fassung des DSM (DSM III) bekam das Störungsbild einen neuen Namen, nämlich „Attention Deficit Disorder“. Der Aspekt der Hyperaktivität war hier nicht wichtig (Baumeister et al. 2012), auch wenn er in Klammern noch angefügt werden konnte: (mit oder ohne Hyperaktivität) (Lange et al. 2010, S. 252). Rothenberger und Neumärker nennen Virginia Douglas als eine wichtige Forscherin, die sich besonders mit dem Aspekt der Aufmerksamkeitsstörung befasst hat (Rothenberger/ Neumärker 2010, S. 14).

Nicht nur wurde überlegt, ob ADHS eine Krankheit des Gehirns sei und wie man sie medikamentös behandeln könne. Auch wurde darüber geschrieben, ob die Störung aus psychoanalytischer Sicht betrachtet werden sollte und welche Rolle die Erziehung spielen könnte (Rothenberger/ Neumärker 2010, S. 13). Rothenberger und Neumärker berichten zwar, dass es hierzu keine empirischen Beweise gegeben habe. Andere

Untersuchungen (Johnston/ Ohan 2005) legen jedoch nahe, dass die Beziehungen in den Familien zwischen Kindern und Eltern durchaus wichtig sind. Psychotherapeutische Behandlungsansätze haben unter anderem deswegen seit den 1960er Jahren an Bedeutung gewonnen (Rothenberger/ Neumärker 2010, S. 14).

Seit den 1980er Jahren ist noch einmal mehr über ADHS geschrieben worden. Seitdem sind über 5.000 Artikel veröffentlicht worden, von denen die meisten von Medikamenten handeln. Viel wurde über Ritalin geschrieben und in neuerer Zeit auch über Amphetamine. Neurobiologische und genetische Aspekte sind weitere wichtige Themen (Baumeister et al. 2012). Ernährungsbezogene Zusammenhänge wurden untersucht (Rothenberger/ Neumärker 2010, Sawitzky-Rose 2011). Weitere bahnbrechende Erkenntnisse waren, dass ADHS auch Erwachsene betrifft (zum Beispiel Sobanski/ Alm 2004, Jans et al. 2008, Philipsen/ Heßlinger/ Tebartz van Elst 2008). Außerdem wurden Unterkategorien benannt: Anstelle der bisherigen einen, einheitlichen ADHS-Diagnose konnten Ärztinnen und Ärzte zumindest in den USA seit Veröffentlichung des DSM IV einen *unaufmerksamen Typ*, einen *hyperaktiv-impulsiven Typ* und eine Mischform diagnostizieren. Damit war das Dilemma um die Frage, ob es eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität geben kann, zunächst gelöst. (Lange et al. 2010, S. 253).

Die meisten, auch international veröffentlichten Forschungsarbeiten zu ADHS wurden auf der Basis der Diagnosen erstellt, die das jeweilige DSM beinhaltet. Es wird jedoch nicht weltweit in den medizinischen Praxen mit dem DSM gearbeitet (Steinhausen 2010b, S. 29). So wird unter anderem in Deutschland nicht das derzeit gültige DSM V, sondern die Internationale WHO-Klassifikation ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), jetzt in ihrer zehnten Fassung (ICD-10), verwendet. Hier wird ADHS als psychische Störung in die Rubriken F90, *Hyperkinetische Störungen* und F98, *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*, eingeordnet.

Dieser Abriss über die Historie der ADHS-Forschung kann den Eindruck erwecken, als wäre die Störung ein europäisches oder nordamerikanisches Phänomen. Dieser Eindruck ist nicht richtig (Palacios-Cruz et al. 2013, weitere). Richtig ist jedoch, dass die Mehrzahl der Forschungsarbeiten der letzten 15 bis 20 Jahre in englischsprachigen

Ländern wie den USA oder Australien durchgeführt wurde (Palacios-Cruz et al. 2013, S. 258). Es wäre wichtig zu erfahren, ob die gefundenen Erkenntnisse auch international gelten.

Für den arabischen Raum gehören die Studien von Abdur-Rahim et al. von 1996 und von Abolfotouh aus dem Jahr 1997 zu den ersten. Hier wurden Kinder in psychiatrischer Behandlung und Schuljungen in Saudi-Arabien untersucht. Eine Untersuchung von Bu-Haroon (1999) beschäftigte sich mit Hyperaktivität in den Vereinigten Arabischen Emiraten. Bis heute kann gelten, dass es noch wenige veröffentlichte Studien zu ADHS in der arabischen Welt gibt, obwohl die Störung häufig in klinischen Umfeldern vorkommt und zunehmend Schulkinder und Erwachsene beeinträchtigt (Farah et al. 2009, S. 2). So ist hier, aber auch in anderen Regionen und in der westlichen Welt damit zu rechnen, dass weitere Forschungsarbeiten erstellt werden und auch, dass sich Begriffe und Ursachenerklärungen weiter entwickeln werden. Rothenberger und Neumärker gehen vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklung davon aus, dass auch der jetzige Stand der Forschung nicht der letzte sein wird, sondern nur eine Phase ist (Rothenberger Neumärker 2010, S. 11).

3.1.2 Definition, Klassifikation und Diagnostik

ADHS wird als Thema in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen betrachtet: In Medizin, Psychologie, Pädagogik und anderen (Rothenberger/ Neumärker 2010, S. 15). Hier soll in diesem Abschnitt insbesondere der medizinische Blick angewendet werden. Bei Kindern und auch Erwachsenen zeichnet sich ADHS dadurch aus, dass die Betroffenen sehr wenig aufmerksam sind. Dazu oder statt dessen sind sie zudem besonders viel in Bewegung. Sie reagieren plötzlich, aufgeregt und ohne nachzudenken. Es fällt ihnen schwer, sich länger zu konzentrieren. Diese Verhaltensweisen führen zu weiteren seelischen Problemen sowie zu Konflikten mit dem sozialen und familiären Umfeld.

Die Medizin versteht ADHS zwar nicht als Krankheit, aber als ein psychiatrisches Syndrom (Steinhausen 2010a, S. 17). Es ist sowohl von *Syndrom* als auch von *Störung* die Rede. Das Wort Syndrom steht für eine „Gruppe von gleichzeitig zusammen auftretenden Krankheitszeichen“ (Pschyrembel 1977, S. 1184, zitiert nach: Fennes 2008, S. 56). Sowohl das ICD-10 als auch das DSM V listen ADHS als Störungsbild auf,

wobei im internationalen ICD eher von der Ursache her gedacht wird und gefragt wird, woher kommt ADHS. Im US-amerikanischen DSM wurde in allen Versionen eher das Verhalten in den Vordergrund gestellt, was deutsche Ärzte und Ärztinnen in ihrer Praxis ebenfalls als wichtig ansehen (Steinhausen 2010a, S. 17). Unabhängig vom System gelten drei Komponenten als wichtige Aspekte dieses Störungsbildes: hyperaktives Verhalten, mangelnde Aufmerksamkeit und impulsives Agieren. Zudem müssen nach beiden Klassifizierungen diese Störungen „über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sein, das zu einer Fehlanpassung führt und das dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist“ (Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2000, S. 1). Wichtig ist also auch, ob die Aufmerksamkeit, die Hyperaktivität und die Impulsivität zum sonstigen Stand der Entwicklung des Kindes passen oder nicht.

Die Begriffe und Abkürzungen, die in den Klassifizierungssystemen und in der deutschen und internationalen Literatur vorkommen sind:

- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, ADHS, als Gesamt-Störungsbild (auf Englisch: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)
- Aufmerksamkeitsdefizitstörung, ADS, als Subtyp (Attention Deficit Disorder, abgekürzt ADD)
- Hyperkinetische Störung, HKS, als Subtyp (Hyperactivity Disorder)

Im ICD-10 werden im Kapitel der psychischen Störungen (mit F codiert) unter F 90 die *Hyperkinetischen Störungen* beschrieben:

„Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl“ (DIMDI 2014, S. 224).

Hyperkinetische Störungen werden mit HKS abgekürzt. Daher gibt es in der deutschsprachigen Medizin außer der Abkürzung ADHS auch die Bezeichnung HKS, die

eigentlich nicht auf Aufmerksamkeitsstörungen hinweist, sie aber dennoch beinhaltet (siehe oben: mangelnde Ausdauer bei kognitiven Beschäftigungen, häufiges Wechseln von Tätigkeiten). Die Abkürzung HKS findet sich auch in der deutschen Forschungsliteratur wieder. Wichtig sind bei der oben genannten Definition der Hinweis auf den frühen Beginn und auf die Kombination aus Hyperaktivität, mangelnder Ausdauer und mangelnder Aufmerksamkeit. Die Diagnose gilt bei länger andauernden Symptomen, also nicht bei kurzzeitigen Problemen. Die Symptome treten nach dieser Beschreibung ganz allgemein auf, also nicht nur in bestimmten Situationen (Steinhausen 2010a, S. 17). Nach den Forschungskriterien zum ICD-10 sollen die wichtigsten Symptome mindestens sechs Monate lang bestehen, damit eine hyperkinetische Störung diagnostiziert werden kann (Steinhausen 2010a, S. 18). Um sicherzustellen, dass nicht vorübergehende Störungen oder einzelne Symptome als ADHS oder HKS diagnostiziert werden, gibt es noch einige Kriterien, die zusätzlich zu der Definition im ICD-10 erfüllt sein müssen (vgl. dazu Tabelle Nr.2).

Dauer	Die Symptomkriterien müssen für die letzten sechs Monate erfüllt worden sein.
Alter bei Beginn	Einige Symptome müssen vor dem Alter von sieben Jahren vorgelegen haben.
Persistenz	Beeinträchtigungen durch die Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. Schule, Arbeit, zu Hause).
Beeinträchtigung	Symptome müssen zu einer signifikanten Beeinträchtigung geführt haben (sozial, schulisch, beruflich).
Diskrepanz	Symptome sind deutlich stärker als bei Kindern mit gleichem Alter, Entwicklungsstand und gleicher Intelligenz.
Ausschluss	Die Symptome sind nicht auf eine andere seelische Erkrankung zurückzuführen.

Tabelle 2: Zusätzliche diagnostische Kriterien für HKS/ADHS (Steinhausen 2010a, S. 22)

Im ICD-10 gibt es außerdem die Codierung F98. Diese hat die Bezeichnung *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*. Hier kommt in einem Unterpunkt, nämlich F 98.8 noch einmal die Aufmerksamkeitsstörung vor, und zwar ohne Hyperaktivität. Diese Störung kann als Subtyp von ADHS verstanden werden. Das DSM sieht ebenfalls den Subtyp der Aufmerksamkeitsstörung ohne hyperaktive Komponenten vor. Darüber hinaus kann nach DSM V auch nur der hyperkinetische Subtyp diagnostiziert werden, also eine gesteigerte Impulsivität und Unruhe, und zwar ohne Aufmerksamkeitsstörung (Steinhausen 2010a, S. 23 f.). Im

DSM V finden sich ADHS, Aufmerksamkeits- sowie Hyperaktivitätsstörungen im Kapitel *Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen*.

Die Diagnosegrundlagen im ICD-10 sowie im bisherigen DSM IV richten sich in erster Linie an Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren. Kleinere Kinder, Jugendliche oder sogar Erwachsene werden hier praktisch nicht berücksichtigt. Für Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter sind daher angepasste Symptombeschreibungen formuliert worden (Steinhausen 2010a, S. 23). Für Jugendliche gibt es noch keine konkreten Diagnosekriterien. Allerdings ist beschrieben worden, dass im Verlauf der Kindheit die hyperaktiven Anteile eher nachlassen, so dass es nach und nach zu einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität kommt, also zu ADS. Für Erwachsene gibt es keinen eigenen Diagnoserahmen. Immerhin wurden die Hinweise auf die Schule, die in den Kinder-bezogenen Diagnosen stehen, um Arbeit und Beruf erweitert, um Erwachsene mit einzuschließen. Das ist nicht ausreichend, so dass wie folgt vorgegangen werden muss: „Die Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter wird klinisch gestellt und beruht auf einer flexiblen Anwendung der aktuell gültigen Kriterien“ (Steinhausen 2010a, S. 23).

Erschwert wird die Diagnose von ADHS oder hyperkinetischer Störung dadurch, dass sowohl im DSM als auch im ICD viele Begriffe verwendet werden, die unterschiedlich interpretiert werden können. Wörter wie „oft“ oder „signifikant“ können verschieden gedeutet werden (Steinhausen 2010a, S. 24). Für die Altersspanne von sechs bis zwölf Jahren gibt es keine weiteren Unterteilungen, obwohl Kinder im Alter von sechs Jahren ganz andere Verhaltensweisen zeigen als solche von zwölf Jahren. Ältere Kinder können außerdem anders und differenzierter Auskunft geben über sich selbst (und diese Selbstsicht kann sehr wichtig sein, wie die in Kapitel 2 vorgestellte Arbeit von Johnston und Ohan (2005) gezeigt hat und wie sich im Verlauf dieser Arbeit noch weiter herausstellen wird). Es wird nicht zwischen Mädchen und Jungen unterschieden (Steinhausen 2010a, S. 24). Diese Unterscheidung sollte jedoch thematisiert werden, denn hyperaktives Verhalten wird möglicherweise bei Jungen länger geduldet und „normal“ gefunden als bei Mädchen.

In der Weiterentwicklung von DSM IV (erstmal erschienen 1994) zu DSM V (2013) wurde deutlich, dass Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperkinese zwar miteinander

verknüpft sind, aber doch unterschiedlich diagnostiziert werden und auch unabhängig voneinander differenziert betrachtet werden müssen. Zudem werden für Erwachsene andere Symptomkriterien gebraucht als für Kinder. Das DSM V hat dies aufgegriffen und sieht nun nur noch vor, dass fünf und nicht mehr sechs Symptome festgestellt werden sollen, damit ADHS diagnostiziert werden kann. Auch für Kinder fehlen sowohl im DSM IV als auch DSM V verschiedene Symptome, die in der Praxis beobachtet wurden. Zum Beispiel fällt es von ADHS betroffenen Kindern schwerer, sich auf später eintreffende Belohnungen einzustellen, also etwa einen späteren, aber dafür größeren Gewinn einem schnell zu erzielenden, aber kleineren Vorteil vorzuziehen. Unvorsichtiges Verhalten oder wenig Distanz wurde bisher kaum beschrieben. Der genau bezeichnete Beginn mit sechs bzw. sieben Jahren für die Diagnose war in der praktischen Medizin nicht immer hilfreich, da viele Erwachsene sich nicht an den Beginn der Störung erinnern können und damit dann ADHS bei ihnen theoretisch nicht diagnostiziert werden könnte (Steinhausen 2010a, S. 24). Das neue DSM V spricht nun von Symptomen, die „bereits vor dem Alter von 12 Jahren auftreten“ (Falkai/ Wittchen 2015). Auch das ICD wird weiter überarbeitet. In der nächsten Fassung, dem ICD-11, werden vermutlich verbesserte Diagnosekriterien für ADHS, hyperkinetische Störungen und Aufmerksamkeitsdefizite zu finden sein. Das ICD-11 soll 2017 veröffentlicht werden, und Ärztinnen und Ärzte sowie andere Fachleute sind jetzt aufgerufen, Verbesserungsvorschläge einzureichen. Hierzu steht im Internet die Seite www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/historie/icd-11.htm zur Verfügung (zuletzt abgerufen am 6.4.2015).

3.2 Aspekte der Ätiologie von ADHS

Der Begriff *Ätiologie* bezeichnet einerseits den Teil der medizinischen Wissenschaften, der sich mit den Ursachen von Krankheiten beschäftigt. Hier wird danach gefragt, welche Faktoren ihrer Verbreitung zugrunde liegen. Ätiologie ist andererseits das gesammelte Wissen über die Ursachen und Gründe für bestimmte Erkrankungen. In diesem Abschnitt soll ein Einblick in die Ätiologie zu ADHS gegeben werden. Allgemein geht es bei der Suche nach Gründen für ADHS nach Becker um „die grundsätzliche Frage nach dem Anlage-Umwelt-Verhältnis“ (Becker 2007, S. 190). Sind es also äußere Faktoren oder im Kind angelegte Merkmale, die zu ADHS führen können? Dieser Abschnitt behandelt die Überlegung, welche neurochemischen, genetischen und

neuroanatomischen Faktoren zur Entstehung von ADHS und ihren Subtypen beitragen. Zudem sollen Ernährung und Allergien als verursachende Quellen thematisiert werden. Des Weiteren werden in der Forschungsliteratur psychosoziale und sozioökonomische Bedingungen besprochen. Auf diese soll hier ebenfalls eingegangen werden. Dabei ist zu beachten, dass die hier behandelten ätiologischen Umstände nur einen Teil der gesamten Forschung zur Ätiologie von ADHS darstellen. Es wurden für diese Arbeit diejenigen Themen herausgegriffen, die für den weiteren Verlauf und die Eltern- sowie Lehrkräftebefragung besonders wichtig sind.

3.2.1 Neurochemische, neuroanatomische und genetische Faktoren

Noch ist es für die Forschung schwierig, genaue Aussagen über **neurochemische Prozesse** bei ADHS zu machen (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 76 ff.). Es wurde allerdings erkannt, dass Neurotransmitter eine besondere Rolle spielen. Bisher konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass der Dopaminhaushalt im Gehirn gestört zu sein scheint. Roessner und Rothenberger erläutern unter anderem, dass es zwei Phänomene gibt, die miteinander in Zusammenhang stehen: Einerseits wird plötzlich - zum Beispiel durch einen äußeren Reiz - Dopamin in den synaptischen Spalt freigesetzt. Andererseits befindet sich ständig zu wenig Dopamin „in der extrazellulären Flüssigkeit außerhalb der Synapse“ (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 77). Es entsteht ein Wechselspiel zwischen den beiden Möglichkeiten, so dass es zu einem Hin und Her zwischen „Rigidität“ einerseits und „Schwierigkeiten in der Daueraufmerksamkeit, einer erhöhten Ablenkbarkeit und flüchtigem Arbeitsstil“ andererseits kommt (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 77). Warum das so sein könnte, wurde allerdings noch nicht verstanden (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 80).

Andere Erkenntnisse aus der neurochemischen Forschung weisen darauf hin, dass bestimmte dopamingesteuerte Abläufe im Gehirn dann etwas mit ADHS zu tun haben können, wenn bestimmte äußere Faktoren dazu kommen – etwa wenn die Mutter während der Schwangerschaft raucht oder wenn das Kind unter schwierigen psychischen und sozialen Gegebenheiten aufwächst und/oder bestimmte genetische Voraussetzungen gegeben sind (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 78). Becker weist darauf hin, dass die Wichtigkeit der Ergebnisse der Neurotransmitterforschung zu ADHS möglicherweise nicht darin liegt, dass die neurobiologischen Abläufe verstanden werden, sondern dass sie eine Grundlage für die medikamentöse Behandlung mit

Methylphenidaten bieten. Diese kann dann von Lehrerinnen und Lehrern und anderen beteiligten Personen ohne weitere Kritik hingenommen werden. Daher seien „das eigentlich Interessante am Dopamin-Modell [...] die daraus abgeleiteten Kausalannahmen und Schlussfolgerungen, die in der pädagogischen Diskussion unhinterfragt rezipiert werden“ (Becker 2007, S. 193).

Ein weiterer wichtiger Neurotransmitter ist Noradrenalin. Es ist an der „Modulation von Wachheit, Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, Verhaltenshemmung und Planung beteiligt“ (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 83). Für ein normales Verhalten müssen das Noradrenalin- und das Dopamin-System korrekt zusammenarbeiten. Methylphenidat und andere Amphetamine wirken auf beide Systeme ein (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 83 f.). Auch hier wirken äußere Faktoren auf die chemischen Prozesse ein, zum Beispiel Stress (S. 85). Und schließlich ist Serotonin ein weiterer Stoff im „Neurotransmitter-Orchester“ (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 86), der mit ADHS in Zusammenhang stehen müsste. Serotonin spielt in sehr vielen psychischen Störungen eine wichtige Rolle, etwa bei Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und Suizidalität. Es gibt allerdings noch wenige Erkenntnisse über die Bedeutung von Serotonin bei ADHS. Es wurden kaum Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren durchgeführt und auch gibt es keine aufschlussreichen Tierversuchsstudien dazu (Roessner/ Rothenberger 2010, S. 86 f.).

In den letzten Jahren sind ein immer genaueres Wissen über **neuroanatomische Faktoren**, das heißt über Aufbau und Funktionsweisen des Gehirns, entstanden sowie immer bessere technische Möglichkeiten, das Gehirn in sogenannten bildgebenden Verfahren „zu sehen“. Auch mit Hilfe von EEG (Elektroenzephalografie), also mit der Messung der Gehirnströme, kann ADHS besser verstanden werden (Brandeis/ Banaschewski 2010, S. 57 ff.). Insbesondere mit der Magnetresonanztomographie (MRT) können auch die Gehirne von Kindern relativ schonend (insbesondere ohne Röntgenstrahlen) sichtbar gemacht und untersucht werden. Damit konnten viele Untersuchungen durchgeführt werden, die Erkenntnisse über neuroanatomische Aspekte von ADHS bringen sollten (Konrad 2010, S. 42). Sie haben jedoch viele unterschiedliche Ergebnisse hervorgebracht. So wurde zum Beispiel herausgefunden, dass manche Menschen mit ADHS Gehirne mit geringerem Volumen haben oder dass bestimmte Teile des Gehirns kleiner sind als üblich. Insgesamt haben sich jedoch bei

den meisten Untersuchungen keine sichtbaren Größenunterschiede zwischen Gehirnteilen von Personen mit und ohne ADHS gezeigt. Mit EEGs hat sich bestätigt, dass viele unterschiedliche Bereiche des Gehirns beteiligt sind (Brandeis/Banaschewski 2010, S. 71). Auch scheinen bestimmte Faserverbindungen innerhalb der Gehirne bei ADHS-betroffenen Personen weniger vorhanden zu sein als bei Kontrollgruppen. Auch der Blutfluss im Gehirn, die Aktivitäten unterschiedlicher Areale und neuroanatomische Auswirkungen aufgrund der Einnahme von Methylphenidat wurden untersucht (Konrad 2010, S. 43 ff.). Konrad fasst die Erkenntnisse wie folgt zusammen:

„Die dargestellten Befunde zur Neuroanatomie sprechen übereinstimmend für ein zentrales Defizit im fronto-parieto-striatalen Netzwerk bei ADHS. Allerdings erscheinen weitere Hirnstrukturen sowohl strukturell als auch funktionell bei ADHS verändert“ (Konrad 2010, S. 54).

Mit zunehmendem Alter der betroffenen Jungen und Mädchen werden Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne ADHS geringer. Einheitliche und sehr sichere Befunde über den weiteren zeitlichen Verlauf haben die Untersuchungen insgesamt nicht ergeben, so dass hier noch weiter geforscht werden müsste.

Die Überlegungen zu **genetischen Ursachen** von ADHS besteht für die Forschung zum einen aus der Frage, in welchen Familienstrukturen das Störungsbild auftritt. Dies ist der *formalgenetische* Aspekt. Zum anderen wird in sogenannten *Koppelungs- und Assoziationsstudien* untersucht, welche Gene hier konkret betrachtet werden müssen. Durch Untersuchungen in Familien und im Vergleich von Zwillingen und von adoptierten mit nicht adoptierten Kindern wurde herausgefunden, dass ADHS teilweise vererbt wird, dass es also genetische Ursachen gibt. „10 - 35 % der Geschwister und Eltern betroffener Kinder leiden ebenfalls unter ADHS [...]. Kinder betroffener Erwachsener sind sogar in 40 - 60 % der Fälle selbst betroffen“ (Banaschewski 2010, S. 113). In einer großen Studie in Großbritannien wurden 2010 die Gene von Personen mit ADHS untersucht. „Das Ergebnis dieser Studien lautete: Bei Kindern, denen ADHS-typische Verhaltensweisen zugeschrieben werden, fehlen entweder bestimmte Abschnitte der DNA, so genannte Genkopiezahl-Varianten (CNV), oder sie liegen doppelt vor“ (Liebrand 2011, S. 46). Daraus schlossen die Forscherinnen und Forscher, dass ADHS auf keinen Fall nur ein gesellschaftliches Konstrukt sei (Liebrand 2011, S. 46).

Allerdings kann noch nicht genau gesagt werden, wie die genetischen Prozesse ablaufen. So ist es nicht einfach so, dass Kinder von Eltern mit ADHS ebenfalls die

Störung bekommen oder dass alle Kinder, deren Geschwister ADHS haben, es auch haben. Deutlich ist jedoch in den Untersuchungen geworden, dass mehr Jungen als Mädchen betroffen sind, „die Studien zeigen hier Relationen von 4:1 bis 9:1 zugunsten der Jungen an“ (Puls 2010, S. 11). Dies gilt vor allem für ADHS. Wird nur ADS bei Mädchen und Jungen verglichen, so ist die Verteilung ausgeglichener. Der Befund, dass mehr Jungen von ADHS betroffen sind, findet sich auch in Studien aus anderen Ländern als Deutschland oder westlichen Nationen. Alle arabischen Studien, die geschlechtsbezogene Unterschiede untersuchten, zeigten eine höhere Prävalenzrate von ADHS bei männlichen Probanden als bei weiblichen. Die Verhältnisse liegen bei 2:1 bis 3:1 (Farah et al. 2009, S. 8).

3.2.2 Ernährung und Nahrungsmittelallergien

Dass auch die Ernährung Einfluss auf die Entstehung oder den Verlauf von ADHS haben kann, scheint nachvollziehbar. Schließlich haben bestimmte Nährstoffe und Stoffwechselprodukte Bedeutung für die Abläufe im Gehirn, etwa Glukose für die Energie oder Aminosäuren als Grundlagen für Neurotransmitter. Fettsäuren, Vitamine und Mineralien sind ebenfalls für das Funktionieren des Gehirns notwendig (Bergmann 2014, S. 31). Bergmann behauptet: „Die Anzeichen häufen sich, dass ADHS die Manifestation eines Nährstoffdefizits aufgrund der ‚modernen‘ Ernährungsgewohnheiten in industrialisierten Ländern darstellen könnte“ (Bergmann 2014, S. 32). Dabei bezieht sich die Autorin auf den Konsum von Zucker, Weißmehl und andere industriell veränderte Nahrung, die viel Energie aber wenig Nährstoffe liefert. Darüber hinaus zeigen Untersuchungen kaum Zusammenhänge zwischen Zucker oder anderen Nahrungsmittelzusätzen und ADHS (Gebhardt et al. 2008, S. 27, Perold/ Louw/ Kleynhans 2010, S. 469, Thapar et al. 2013, S. 8).

Eine vor kurzem erstellte Studie (Bos et al. 2014) hat die Bedeutung von Omega-3-Fettsäuren im Zusammenhang mit ADHS untersucht. In der Therapie wird gelegentlich eine Nahrungsergänzung durch Omega-3-Fettsäuren durchgeführt, deren Nutzen allerdings noch nicht wissenschaftlich bewiesen ist. Omega-3-Fettsäuren sind generell – auch bei gesunden Menschen – für die Ernährung wichtig. Der Körper kann sie nicht selbst herstellen, sie müssen also durch die Nahrung zugeführt werden. Die Studie untersuchte zwei Gruppen von acht- bis 14jährigen Jungen, von denen die eine Hälfte ADHS hatte und die andere nicht. Die Kinder bekamen täglich eine bestimmte Menge

Margarine, die mit Omega-3-Fettsäuren angereichert war. Nach 16 Wochen berichteten Eltern beider Gruppen, dass die Aufmerksamkeit sich verbessert hätte. Die Autoren und Autorinnen folgern daraus, dass Nahrungsergänzungsmittel, die Omega-3-Fettsäuren enthalten, eine effektive Verbesserung der pharmakologischen ADHS-Behandlung sein können (Bos et al. 2014).

Zur Bedeutung der Allergie auf Nahrungsmittel gibt es Studien, die gezeigt haben, dass viele Kinder mit ADHS allergisch auf verschiedene Stoffe sind und dass diese „Verhaltens- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen auslösen“ können (Bergmann 2014, S. 34). Dazu gehören bestimmte Proteine sowie Farbstoffe und Aromen (Döpfner/ Schürmann/ Frölich 2002). Es wurde erkannt, dass sogenannte oligoantigene Ernährungsweisen das Störungsbild mindern können (Döpfner/ Schürmann/ Frölich 2002). Eine oligoantigene Diät ist eine Ernährungsform, die die Anteile der Nahrung bewusst vermeidet, von denen Allergien ausgehen. Obwohl Betroffene berichten, dass bestimmtes Ernährungsverhalten ADHS-Symptome lindern kann, wurde ein direkter medizinischer Zusammenhang zwischen ADHS und Nahrungsmittelallergien noch nicht nachgewiesen (Bergmann 2014, S. 36).

In mehreren Studien wurden Zusammenhänge zwischen Übergewicht und ADHS überprüft (zum Beispiel Sawitzky-Rose 2011). Da sich hyperaktive Kinder viel bewegen, also weniger als andere zu Übergewicht neigen sollten als der Durchschnitt (Bergmann 2014, S. 37), war das Ergebnis überraschend: Es stellte sich heraus, dass unter den erfassten Kindern relativ gesehen deutlich mehr ADHS-Kinder adipös (stark übergewichtig) oder übergewichtig waren als Kinder ohne ADHS (ca. 28,7 % zu ca. 16,7 %). Zwar wurde untersucht, welche Rolle die Reizüberflutung bei beiden Störungen, also bei Adipositas und bei ADHS spielt (Bergmann 2014, S. 41). Noch gibt es jedoch keine eindeutigen Hinweise auf ursächliche Zusammenhänge (Sawitzky-Rose 2011).

3.2.3 Familiäre und psychosoziale Aspekte

Zu genetischen, hirnspezifischen und ernährungsbedingten Gesichtspunkten kommen weitere Voraussetzungen hinzu, die zu ADHS führen können. Diese beinhalten unter anderem „die familiären Bedingungen sowie den sozioökonomischen Status [...]. In jedem dieser Bereiche können positive oder auch negative Kräfte im Sinne eines

leichteren oder schwierigeren Verlaufs wirken (Puls 2010, S. 11). Unter psychosozialen Einflüssen werden unter anderem familiäre Situationen verstanden. Dazu gehören psychische Störungen bei Familienangehörigen, Erziehungsstile oder Bindungsverhalten. Ein-Eltern-Familien, enge Wohnverhältnisse, häufige Konflikte unter den Eltern oder schwierige finanzielle Rahmenbedingungen, das heißt Armut, wurden in der Forschung als Mit-Auslöser für ADHS benannt (Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 16).

Viele betroffene Familien leben unter erhöhter allgemeiner Stressbelastung (Jans et al. 2008, S. 336), die zu „Teufelskreisen“ führen: Verschiedene Belastungen bringen familiäre Konflikte mit sich, die ADHS bei den Kindern festigen oder verstärken. Die ADHS-typischen Verhaltensweisen lösen wiederum weiteren Stress in der Familie aus. Problematische sozio-ökonomische Bedingungen könnten zudem dazu führen, dass finanziell und sozial benachteiligte Eltern sich seltener ärztlich oder pädagogisch beraten lassen als diejenigen aus privilegierteren Bevölkerungsschichten (Lattouf 2008, S. 38). Insbesondere kann davon ausgegangen werden, dass sich „materielle Armut [...] häufig auch psycho-emotional deprivierend auf das Kind“ auswirkt (Lattouf 2008, S. 38). Auch Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung von Müttern und der Ausbildung von ADHS bei ihren Kindern konnten hergestellt werden (Lesesne/ Visser/ White 2003).

Für den arabischen Bereich wird ein sozialer Risikofaktor genannt, der in westlichen Studien nicht auftaucht: Es könne in polygamen Familien ein erhöhtes Risiko für Kinder bestehen, an ADHS zu erkranken, etwa weil die Eltern zu wenig Zeit für ihre Kinder hätten (zum Beispiel Farah et al. 2009, S. 8). Welche Rolle die Polygamie als familiärer oder genetischer Faktor tatsächlich spielt, ist noch zu untersuchen. Weiterhin unterscheidet sich die Forschungslage in arabischen Ländern von anderen Regionen dadurch, dass einige Studien nach den Auswirkungen von Kriegshandlungen und daraus entstehenden Traumata gefragt haben. So hat es 1999 eine Untersuchung unter palästinensischen Schulkindern im Gazastreifen gegeben. 2002 wurde eine Untersuchung unter Kindern durchgeführt, die aufgrund der Militäroperationen in Süd- und West-Bekaa 1996 im Libanon verwaist waren, und ebenfalls im Libanon wurde eine Studie über Kinder und Erwachsene erstellt, die den Krieg 2006 miterlebt hatten (Farah et al 2009, S. 6). Die Prävalenzraten dieser Studien waren nicht übermäßig hoch, was

aber nicht grundsätzlich darauf schließen lässt, dass ADHS nicht auch eine Folge von Krieg sein kann.

Die Risikoforschung hat sich mit Verhaltensauffälligkeiten wie ADHS befasst (Ålħğ 2013). Einerseits sind es Merkmale, die im Kind angelegt sind, und andererseits äußere Stressoren, die zu Entwicklungsrisiken führen. Die Situation wird umso problematischer für ein Kind, wenn es eine Kombination vieler bestimmter Risikoaspekte bewältigen muss, wenn diese lang andauern (Ålħğ 2013). Problematische Ausgangslagen fangen schon im frühesten Kindheitsalter an zu wirken. Wenn Babys eine gute Bindung zu Bezugspersonen haben und psychisch ausgeglichen sind, können sie aufmerksam sein und auf Reize angemessen reagieren (Ladwig 2010, S. 18). Angemessen bedeutet dabei unter anderem, bei zu vielen Reizen einige auch ausblenden zu können. Viele von ADHS betroffene Kinder können als Babys und auch später dieses Ausblenden nicht umsetzen. Ladwig erläutert, dass Kinder mit ADHS oder ADS nicht richtig fokussieren und die zu verarbeitenden Reize nicht gut sortieren können. Damit können sie sie im Gehirn nicht effektiv speichern und schwer mit dem vergleichen, was sie schon kennen. „Daher ist auch die weitere Verarbeitung suboptimal, und es kommt zu einer impulsiven, oberflächlichen, unüberlegt erscheinenden Reaktion“ (Ladwig 2010, S. 20).

Die bereits erwähnte genetische Situation bedeutet, dass viele von ADHS betroffene Kinder Eltern haben, die ebenfalls unter ADHS leiden. Für diese Erwachsenen geht ihre Störung einher mit sozialen und beruflichen Schwierigkeiten. Erschwert wird der Alltag davon, dass Erwachsene (wie auch Kinder) nicht nur ADHS, sondern auch andere, begleitende Erkrankungen („Komorbiditäten“) haben, etwa Depressionen und andere affektive Störungen sowie Angst- oder Persönlichkeitsstörungen (Jans et al. 2008, S. 336). Diese wiederum können zu einem negativem Familienklima führen. Die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern sind häufig geprägt von nicht konsequentem Erziehungsverhalten. In Kapitel 2 wurde bereits die Problematik beschrieben, dass manche Eltern positive Leistungen ihrer Kinder äußeren Faktoren zuschreiben und negative Verhaltensweisen ihnen selbst. „Der sich in der Interaktion mit dem Kind mit ADHS entwickelnden negativ-straftenden, Positives ignorierenden und inkonsequenten Erziehungshaltung der Eltern wird eine wesentliche Rolle bei der Verfestigung der externalisierenden Verhaltensproblematik zugeschrieben“ (Jans et al. 2008, S. 335).

Nicht nur führt die Störung der Eltern dazu, dass sie genetisch und erzieherisch diese an ihre Kinder weitergeben. Zudem fällt es ihnen auch schwerer, ihren Kindern zu helfen oder helfen zu lassen. So weisen Jans et al. (2008) auf eine Schwierigkeit hin, die Eltern haben können, wenn sie selbst von ADHS oder anderen psychischen Störungen beeinträchtigt sind: Dadurch können sie möglicherweise nicht gut an verhaltenstherapeutischen Elterntrainings teilnehmen oder die dort erlernten Möglichkeiten im Alltag nicht umsetzen.

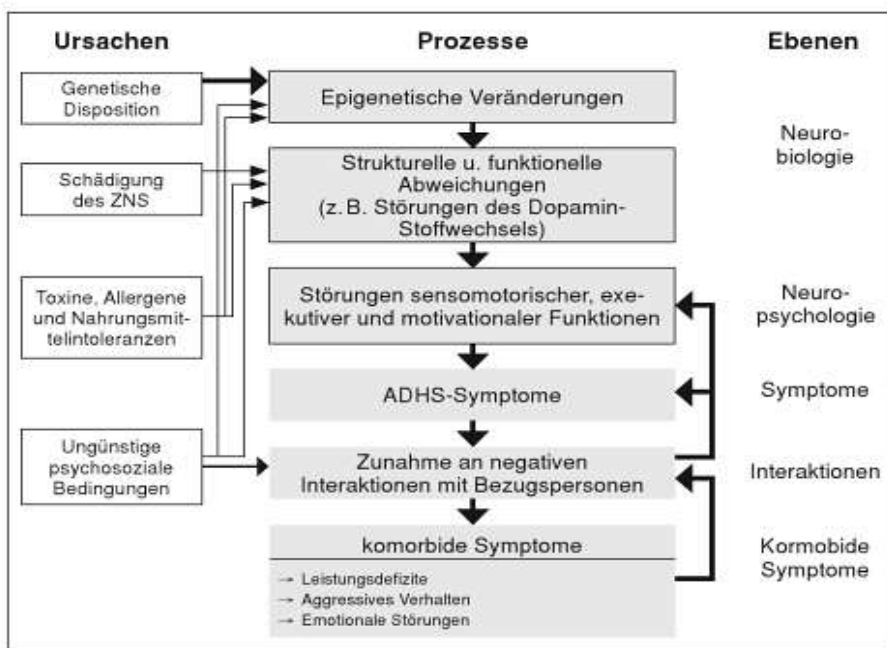


Abbildung 2: Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von ADHS (Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 17)

Auch die Schule und andere persönliche Umfeldler der Betroffenen sind Teil ihrer sozialen Welt und bringen psychosoziale Dynamiken mit sich. Das biopsychosoziale Modell, das unter anderem Döpfner, Frölich und Lehmkuhl vertreten (2013), beinhaltet neben genetischen Einflüssen die Bedeutung von Familie und Schule. Diese können bei ADHS-Kindern ungünstige Entwicklungen fördern. Dabei sind diese Bereiche zwar wichtig, haben aber nur moderierende Funktion. Das heißt, hier liegen nicht die alleinigen Ursachen für ADHS, sondern diese Faktoren wirken ein auf und verstärken bereits bestehende andere Gründe (Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 16). Die Vielfalt von Ursachen und ihr Zusammenspiel verdeutlicht Abbildung Nr 2.

3.3 Eigenschaften und Behandlungsmöglichkeiten

Die Prävalenz ist die Häufigkeit, mit der eine Erkrankung oder eine Störung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe (zum Beispiel in der Bevölkerung eines Landes) auftritt. Zur Berechnung wird die Anzahl der Betroffenen ins Verhältnis gesetzt zur Gesamtpersonenzahl. Auch die Epidemiologie untersucht die Verteilung von Erkrankungen in der Bevölkerung. Sie fragt nicht nur, wie häufig eine Krankheit in einer Region oder einer Gruppe vorkommt, sondern auch warum und mit welchen Auswirkungen. Um sicherzugehen, dass es tatsächlich bei den betrachteten Störungen um ADHS oder ihre Unterformen geht, muss bei epidemiologischen Betrachtungen die Abgrenzung von möglichen anderen Erkrankungen berücksichtigt werden. Dazu muss bei jedem einzelnen Fall im Rahmen der ärztlichen Feststellung einer ADHS-Diagnose die Differenzialdiagnostik berücksichtigt werden.

3.3.1 Prävalenz und Epidemiologie

Sowohl international als auch in Deutschland hat die Anzahl der von ADHS betroffenen Personen in den letzten Jahrzehnten zugenommen (Schlack et al. 2014). In einer deutschen Studie wurde ein Vergleich der Prävalenzraten der Zeiträume 2003 bis 2006 und 2009 bis 2012 durchgeführt. Es wurde jedoch kein deutlicher Unterschied zwischen den ersten Jahren und dem zweiten Zeitraum festgestellt. In die Studie wurden Kinder im Alter von drei bis 17 Jahren einbezogen. Bei Prävalenzuntersuchungen ist es wichtig, zu sehen, wie Fälle gezählt werden (Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2000, S. 5) und wie die Untersuchungen aufgebaut sind, das heißt, wer gefragt wird, wie gefragt wird und wonach genau gefragt wird (Steinhausen 2010b, S. 29). Es werden unterschiedliche Fragebögen in den Studien verwendet und es werden manchmal die Diagnosen nach DSM und teilweise nach ICD zugrunde gelegt.

In der Studie von Schlack et al. (2014) wurden die Eltern gefragt, ob ein Arzt/eine Ärztin oder eine Psychologin/ein Psychologe bei ihrem Kind schon einmal ADHS diagnostiziert hatte. Außerdem wurden bestimmte Kinder, die in einem ADHS-Test als Verdachtsfälle eingestuft wurden, mitgezählt. Über 10 % der Kinder in Deutschland haben demnach entweder ADHS oder sind Verdachtsfälle. Mehr als vier Mal so viele Jungen wie Mädchen sind betroffen. Außerdem stellte sich heraus: „Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren mehr als zweieinhalbmal so häufig betroffen wie solche aus Familien mit hohem Sozialstatus“ (Schlack et al. 2014, S. 822). Studien, die

zeitliche Entwicklungen erfassen, sogenannte Verlaufs- oder Längsschnittstudien, zeigten, dass die Störungen über mehrere Monate bestehen geblieben waren. Bei einer Untersuchung, die sich über neun Jahre erstreckte, hatte zum Schluss nur noch ca. ein Viertel der Betroffenen eine ADHS-Diagnose. Was dieses Gleichbleiben oder Abnehmen verursacht hatte, konnte nicht endgültig geklärt werden (Steinhausen 2010b, S. 36 f.).

Die meisten Untersuchungen haben bisher nach der Prävalenz und nach epidemiologischen Aspekten bei Kindern und Jugendlichen gefragt. Eine große internationale Erhebung mit Erwachsenen wurde im Jahr 2007 auf mehreren Kontinenten mit über 11.000 Teilnehmenden durchgeführt (Steinhausen 2010b, S. 31). Sie ergab eine Prävalenzrate von 3,4 %, „wobei die Prävalenz in Ländern mit niedrigem Einkommen bei 1,9 % und in Ländern mit höherem Einkommen bei 4,2 % lag“ (Steinhausen 2010b, S. 31). Auch bei Erwachsenen gibt es mehr männliche Betroffene als weibliche (Steinhausen 2010b, S. 34). Mit zunehmendem Alter gehen die Prävalenzraten in den meisten Studien zurück (Steinhausen 2010b, S. 35).

Ein großer Teil der vorliegenden Studien wurden vor allem in den USA durchgeführt. Es gibt jedoch auch andere Untersuchungsbereiche und Herkunftsländer. Forschungsarbeiten, die europäische Länder verglichen, kamen auf Prävalenzen bei Kinder zwischen 3,6 % und 6,7 % sowie bei Jugendlichen zwischen 2,2 % und 2,6 % (Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 4 f.). Wurde nach den Subtypen gefragt, also nur nach Aufmerksamkeitsstörungen (ADS) oder nur nach Hyperaktivitätsverhalten, wurden vergleichsweise mehr Mädchen mit ADS und eher mehr Jungen mit impulsiver Hyperaktivität erfasst als bei ADHS (Steinhausen 2010b, S. 35). ADHS ist in bestimmten Forschungen mit 80 % der häufigste Typ gewesen, während in anderen die Unaufmerksamkeit im Vordergrund stand (Schimmelmann et al. 2006, S. 426). Nach Ländern aufgeschlüsselte Ergebnisse haben Al Hamed et al. zusammengetragen (2008). Danach wurden bei Kindern Prävalenzen in den USA von 4 bis 8 % festgestellt, von 7,6 bis 9,5 % in Korea und von 10 bis 20 % in Indien.

Ein besonders hoher Wert hatte sich laut Al Hamed et al. für die Vereinigten Arabischen Emirate ergeben, für die eine Studie von Bu-Haroon, Eapen und Bener 1999 eine Prävalenzrate von 29,7 % ergeben habe (Al Hamed et al. 2008, S. 166). Farah et al.

schlagen als Hypothese zur Erklärung solch hoher Raten vor, dass wegen des negativen Einflusses von ADHS auf den Bildungsverlauf viele Eltern sehr genau auf Hinweise auf ADHS achten und ihre Kinder früh zu Untersuchungen und Behandlungen schicken (Farah et al. 2009, S. 8). Dieselbe Studie wird allerdings in anderen Quellen mit anderen Werten zitiert. So nennen Farah et al. diese Studie als Beispiel und geben die Prävalenz mit 14,9 % an. Zusammenfassend halten Farah et al. als Ergebnis ihres Reviews aller epidemiologischen Studien über ADHS in allen arabischen Ländern fest: „ADHD rates in Arab populations were similar to those in other cultures“ (Farah et al. 2009, S. 1). Eine weitere arabische Untersuchung ist von Al Hamed et al. vorgelegt worden (2008). Von ihnen wurden knapp 1.300 Grundschüler in Dammam City in Saudi-Arabien befragt. Es wurde herausgefunden, dass dort die Prävalenz von ADHS 16,4 % betrug. Der hyperaktiv-impulsive Subtyp hatte eine Prävalenz von 12,4 % und der aufmerksamkeitsgeminderte Subtyp von 16,3 % (Al Hamed et al. 2008, S. 165).

3.3.2 Abgrenzung von anderen Störungen und mögliche Begleiterkrankungen

Eine Reihe von Krankheiten, von denen ADHS abzugrenzen ist, ist in Tabelle Nr. 3 wiedergegeben. Es handelt sich hier um Störungen, die mit ADHS verwechselt werden könnten. Eine eindeutige Diagnose ist jedoch wichtig für die richtige Wahl der Behandlung, etwa wenn Psychotherapie oder Medikamente verschrieben werden sollen.

Andere körperliche Ursachen	Altersgemäße Verhaltensweisen bei aktiven Kindern	Oppositionelle Verhaltensweisen
Zum Beispiel Sehstörungen, Hörstörungen, Schlafmangel, bestimmte Medikamente	Die Abgrenzung zwischen Hyperaktivität und „normaler“ aber intensiver Aktivität ist schwierig.	Manche Kinder widersetzen sich Handlungsaufforderungen von Lehrkräften und Eltern, was auf ADHS hinweisen kann, aber nicht muss.
Können als Aufmerksamkeitsdefizit missverstanden werden	Nur eine gesteigerte Aktivität kann kein ausreichender Hinweis auf ADHS sein.	Unter anderem muss bei der Diagnosestellung mögliche kindliche Aggression von Hyperaktivität unterschieden werden.

Tabelle 3: Einblick in Differenzialdiagnosen zu ADHS (in Anlehnung an Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 6)

Ein beträchtlicher Teil der Kinder mit ADHS (ca. 60 %) zeigt nicht nur die typischen „Kernsymptome“ von ADHS, sondern weitere psychische Auffälligkeiten und Störungen,

die als Komorbiditäten bezeichnet werden. So werden bei vielen Kindern Störungen des Sozialverhaltens, Entwicklungs- und emotionale Störungen festgestellt (zum Beispiel bei Schimmelmann et al. 2006, S. 426 oder Farah et al. 2009, S. 8). Sie wirken als zusätzliche Risikofaktoren. Kinder, die die kombinierte Störung ADHS haben, weisen mehr Komorbiditäten auf als Kinder, die nur hyperkinetisch oder nur unaufmerksam sind. Dabei kommen insbesondere aggressiv-dissoziale Störungen vor. Auch haben die betroffenen Kinder innere Befindlichkeiten wie Ängste oder Depressionen. Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten treten häufig auf, ebenso wie Entwicklungs- und Lernstörungen. Je früher die komorbiden Erscheinungen auftreten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass später massive Langzeitfolgen sichtbar werden. Dazu gehören Kriminalität und Drogenmissbrauch (Döpfner/ Frölich/ Lehmkuhl 2013, S. 7).

Internationale Befunde sind von der Art der Komorbiditäten her ähnlich wie die deutschen. Farah et al. (2009) haben Ergebnisse zweier arabischer Studien dazu gefunden. Demnach leiden von ADHS betroffene Kinder und Erwachsene zusätzlich häufig unter affektiven Störungen wie Depression oder bipolarer Psychose. Lern-, Sprech- und Kommunikationsstörungen wurden ebenso angetroffen wie Angststörungen und Einnässen. Eine weitere Studie, die nur Erwachsene untersucht hatte, wies zusätzlich erhöhten Substanzmissbrauch nach (Farah et al. 2009, S. 6 f.). 2003 führte Al Haidar eine Untersuchung in einer psychiatrischen Kinderklinik in Riad in Saudi-Arabien durch. 28,3 % der dort behandelten Kinder, die mit ADHS diagnostiziert worden waren, wiesen zusätzliche Sprachstörungen auf und 38,7 % leichte Intelligenzminderung (Al Haidar 2003, S. 988).

Eine niederländisch-amerikanische Studie aus dem Jahr 2013 hat sich speziell mit dem Gebrauch von Substanzen bei ADHS-Patienten und –Patientinnen befasst. Die *International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence Study* (IASP) hat hierzu internationale Daten von 3.558 drogen- und medikamentenabhängigen Personen aus 10 Ländern zusammengetragen und ausgewertet. Ca. 41 % der Befragten stellten sich auch als ADHS-Betroffene heraus (van de Glind et al. 2013, S. 233).

3.3.3 Therapie der ADHS

Grundlage einer guten Behandlung von ADHS und den beiden Unterformen ist, dass zunächst genau diagnostiziert wird, ob ein Kind bzw. eine erwachsene Person

tatsächlich eine dieser Störungen hat und welche. Außerdem ist zu klären, worin überhaupt das Problem liegt (Grothe/ Horlbeck 2006, S. 136, Döpfner/ Schürmann o. J., S. 18). Die Behandlung muss sich danach richten, welche Symptome genau vorliegen und inwiefern diese zu Schwierigkeiten führen (Steinhausen/ Rothenberger/ Döpfner 2010, S. 256). Häufig ist eine Heilung nicht möglich, so dass es stattdessen um „eine umfassende medizinische und psychosoziale Fürsorge und Versorgung“ geht (Steinhausen/ Rothenberger/ Döpfner 2010, S. 256). Ein genauer psychotherapeutischer und psychiatrischer Befund muss erarbeitet werden, der die betroffene Person in ihrem Umfeld genau einschätzt. Grundsätzlich ist es möglich, mit ADHS zu leben, ohne Medikamente zu nehmen. In vielen Fällen sind psychotherapeutische Vorgehensweisen und andere Maßnahmen gut und ausreichend. Die genaue Betrachtung der verschiedenen möglichen Problemlagen ist allerdings daher manchmal schwierig, weil Ärzte und Ärztinnen unterschiedliche Ansichten über ADHS haben. Während einige davon ausgehen, dass biologische und hirnorganische Besonderheiten die wichtigsten Auslöser sind, halten andere die Störung eher für eine psychologische und soziale Situation. Die Meinung über die Ursachen beeinflusst die Therapievorstellungen der medizinischen Fachleute (Grothe/ Horlbeck 2006, S. 138).

Bei der Therapie von Kindern ist es wichtig, zu unterscheiden, ob ein Kind aufgrund seiner Hyperaktivität und/oder seiner Aufmerksamkeitsstörung „nur“ unter den Störungen selbst leidet oder ob es so sehr beeinträchtigt ist, dass ein normaler Alltag nicht möglich ist. In diesem Fall kann ADHS zu weiteren Erkrankungen und sozialen Problemen führen. Daher ist es bei jedem Kind notwendig, unter anderem eine Untersuchung „seiner Beziehungsstruktur, der familiären Beziehungsdynamik, seiner biologischen und psychosozialen Entwicklung sowie entwicklungsfördernden und –hemmenden Bedingungen“ durchzuführen (Grothe/ Horlbeck 2006, S. 136). Erst auf dieser Grundlage kann entschieden werden, ob eine Behandlung mit Medikamenten sinnvoll ist. Denn wenn die Familie und die Schule mit dem Kind trotz seiner Störungen gut umgehen können, kann die Beratung und die Begleitung der Eltern und der Lehrkräfte der richtige Weg sein. (Grothe/ Horlbeck 2006, S. 137).

Schwierig wird es, wenn negative Schulerfahrungen entstehen, die den weiteren Bildungs- und Lebensverlauf beeinträchtigen können. Ist ADHS so ausgeprägt, dass es in den meisten Bereichen des Lebens problematische Auswirkungen hat, kann eine

„primäre Stimulanzientherapie“ notwendig sein (Döpfner/ Schürmann o. J., S. 19). In solchen Fällen kann eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein, um einen gelingenden Alltag zu gewährleisten (Grothe/ Horlbeck 2006, S. 138).

Neben den Möglichkeiten, mit oder ohne Medikamente zu behandeln, gibt es noch die multimodale Therapie. Sie kann folgende drei verschiedene Behandlungsformen umfassen: Psychotherapie, psychosoziale Maßnahmen und medikamentöse Behandlung (Pharmakotherapie) (Döpfner/ Schürmann o. J., S. 18). Steinhausen, Rothenberger und Döpfner nennen Psychoedukation als einen sinnvollen ersten Behandlungsschritt, also die Aufklärung der Betroffenen und ihrer Angehörigen über die psychischen Störungen (Steinhausen/ Rothenberger/ Döpfner 2010, S. 256). Ein multimodales Vorgehen ist zum Beispiel THOP (Therapieprogramm für Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten) von Döpfner (Döpfner/ Schürmann o. J., S. 19). Es besteht aus Verhaltenstherapie mit den Familienmitgliedern und anderen Personen im Umfeld des Kindes sowie aus medikamentöser Behandlung. Es kann also nicht nur das betroffene Kind auf verschiedene Arten behandelt werden, sondern es sind auch Therapien mit der Familie und Information der Lehrkräfte und der Eltern mögliche Wege, mit ADHS umzugehen (Döpfner/ Schürmann o. J., S. 19). Auch Grothe und Horlbeck berichten von verschiedenen Behandlungsansätzen aus der Praxis (Grothe/ Horlbeck 2006, S. 142). Eine weitere Behandlungsteilform können Ernährungsaspekte sein (Steinhausen/ Rothenberger/ Döpfner 2010, S. 256 f.).

3.4 Verfügbare Grundlagen zum Kenntniserwerb

Die Forschung hat gezeigt, dass das Wissen von Lehrkräften und Eltern wichtig ist für den Umgang mit ADHS und den weiteren Verlauf einer Störung (Murray 2009, S. 20). Fehlende oder fehlerhafte Informationen können dazu führen, dass hilfreiche Maßnahmen nicht gesucht und gefunden werden und dass sich ADHS verfestigt und zu weiteren Problemen führt (Perold/ Louw/ Kleynhans 2010, S. 469). Zu den Kenntnisständen von Lehrkräfte, aber auch von Eltern wurde viel geforscht (zum Beispiel Anderson 2012, Bussing/ Schoenberg/ Perwien 1998, Scitutto 2013, Schmiedeler 2013). Auch wurden die Zusammenhänge untersucht zwischen dem Wissen der Eltern und ihrer ethnischen Herkunft (Bussing/ Schoenberg/ Perwien 1998, Akinbami et al. 2011., vgl. auch Murray 2009, S. 21). Es hat aber bisher nur wenige

Untersuchungen darüber gegeben, woher Eltern und Lehrkräfte Informationen über ADHS bekommen (Sciutto 2013, S. 2). In diesen wenigen Studien zeigte sich, dass Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern verschiedene Informationsquellen nutzen.

Während Eltern als natürliche Bezugspersonen und in der Regel umfänglichste Kenntnisnehmer und Beobachter des Verhaltens der Kinder im Zusammenhang der Erkennung und Intervention bei ADHS bedeutende Positionen einnehmen, sind es Erzieherinnen/Erzieher und Lehrkräfte deshalb, weil sie das Verhalten von Kindern über einen großen Zeitraum des Tages und im Kontext mit anderen Kindern sowie auch in Situationen besonderer kognitiver Herausforderungen und begleitender disziplinierender Anforderungen (Stillsitzen, Sprechen-wenn-man-drankommt u.ä.) erfahren können.

3.4.1 Internationale Befunde

In ihrer Befragung an Vorschulen in einer kleineren Stadt in den USA bekamen Stormont und Stebbins (2005) von 138 Lehrkräften unter anderem die Antworten, die Tabelle Nr. 4 wiedergibt. Die in dieser Tabelle auch genannten beiden Bildungsmöglichkeiten, Artikel über ADHS gelesen zu haben und Kurse besucht zu haben, hat Schmiedeler als besonders relevant für den Umgang der Lehrkräfte mit ADHS-betroffenen Kindern erkannt (Schmiedeler 2013, S. 151). Bei der Betrachtung von wissenschaftlichen Artikeln muss allerdings beachtet werden, dass diese unterschiedliche Ausrichtungen haben und von Menschen geschrieben wurden, die nicht alle die gleiche Meinung vertreten. Becker hat Artikel in pädagogischen Zeitschriften verglichen (2007). Danach glaubt ein Teil der Autoren und Autorinnen an genetische Ursachen, ein anderer Teil sieht biologische und umweltbezogene Ursachen und ein dritter Teil glaubt, dass ADHS keine psychische Störung sei, sondern ein gesellschaftliches „Etikett“ (Becker 2007, S. 190). Daraus wird deutlich, dass die Einteilung in richtige und falsche Informationen schwierig sein kann. De Area Leao Borges weist außerdem kritisch darauf hin, dass Medien und Journalismus erkannt hätten, dass viele Menschen an die Meinungen von Fachleuten glauben möchten und dass sie nutzbare Informationen suchen. Das führe dazu, dass bestimmte Fachmeinungen und einfache Lösungen, wie zum Beispiel Medikamentengabe, in den Medien häufig zu finden sind. Sowohl Lehrkräfte als auch Eltern wünschten sich diese Inhalte in den Medien (de Area Leao Borges 2010, S. 8 f.).

Woher haben Sie unterrichtsbezogene Kenntnisse über ADHS?		
	Ja	Nein
Mit einer Ärztin/einem Arzt gesprochen	7 %	93 %
Ein Buch gelesen	34 %	66%
Einen Artikel in einer wissenschaftlichen Zeitschrift gelesen	61 %	39 %
Einen Artikel in einem nicht-wissenschaftlichen Magazin gelesen	81 %	19 %
An einem Kurs teilgenommen, in dem es unter anderem um ADHS ging	50 %	50 %
An einem Kurs teilgenommen, in dem es nur um ADHS ging	6 %	94 %

Tabelle 4: Informationsquellen von Vorschullehrern und -lehrerinnen (Stormont/ Stebbins 2005, S. 57)

Internationale Studien haben gezeigt, dass Lehrkräfte in vielen Bereichen daran interessiert sind, sich über ADHS weiterzubilden (Moldavksy/ Sayal 2013, S. 4). In Kanada, dem Iran, Pakistan, den USA, Brasilien wurden entsprechende Bildungsprogramme ausgewertet. Alle Programme führten zu verbessertem Bildungsstand, aber es wurde nur in einem Fall untersucht, ob die Verbesserungen über lange Zeit bestehen würden (Moldavksy/ Sayal 2013, S. 4, Perold/ Louw/ Kleynhans 2010). Weitere Studien haben ergeben, dass Lehrkräfte mittlere bis gute Kenntnisse über ADHS im Allgemeinen haben, aber wenig über Behandlungsformen wissen (Murray 2009, S. 13).

Eltern bekommen Informationen, indem sie unter anderem die Mitarbeitenden in den Schulen befragen (Becker 2007, S. 187). Außerdem fragen sie Ärzte und Ärztinnen und informieren sich über soziale Netzwerke und Medien (Sciutto 2013, S. 2). Ob sie hierbei korrekte Informationen bekommen, ist unklar. Besonders das Internet kann auch eine Quelle von Fehlinformationen über Gesundheitsthemen sein (Sciutto 2013, S. 2). Sciutto fand heraus, dass Eltern mit korrekten Informationen medikamentöse Behandlung oft befürworten. Eltern, die eher falsche Einstellungen zu ADHS haben, lehnen Stimulanzen (wie zum Beispiel Ritalin) eher ab. Sie glauben häufiger daran, dass die Ernährung der Kinder verändert werden müsse. Dabei spielt besonders die Frage des Zuckerkonsums eine Rolle (Sciutto 2013, S.4). Die Meinung, dass es den betroffenen Kindern helfen würde, weniger Zucker oder weniger Zusatzstoffe zu sich zu nehmen, hält sich hartnäckig (Perold/ Louw/ Kleynhans 2010, S. 469). Wissenschaftlich wurde jedoch kein Zusammenhang zwischen Zucker und ADHS nachgewiesen (Gebhardt et al. 2008, S. 27).

3.4.2 Informationslage in Deutschland

Wird das Stichwort „ADHS“ bei Google eingegeben, gibt es 1.190.000 Ergebnisse nach einer Suchzeit von 0,41 Sekunden (Suche durchgeführt am 4. April 2015). Die Menge der Informationen, die zu bekommen ist, ist also sehr, sehr groß. Zwar sind die Google-Ergebnisse vom sonstigen Nutzungsverhalten der Suchenden abhängig. Doch lässt sich sagen, dass unter den ersten erscheinenden Seiten unter anderem Anzeigen von Privatschulen und privaten Bildungs- und Hilfsangeboten sind sowie Informationen kommerzieller Medienfirmen und privat abrechnender medizinischer Praxen. Die Inhalte sind weitgehend aktuell und die Seiten aktualisiert. Zudem dürfte bei vielen Suchenden Wikipedia erscheinen. Die Seite www.adhs-deutschland.de gehört einer Selbsthilfeorganisation, die zum größten Teil von den Krankenkassen, aber auch von Pharma-Unternehmen finanziert wird. Hier haben Interessierte die Möglichkeit, über ein – aktuell gepflegtes – Forum an Austausch teilzunehmen. Als am ehesten „offizielle“ Seite erscheint www.adhs.info. Die Seite wird vom Bundesgesundheitsministerium gefördert.

Wer direkt auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums nach „ADHS“ sucht, erhält 136 Suchergebnisse. Die meisten sind Pressemitteilungen oder Studien aus den letzten ca. sechs Jahren. Für Laien sind diese Informationen wenig hilfreich. Einer der Links führt jedoch auch zu einer weiteren Ministeriumsseite. In der Rubrik *Kindergesundheit* findet sich ein längerer Eintrag zu ADHS. Von hier kommen die Suchenden auch zur Seite www.adhs.info. Ratsuchende werden von hier zum einen zu www.zentrales-adhs-netz.de weitergeleitet. Das Impressum nennt dort Prof. Manfred Döpfner als Verantwortlichen, der auch einen großen Teil der relevanten Literatur zu ADHS in Deutschland veröffentlicht hat. Zum anderen gelangen Hilfesuchende von der Seite www.adhs.info zur Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), www.bzga.de. Die BZgA ist nach eigenen Angaben eine „Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit“ (BZgA 2015).

Die BZgA bietet insbesondere eine relativ leicht verständliche Broschüre mit Comic-ähnlichen Bildern. Sie hat den Titel *adhs aufmerksamkeitsdefizit/ hyperaktivitätsstörung... was bedeutet das?* und wendet sich zum Beispiel an Eltern. Sie bietet einen ersten Überblick über ADHS. Sie kann heruntergeladen oder in Papierform per Post bestellt werden. Neben vielen allgemeinen Informationen finden sich in der

Broschüre Telefonnummern und Internetadressen von verschiedenen Organisationen und medizinischen Verbänden. Damit kann diese Broschüre ein hilfreicher Einstieg in das Hilfesystem für viele Eltern und Betroffene sein. Es gibt sie allerdings nur auf Deutsch. Für Informationen in anderen Sprachen empfiehlt die BzGA die Internetseite www.adhs.info. Hier gibt es Hinweise auf Türkisch und Russisch, nicht jedoch auf Arabisch.

Weitere Informationen finden Eltern und Interessierte in Büchern. Auf dem Buchmarkt gibt es viele Ratgeber, die sich an Laien wenden. Das Medienverkaufsunternehmen Amazon bringt diverse Vorschläge, wenn auf der Seite www.amazon.de nach „ADHS Ratgeber“ gesucht wird. Viele der dort genannten Bücher sind jedoch keine leicht verständlichen Ratgeber, sondern wissenschaftlich orientierte Bücher. Werden diese weggelassen, so erscheinen die Bücher in Tabelle Nr.5 als die ersten fünf (Filterkriterium: „Erscheinungsdatum“, Suche durchgeführt am 5. April 2015). Die ersten drei davon sind von wissenschaftlich und medizinisch tätigen Personen verfasst worden und dürften weitgehend der gängigen Lehrmeinung über Ursachen und Therapien von ADHS entsprechen. Auffällig ist jedoch, dass alle eher den Fokus auf nicht-medikamentöse Behandlung und Selbsthilfe bei ADHS legen. Das Buch von Richard Saul hat einen etwas verschwörerischen Anstrich und Ruediger Dahlke ist als esoterischer Autor für diverse Gesundheitsthemen auf dem Ratgebermarkt aktiv.

nicht-wissenschaftliche ADHS-Ratgeberliteratur		
Autoren/Autorinnen Titel Erscheinungsjahr	Hintergrund der Verfasser und Verfasserinnen	Verlagsinformation
Retz, W. & D'Amelio, R., Rösler, M. ADHS im Erwachsenenalter. Strategien und Hilfen für die Alltagsbewältigung (Rat & Hilfe) 2015	Die Autoren sind im Bereich Psychiatrie/Psychologie der Universität Saarland und am dortigen Klinikum tätig und veröffentlichen sonst wissenschaftliche Arbeiten sowie Fachbücher zu ADHS.	„Ursachen, Erscheinungsformen, Begleiterscheinungen und therapeutischen Möglichkeiten bei ADHS im Erwachsenenalter. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den Möglichkeiten des Selbstmanagements der Betroffenen. Der Ratgeber bietet diesbezüglich zu jedem Kapitel Arbeitsmaterialien“ (www.kohlhammer.de)
Bischkopf, J. & Bischkopf, M. Diagnose ADHS: Alternativen für eine Schulzeit ohne Psychopharmaka 2015	Die Autorinnen sind Psychologie- Professorin an der Fachhochschule Kiel und Grundschullehrerin in Berlin.	„Immer mehr Schülern werden aufgrund von Verhaltensproblemen Psychopharmaka verschrieben. [...] Mithilfe vieler Fallbeispiele aus dem Schulalltag zeigt dieses Buch, wie 'schwierigen' Kindern auch ohne Medikamente geholfen werden kann, wenn Lehrer, Klassengemeinschaft und Eltern kindzentriert und partnerschaftlich agieren“ (www.psychiatrie-verlag.de).
Hauch, M. & Hauch, R. Kindheit ist keine Krankheit: Wie wir unsere Kinder mit Tests und Therapien zu Patienten machen 2015	Kinderarzt und Journalistin	Die Autorin und der Autor möchten „die Eltern stärken, ihren Kindern zu vertrauen und ihnen die Chance zu geben, sich nach ihrem eigenen Entwicklungsplan entfalten zu dürfen“ (www.fischerverlage.de).
Saul, R. Die ADHS-Lüge: Eine Fehldiagnose und ihre Folgen - Wie wir den Betroffenen helfen 2015	ehemaliger Kinderarzt und Psychiater, Chicago	„Unter den Millionen Menschen mit der Diagnose ADHS ist kein einziger zu finden, der wirklich ADHS hat. Das behauptet der amerikanische Kinderarzt und Neurologe Richard Saul. Das Schlimme daran: Die von dieser Diagnose Betroffenen werden alle falsch behandelt“ (www.klett-cotta.de).
Dahlke, R. Wenn wir gegen uns selbst kämpfen: Die seelischen Muster hinter Infektionen, Allergien, Hyperaktivität bis zu Impfproblemen 2015 mit CD	„Arzt, Psycho- therapeut, Autor“ (Angaben von seiner Website). Der Autor hat eine große Anzahl an Büchern zu Gesundheitsthemen verfasst, mit esoterischer Ausrichtung.	„Krankheiten als Ausdruck innerer Angespanntheit, Wut und unterdrückter Aggression. Dabei sind Ärger und Wut Urprinzipien des Lebens und es gibt viele neue Wege, sie positiv umzumünzen – und sie eben nicht aus sozialen Zwängen zu unterdrücken. Statt in den inneren Kampf gegen uns selbst zu treten, müssen wir den Mut zur Veränderung aufbringen“ (www.randomhouse.de).

Tabelle 5: aktuelle nicht-wissenschaftliche Literatur zu ADHS (Internetseite Amazon und Verlagshomepages, eigene Zusammenstellung)

In einem Bereich zwischen Information und Behandlung sind Angebote für Eltern angesiedelt, in denen in Einzel- oder Gruppensitzungen das Leben mit den von ADHS betroffenen Kindern bearbeitet wird. Es gibt Elternberatung und Elterngruppen (Barkley 1987), Elterntrainings (Kienle/ Koerber/ Karch 2009), therapeutische Elterngruppen (Kienle/ Koerber/ Karch 2009) oder verhaltenstherapeutische Interventionen im häuslichen Bereich (Kienle/ Koerber/ Karch 2009, S. 17). Es nehmen hieran die Eltern selbst teil oder in manchen Angeboten auch die ganze Familie. Inhaltlich werden Tipps für den Alltag gegeben, Erziehungs- und Beziehungsthemen werden besprochen und in manchen Gruppen werden die Eltern angeleitet, „sich von den Wunschvorstellungen eines sogenannten Vorzeigekindes zu verabschieden und ihr ADHS-Kind innerlich anzunehmen“ (Kienle/ Koerber/ Karch 2009, S. 19).

Im Bereich der Selbsthilfe gibt es für Personen, die sich mit anderen Betroffenen vernetzen möchten, in Deutschland viele Möglichkeiten. Die schon genannte Internetseite www.adhs-deutschland.de wird zum Beispiel vom Selbsthilfeverein *ADHS Deutschland e.V.* betrieben. Der Verein gibt außerdem regelmäßig eine Zeitschrift mit dem Titel „neue Akzente“ heraus, die Informationen und Kontaktmöglichkeiten für Betroffene und Interessierte bietet. Darüber hinaus bestehen verschieden regionale Selbsthilfegruppen. Diese werden in der Regel öffentlich bzw. über Krankenkassenzuschüsse finanziert. Hinter einigen Anlaufstellen, die wie Selbsthilfestellen wirken, verbergen sich privatwirtschaftliche Praxen, was für viele Hilfesuchende nicht immer leicht zu durchschauen sein dürfte (zum Beispiel *ADHS-Institut Berlin* oder www.sozialtrainer.de/hilfe/adhs-selbsthilfegruppen).

3.4.3 Wissen und Ressourcen in arabischen Ländern

Wird das Stichwort „ADHS, arabische Sprache“ bei Google eingegeben, gibt es 123.000 Ergebnisse nach einer Suchzeit von 0,34 Sekunden (Suche durchgeführt am 4. April 2015). Die Menge der Informationen, die zu bekommen ist, ist also unter diesem Suchbegriff sehr klein im Vergleich zu deutschsprachigen Seiten.

Die Seite www.gulfkids.com von Dr. Alsabe ist eine private Webseite mit sonderpädagogischen Inhalten. Sie bietet über 20 wissenschaftliche Artikel, in denen es

unter anderem um ADHS geht, und zwei Artikel, die nur von ADHS handeln. Die weiteren mehr oder weniger hilfreichen Seiten sind:

- ein Wikipedia-Eintrag
- eine Facebook-Seite
- ein kleiner Artikel auf der Umm Al-Qura University-Seite

Die restlichen Seiten sind weitgehend nutzlos. Sie geben nur einige Definitionen oder versuchen, über dieses Problem im Rahmen von Schule zu berichten. Im Gegensatz zu den deutschen Seiten zeigt google.com allerdings auch keine kommerziellen Seiten wie zum Beispiel Anzeigen von Privatschulen, privaten Bildungsanbietern, von ärztlichen Praxen für ADHS oder für sonstige Hilfsangebote. Auch sind sehr wenige Hinweise auf Bücher über die Störung zu finden. Ohne Übertreibung lässt sich sagen, dass die Anzahl erhältlicher arabischer Bücher mit dem Begriff *ADHS* im Titel 20 nicht überschreitet.

Von offizieller Seite ist die Informationslage ebenfalls sehr dürftig: Das saudische Ministerium für Gesundheit mit seiner Webseite www.moh.gov.sa hält gar keine Information über ADHS bereit. Auch fehlen Angaben über Ärztinnen und Ärzte, die mit ADHS-Betroffenen arbeiten. Die Seite des Bildungsministeriums (www.moe.gov.sa) enthält auch gar keine Informationen über ADHS. Es gibt dort nur einige Nachrichten über ein neues Programm für ADHS-Kinder in der Primarschule, das zur Zeit erstellt wird und ab nächstem Jahr umgesetzt werden soll. Saudi-Arabiens Bildungsministerin nahm 2014 die Erstellung von Programmen vor für Schüler und Schülerinnen der Primarstufe, die von ADHS betroffen sind. Für sie gibt es die Möglichkeit der kompletten Integration in den normalen, regulären Grundschulablauf. Dies wird mit der Bereitstellung von sonderpädagogischer Förderung bei Bedarf erreicht. In diesen Programmen wird mit modernen Methoden und wissenschaftlich fundierten pädagogischen und psychologischen Praktiken gearbeitet. Die Umsetzung erfolgt ab dem nächsten Jahr, also ab 2016.

Das Ministerium für Bildung in Saudi-Arabien bietet keine pädagogischen oder psychologischen Dienstleistungen für ADHS-Kinder oder ihre Eltern an. Das Ministerium sieht nur für Kinder mit Lernschwäche einige Dienste vor. Das kann eine Lerntherapie mit besonderem Unterricht, räumlich von den anderen Kindern getrennt,

sein. Eine Statistik des Ministeriums für Bildung zeigt, dass in Saudi-Arabien nur sehr wenige Schüler und Schülerinnen mit Lernschwäche identifiziert werden, um mit ihnen die notwendigen Programme in ihren Schulen durchzuführen. Trotz der großen Zahl von mehr als 28.000 Schulen in Saudi-Arabien, bieten weniger als 5% der Schulen Unterstützung für Kinder mit Lernschwäche. Immerhin hilft dieses geringe Angebot indirekt auch Kindern mit ADHS, da viele von ihnen auch eine Lernschwäche haben.

Auch von wissenschaftlicher Seite ist die Informationslage zu ADHS in Saudi-Arabien erforscht worden (zum Beispiel Āḥmd 2002 oder 'tmāhn 2005). Schon 1999 wurde beklagt, dass in den entwickelten Ländern das Thema im Fokus stand und dass es Hilfe und Trainingsprogramme für Eltern gab, die es leider in arabischen Ländern nicht gab (Āli / Bdr 1999). Das Ausmaß der Problematik ist mittlerweile sehr groß und die Medizin ist kaum darauf eingestellt: Eine neue wissenschaftliche Studie bestätigt, dass 1,6 Millionen Kinder in Saudi-Arabien von ADHS betroffen sind. Es gibt jedoch nur 40 Ärzte, die ausreichend kompetent im Umgang mit diesem Störungsbild sind (Āl' ṭmān 2011). Tatsächlich jedoch gibt es keine verlässlichen Angaben zur ADHS-Prävalenz in den arabischen Ländern, außer einer schon recht alten Studie von Alshaks aus dem Jahr 1985, die eine Rate von ca. 5,71 % zeigt (Āl' āsmy 2008). 'tmāhn (2005) stellte daher fest, dass die verfügbaren Informationen über diese Erkrankung fast zu vernachlässigen sind und dass es auf alle Fragen zu ADHS in arabischen Ländern keine befriedigenden Antworten gibt.

Āḥmd (2002) hatte diesen Mangel schon erkannt und darauf hingewiesen, dass es in der arabischen Welt kein Interesse am Thema ADHS zu geben schien. Er fand keinerlei Studien oder Forschungen über ADHS, außer zwei Studien, die in Ägypten durchgeführt worden waren. In den arabischen Golfländern fand Āḥmd im Internet keine Studien oder Forschungsarbeiten über ADHS. Daher wandte er sich per Telefon und Mailings an die psychiatrischen Kliniken und pädagogischen Institute, die spezialisiert waren auf Kindererziehung und Störungen bei Kindern. Dort fragte er an, ob es Studien oder Forschungsvorhaben gäbe, erhielt aber überall verneinende Antworten. Eine von Āḥmd 2002 durchgeführte Studie in der Stadt Dammam im Osten Saudi-Arabiens untersuchte 1287 männliche Kinder. Er fand heraus, dass bei der Verbindung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung die Rate bei 16,7% lag. Etwas begrenzter war die Prävalenz des Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms allein:

hier betrug die Rate 16,5 %. Die Prävalenz von Hyperaktivität und Impulsivitätsstörung war 12,6 %. In einer Studie von ħmydy (2010) ging es um die Prävalenz in den Vereinigten Arabischen Emiraten. Bei den Diagnosen im Bereich ADHS zeigte sich, dass der Subtyp der Aufmerksamkeitsstörung der häufigste war mit einer Prävalenz von 8,3 %. Die Ergebnisse beim gemischten Bild von ADHS ergaben eine Rate von 5,2 % und beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp 7,4 %.

Al Hajje (2013) betont den Mangel an Ressourcen, die zur Verfügung stehen, um betroffenen Familien im Alltagsleben zu helfen, Psychotherapeuten oder qualifiziertes Gesundheitspersonal. Dieser Mangel führt zu weiteren psychologischen Druck auf die Eltern. Sie leiden unter dem geringen Bewusstsein für die Störungen, für Hyperaktivität und für Aufmerksamkeitsdefizitstörungen sowohl in den Bildungseinrichtungen als auch in der Gesellschaft. Zudem weist die schlechte Forschungs- und Versorgungslage auch auf einen Mangel an Bewusstsein für die Bedürfnisse der Betroffenen in diesem Bereich hin.

Dieser Befund bestätigt sich in einer Umfrage, die von der Al-Riyadh-Zeitung 2014 durchgeführt wurde. Viele Eltern von ADHS-Kindern machten deutlich, dass sie nicht genügend Unterstützung bekommen. Sie finden, dass die Gesellschaft gute Aufklärungskampagnen braucht und dass die Medien in ihrer Informationsfunktion erhebliche Aktivierung benötigen. Sie betonen auch, dass die privaten Krankenhäuser immer noch nur an der „Medizin“ interessiert sind. Die psychologischen Aspekte einer Krankheit eines Kindes würden dort weitgehend ignoriert. Hinzu käme, dass auch ärztliche Praxen und die Schulen unvorbereitet sind für den Umgang mit psychisch belasteten Kindern. Die Aussagen bestätigt der Leiter des ADHS-Vereins AFTA, Suad Yamani. Er beschreibt, dass Kinder und ihre Familien vor mehreren Schwierigkeiten stehen. Am wichtigsten ist der Mangel an erforderlicher Unterstützung im Bildungs- und akademischen Umfeld, sei es in Schulen, Hochschulen oder Universitäten. Seiner Ansicht nach ist der Grund dafür der Mangel an Bewusstsein der Erzieher und Pädagogen. Hinzu kommt eine allgemeine gesellschaftliche Unfähigkeit, die erforderliche Unterstützung in diesem Bereich zu schaffen (Āl ,Nṣāry 2011). AFTA ist der erste Verein, die im Nahen Osten geschaffen wurde, um von ADHS betroffenen Kindern und ihren Familien zu helfen. Er wurde offiziell im Sozialministerium unter der Nummer (474) vom 19. Ramadan 1430 registriert und in dem Jahr zugelassen (2000).

3.5 Zusammenfassung

Seit Ende des 18. Jahrhunderts gab es erste Vorstellungen über eine Störung, auf die das heute als Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bezeichnete Phänomen zurückgeführt werden kann. Über die Jahre und Jahrhunderte wurden mehr und mehr Informationen gesammelt. Teilweise zufällig, teilweise durch systematische Forschung wurde nach und nach deutlich, dass eine Vielzahl von Ursachen zu ADHS führen kann. So wurden außerdem verschiedene Behandlungsformen entwickelt, ausprobiert und verbessert. Ein wichtiger Wendepunkt war dabei die Entdeckung der Wirkung von Methylphenidat in den 1950er Jahren, das als Medikament zum Beispiel unter dem Namen Ritalin heute sehr bekannt ist und viel verschrieben wird. Seit Ende der 1960er Jahre wird die Krankheit im amerikanischen Psychatriekategorienmanual DSM (zu jener Zeit in der Fassung DSM II) geführt. Das hat mit dazu beigetragen, dass sie heute weltweit als psychiatrische Störung anerkannt wird. Die Forschung hat hauptsächlich in der westlichen Welt stattgefunden. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass das Phänomen weltweit, auch in arabischen Ländern, auftritt und für Kinder und ihre Familien eine große Belastung darstellen kann. Die für ADHS typische motorische Unruhe, Impulsivität und fehlende Konzentration sind für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld häufig problematisch.

Damit Einheitlichkeit und Sicherheit in der Diagnose erreicht werden können, sind im DSM (heute: DSM V) und im deutschen Klassifikationssystem ICD-10 die Symptome beschrieben. Die Medizin hat dazu weitere Anhaltspunkte formuliert, die vorhanden sein müssen, damit bei einer Person ADHS diagnostiziert werden kann. Das gleiche gilt für die beiden Unterkategorien, nämlich ADS (Aufmerksamkeitsdefizit-Störung) und HKS (Hyperkinetisches Syndrom). Die Störungen können sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen auftreten. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Es muss für die Diagnose und die spätere Behandlung genau darauf geachtet werden, ob nicht andere Problematiken vorliegen, die zu den typischen Symptomen führen, etwa körperliche Einschränkungen, ein nicht-krankhaftes motorisch aktives Verhalten oder einfach oppositionelle Einstellungen, besonders in der Schule.

Es wurde und wird noch immer viel darüber diskutiert, ob ADHS in der betroffenen Person selbst angelegt ist oder ob die Umwelt so wirkt, dass ADHS entstehen kann.

Tatsächlich kann diese Frage nicht so beantwortet werden, dass entweder das eine oder das andere richtig ist. Beteiligt an der Entstehung von ADHS sind einerseits neurochemische, neuroanatomische und genetische Faktoren. Das heißt, der chemische Haushalt im Gehirn ist zu beachten, ebenso wie die Funktionsfähigkeit und der Aufbau des Gehirns. Teilweise ist ADHS erblich bedingt. Andererseits spielen sozioökonomische und psychosoziale Bedingungen eine Rolle: Wenn zum Beispiel Familienmitglieder psychisch krank sind, Eltern bestimmte Erziehungsverhalten haben, sich nicht genug um ihre Kinder kümmern können oder wenn die Familie finanzielle Sorgen und Konflikte hat, kann das ADHS-Risiko steigen. Auch die Situation in der Schule ist wichtig. Je mehr von solchen Faktoren auf ein Kind einwirken und je länger, umso größer wird dieses Risiko. Gleichzeitig kann eine gute Familienstruktur hilfreich sein für ein betroffenes Kind, seine ADHS gut zu bewältigen.

In den letzten Jahren wird bei immer mehr Kindern ADHS diagnostiziert. In Europa beträgt die Prävalenzrate bei Kindern zwischen 3,6 % und 6,7 % sowie bei Jugendlichen zwischen 2,2 % und 2,6 %. Diese Werte sind international nicht immer gleich. Forschungen in arabischen Ländern haben deutlich höhere Raten ergeben, wobei die Ergebnisse hier sehr unterschiedlich waren. Zudem wurde allgemein festgestellt, dass Kinder und Erwachsene mit ADHS sehr häufig weitere Störungen haben, etwa Depressionen, Lernschwäche, Angststörungen und vieles mehr. Auch wurden Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum bzw. Medikamentenmissbrauch und ADHS festgestellt.

Viele Kinder, die ADHS haben, können nicht geheilt werden in dem Sinne, dass die Störung durch eine Behandlung verschwindet. Daher geht es in der Therapie von ADHS sehr oft darum, ein gutes Leben auch mit der Störung zu ermöglichen. Wie das genau erreicht werden kann, hängt vom individuellen Fall ab. Zum einen muss gefragt werden, wie schwer die Störung ist. Zum anderen ist das Umfeld wichtig: Gibt es eine sorgende Familie, die bereit und in der Lage ist, ihren Tagesablauf auf die Störung des betroffenen Kindes einzustellen, kann ADHS zum Beispiel ohne Medikamente bewältigt werden. Psychotherapien für Betroffene und ihre Angehörigen sind häufig hilfreich. Die medikamentöse Behandlung ist teilweise umstritten, wird aber sehr oft – auch erfolgreich – eingesetzt.

Neben den Eltern sind es in vielen Fällen die Lehrer und Lehrerinnen, die merken, dass ein Kind ADHS haben könnte. Daher ist es wichtig, dass beide Gruppen gut informiert sind. Diese Informationen erhalten sie von Ärzten und Ärztinnen, aus Fachzeitschriften, aus Medien, Internet und Büchern sowie durch Fortbildungen. Forschungen haben gezeigt, dass viele Eltern und Lehrkräfte nicht genug über ADHS wissen, dass sie aber daran interessiert sind, mehr zu lernen. In Deutschland ist es jedoch nicht leicht, korrekte und möglichst objektive Informationen zu bekommen. Die öffentliche Diskussion ist davon geprägt, dass es unterschiedliche Einstellungen zu den Ursachen und damit zu den Behandlungsformen gibt. Diese schlägt sich in Ratgebern und anderen Elterninformationen nieder und kann Eltern verwirren. Viele kommerzielle Hilfsanbieter verzerren die Informationen, die zum Beispiel über das Internet erhältlich sind. Als weitgehend seriös können die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gelten, die dem Bundesgesundheitsministerium angeschlossen ist. Die Informationen dieser Stelle sind allerdings manchmal schwer verständlich und liegen nur zum Teil in den Herkunftssprachen von Migrationsfamilien vor. Selbsthilfemöglichkeiten ergänzen das offizielle Gesundheitssystem. Hier gibt es besonders für Eltern gute Möglichkeiten, sich mit anderen betroffenen Eltern in Selbsthilfegruppen zusammenzufinden, auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Im arabischsprachigen Raum ist die Informationslage deutlich spärlicher. Im Internet finden sich fast keine nützlichen Texte oder Hinweise. Auch gibt es kaum Bücher über das Thema. Die zuständigen Ministerien bieten noch keine Unterstützung oder Information an. Jedoch ist für 2016 der Beginn eines ADHS-Programmes für Primarschulen angekündigt. Für Kinder mit Lernschwächen gibt es Hilfen, die auch ADHS-Kindern zugute kommen können. Allerdings führen nur 5 % aller Schulen diese Hilfen durch.

Die Forschungslage in arabischen Ländern ist noch nicht sehr breit. Wissen und Einstellungen von Lehrkräften wurden bisher kaum beforscht, obwohl diese eine Schlüsselrolle im Verlauf einer ADHS haben können. Auch die Rolle von Eltern ist sehr wichtig. Sie wurde für arabische Ländern noch gar nicht beforscht. Die in manchen Fällen besonders schwierige Situation in der Migration wurde ebenfalls noch wenig

beleuchtet und nicht mit der Lage in der Herkunftsregion verglichen. Diese Lücken möchte die hier vorliegende Arbeit mit ersten Ansätzen schließen helfen.

4 Entwicklung eines Forschungsdesigns

Oft sind es die Erzieherinnen oder Lehrkräfte in Kindergarten und Schule, die die Störung ADHS zum ersten Mal beim Namen nennen und die Eltern darauf bringen, sich mit dem Verhalten ihres Sohnes oder ihrer Tochter intensiver auseinanderzusetzen (Schmiedeler 2013, S. 144). Bis dahin haben viele Eltern die Besonderheiten des Kindes zwar wahrgenommen, das heißt, sie kennen sie schon. Oft fanden sie das Verhalten selbst anstrengend. Aber sie haben bis zu diesem Zeitpunkt nicht gedacht, dass das Verhalten übermäßig problematisch sein könnte. Manchmal sind es auch andere Fachkräfte, die Müttern und Vätern die Idee geben, dass ihr Kind ADHS haben könnte. Das können zum Beispiel sozialpädagogische Familienhelferinnen oder Sozialarbeiter sein, die die Familie gut kennen. Da also Fachkräfte in der Schule und auch die Eltern selbst eine wichtige Rolle bei der Erkennung und Behandlung von ADHS spielen, geht es in diesem Kapitel darum, die Entwicklung des Forschungsdesigns zur Erfassung von Informationen über diese Personengruppen und ihren Kenntnisstand über ADHS zu beschreiben. Mit dieser Forschung sollen Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien und von arabischen Kindern in Deutschland befragt werden. Dazu war es wichtig, sich noch einmal einen zusammenfassenden Überblick über die bestehenden Studien zu verschaffen und ihre Ergebnisse klar zusammenzufassen. Dieses Kapitel zeigt daher zunächst noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse zu Eltern und zu Lehrern und Lehrerinnen auf, um auf dieser Basis das eigene Forschungsmodell aufzubauen, das auch die Untersuchung von Critical Incidents als einen besonderen Ansatz beinhaltet.

4.1 Fragebogen zu Kenntnissen/Einstellungen von Lehrkräften

In ihrer Forschungsarbeit *ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie* hat Becker herausgefunden, dass häufig im Kindergarten oder erst in der Schule besonders Hyperaktivität zu einem großen Problem wird (Becker 2014, S. 115). Eltern erleben allerdings auch, dass verschiedene Lehrkräfte unterschiedlich mit ihrem Kind umgehen und dass die Lehrerinnen und Lehrer nicht alle gleich große Probleme haben. Sie wenden unterschiedliche Strategien und pädagogische Maßnahmen an. So kann das selbe Kind im Unterricht mal als mehr und mal als weniger schwierig auffallen: „Während in einem Fall das Kind kurzzeitig den Unterricht verlassen kann, um seinem Bewegungsdrang nachkommen zu können, wird im anderen Fall das Kind wiederholt

ganz vom Unterricht ausgeschlossen“ (Becker 2014, S. 114). Der Schulleiter einer deutschen Privatschule, die sich auf die Arbeit mit „schwierigen Kindern“ spezialisiert hat, beschreibt, wie im Unterricht hilfreich mit Schülern und Schülerinnen umgegangen werden kann, die von ADHS betroffen sind. Nach seiner Einschätzung brauchen sie Fremdregulation, also Rituale und Strukturen. Sie brauchen Adaptivität, also unter anderem einen Unterricht, der genau zu ihnen passt, und einen Unterricht, der ihnen Selbstvertrauen gibt (Biegert 2009, o. S.). Oehler und Born schlagen ähnliche Vorgehensweisen und konkrete Strategien vor: „Wenige passende Lernmethoden“, „Kleine Portionen – regelmäßiges Wiederholen“, „Vorrang des visuellen Einprägeweges“, „Lernwege ohne Schreiben“ und „Schnelle Erfolge ermöglichen“ (Born/ Oehler o. J., S. 7 f.).

In manchen Fällen vergeht die Zeit im Kindergarten oder in der Grundschule noch ohne Diagnostik und ohne Behandlung. Dies gilt besonders, wenn das Kind „nur“ nicht gut lernt und nicht außerdem noch die Klasse stört oder aggressiv ist. Erst mit dem Wechsel auf eine weiterführende Schule, also ab der fünften Klasse, gibt es hier manchmal neue Rückmeldungen von den Lehrkräften, und es kommt dann zu einer ersten Diagnose. Das heißt, aus der Schule erfahren die Eltern von den Schwierigkeiten und es wird dort die Vermutung geäußert, dass ein Kind ADHS haben könnte. Erst solche Gespräche „setzen die Eltern unter Handlungsdruck“ (Becker 2014, S. 116) und bringen sie dazu, ihr Kind untersuchen zu lassen. Daher sind Meinungen, Einstellungen und Wissen über ADHS bei Lehrkräften sehr wichtig – für die Eltern, für die Familie und das betroffene Kind, auch für seinen weiteren Krankheitsverlauf. Der Hinweis der Lehrkräfte ist häufig der erste Schritt zur Diagnose ADHS (Becker 2014, S. 111 ff.). Allerdings unterscheiden Sozialpädagogen/-pädagoginnen oder Lehrer/-innen bei diesem ersten Hinweis nicht unbedingt, ob es um ein Aufmerksamkeitsdefizit oder um ADHS geht. Ganz allgemein nehmen sie unruhiges Verhalten wahr und Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Besonders wenn dazu noch starke Unterrichtsstörungen kommen und wenn sie die Schwierigkeiten als ernsthafte Probleme erleben, vermuten sie ADHS, teilen den Eltern diese Vermutung mit und drängen gegebenenfalls auf Konsequenzen (Becker 2014, S. 117).

Lehrerinnen und Lehrer spielen eine wichtige Rolle beim Zugang zum Hilfesystem. Auch beeinflussen sie mit dem ersten Verdacht und mit ihrem Umgang mit ADHS die

Situationen der Betroffenen in Schule, Familie und Alltagsleben. Es ist von Bedeutung, was sie über ADHS wissen und wie sie darüber denken. Sie sind keine medizinischen Fachkräfte und ADHS ist kompliziert zu diagnostizieren (vgl. Kapitel 3, insbesondere Abschnitt 3.1.2 zu Definition, Klassifikation und Diagnostik). Daher kann es passieren, dass sie ADHS vermuten, wo es nicht besteht oder ADHS nicht (rechtzeitig) erkennen (Schmiedeler 2013, S. 144). Wie oben beschrieben ist es auch wichtig, wie sie auf der Grundlage ihrer Kenntnisse und Meinungen mit den Kindern arbeiten: befürworten sie zum Beispiel die Gabe von Medikamenten? Wie gut gelingt es ihnen, ADHS-Kinder in die Klasse zu integrieren? (Schmiedeler 2013, S. 144)

Daher haben sich viele wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahren mit dem Denken und den Meinungen von Lehrkräften über ADHS und über die Unterkategorien Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung auseinandergesetzt (zum Beispiel West et al. 2005, Anderson et al. 2012, Moldavsky/Sayal 2013). Darin geht es häufig um das (nicht ausreichende) Wissen der Lehrerinnen und Lehrer und ihre Fehlannahmen. In Anlehnung an diese Studien wurde der Fragebogen für diese Untersuchung entwickelt. Dabei sollten die Fragen zur konkret ausgewählten Zielgruppe und ihre Arbeitssituation passen (arabische Lehrkräfte an arabischen Schulen in Deutschland und arabische Lehrkräfte an Schulen in Saudi-Arabien).

4.1.1 Studien über Wissen und Meinungen von Lehrerinnen und Lehrern

Zur Messung von Kenntnissen über ADHS gibt es als Forschungsinstrument einen Fragebogen, der sich *Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale* nennt und *KADDS* abgekürzt wird. Hiermit kann das Wissen über Diagnosen und Symptome, über Behandlungsmethoden und weitere Aspekte wie Verläufe oder Prävalenzen erfragt werden (Sciutto/ Terjesen/ Bender Frank 2000, S. 115). Nachdem Sciutto und andere KADDS eingeführt hatten, wurde dieser Fragebogen auch von anderen Forscherinnen und Forschern verwendet. Teilweise wurde er dazu etwas verändert oder übersetzt (Schmiedeler 2013, S. 146).

Einige der Studien der letzten 15 Jahre sowie ihre Ergebnisse über Wissen und Einstellungen von Lehrkräften über ADHS werden hier in kurzer Zusammenfassung aufgelistet. Eine Reihe dieser und weiterer Forscherteams legen in ihren Designs zur Abfrage von Kenntnissen und Meinungen über ADHS das oben erwähnte

Befragungsinstrument KADDS zugrunde (zum Beispiel Stormont/ Stebbins 2005, Perold/ Louw/ Kleynhans 2010 oder Anderson et al. 2012). Es handelt sich nicht um alle zu diesem Themenbereich durchgeführten Studien, sondern um einen Ausschnitt:

- Sciutto/ Terjesen/ Bender Frank 2000: Lehrkräfte in den USA wussten mehr über Diagnosen und Symptome als über Behandlung und andere Themen. Diejenigen, die ein gutes Selbstvertrauen hatten, schon mal mit ADHS-Kindern in Kontakt gekommen waren und viele Jahre Unterrichtserfahrung hatten, kannten sich besser mit ADHS aus als andere (S. 115).
- Bekle 2004: ausgebildete Lehrkräfte und Lehramtsstudierende wurden befragt. Fehlannahmen gab es unter anderem über die Bedeutung der Ernährung. Wissen und Einstellungen hingen zusammen. Lehrkräfte hatten mehr Kenntnisse über ADHS als die Studierenden, aber Gruppen zeigten Interesse an Fortbildungen dazu.
- West et al. 2005: Lehrkräfte (und Eltern) wussten viel mehr über die Gründe von ADHS als darüber, wie die Störung eigentlich aussieht. Noch weniger wussten sie über Behandlungsmethoden. Eltern wussten insgesamt viel besser Bescheid als Lehrkräfte. Die Studie stammt aus den USA.
- Stormont/ Stebbins 2005: Vorschullehrkräfte in den USA erhalten ihre Kenntnisse über ADHS vor allem durch das Lesen von Fachartikeln. Universitär ausgebildete Lehrer und Lehrerinnen wussten mehr über ADHS als ihre Kollegen und Kollegen, die einfachere Ausbildungsgänge durchlaufen hatten.
- Murray 2009: Australische Lehramtskandidaten und –kandidatinnen wurden befragt. Unter anderem ergab sich, dass diejenigen, die keine Bildungsmaßnahmen zu ADHS absolviert hatten, tendenziell negativere Gefühle gegenüber ADHS-Kindern hatten. Insgesamt waren alle Lehramtsstudierenden sehr an Weiterbildungsmöglichkeiten interessiert.
- Perold/ Louw/ Kleynhans 2010: In kleineren Städten um die südafrikanische Stadt Kapstadt herum wurden Grundschullehrer und –lehrerinnen über ihr Wissen befragt. Insgesamt war das Wissen unbefriedigend. Über Symptome und Diagnosen wussten die Befragten zumindest mehr als über Behandlungsformen und sonstige Aspekte.
- Mmādī und Āby mlywd 2012: Diese algerische Studie untersuchte den Wissensstand über ADHS bei Lehrkräften in Grundschulen. Auch wurde gefragt, ob es Unterschiede im Wissen gab. Dazu wurden verschiedene Variablen angelegt:

Berufserfahrung, akademischer Grad und Unterrichtssprache (Arabisch oder Französisch). Die Forscher entwickelten einen Fragebogen von 30 Items mit drei Subskalen (allgemeine Informationen, pädagogische Informationen, medizinische Informationen), um den Kenntnisstand der Grundschullehrer und – lehrerinnen zu messen. Es wurden 450 über eine Zufallsmethode ausgewählt, wobei es sich um Schulen in der Provinz Ouargla im östlichen Algerien handelte. Die Ergebnisse zeigten, dass die Lehrer und Lehrerinnen niedrige Kenntnisstände zu allgemeinen und medizinischen Informationen hatten, aber gute Kenntnisse zu pädagogischen Themen. Die Forscher fanden keine Unterschiede innerhalb der Befragten bezüglich der Variablen Berufserfahrung, akademischer Grad oder Arabisch bzw. Französisch als Unterrichtssprache.

- Anderson et al. 2012: Hier wurde in Australien untersucht, wie sich Wissen und Einstellungen über ADHS im Verlauf der Berufstätigkeit von Lehrkräften verändern. Wer noch vor der eigentlichen Lehrtätigkeit stand, wusste weniger über ADHS als erfahrene Lehrerinnen und Lehrer. Jedoch hatten erfahrene Lehrkräfte eher ablehnende Gefühle gegenüber ADHS-Kindern als angehende Lehrerinnen und Lehrer.
- Alkahtani 2013: In Saudi-Arabiens Middle Region hat Alkahtani eine Untersuchung durchgeführt (Alkahtani 2013). Es nahmen 429 Lehrkräfte von 37 zufällig ausgewählten Schulen teil. Erfragt wurden Wissen und Fehlannahmen über ADHS. Als Befragungsinstrument wurde KADDS gewählt, ergänzt um einen demographischen Fragebogen. Im Ergebnis wurde deutlich, dass die Lehrer und Lehrerinnen keine ausreichenden Kenntnisse hatten. Der Grad des Wissens korrelierte positiv mit früheren Trainings und Erfahrungen mit ADHS. Dieses konnten Kurse während der Ausbildung sein oder zusätzliche Workshops zu ADHS. Auch hatten diejenigen, die ein umfangreiches Wissen hatten, mehr Selbstvertrauen im Unterricht und im Umgang mit ADHS-Kindern.
- Schmiedeler 2013: Für Deutschland hat bisher nur Schmiedeler eine KADDS-Umfrage veröffentlicht. Dafür hat sie KADDS in einer deutschen Form verwendet (Schmiedeler 2013, S. 146). Mit dieser konnte die Forscherin zeigen, dass deutsche Lehrkräfte hier etwas häufiger richtige Antworten auf die Wissensfragen über ADHS gaben als Befragte in anderen Ländern. Dennoch gibt es auch in Deutschland viele Fehlannahmen. Gute Kenntnisse haben nicht unbedingt die

- Lehrkräfte mit langer Berufserfahrung, sondern diejenigen, die in Weiterbildungen und durch das Lesen von Fachartikeln etwas über ADHS lernen.
- Moldavsky/Sayal 2013, internationale Meta-Studie: Die Kontroversen und unterschiedlichen Meinungen in der Öffentlichkeit über ADHS machen es Lehrkräften, Eltern und Gesundheitsfachkräften schwer, gemeinsame Ziele zu entwickeln. Trotz unterschiedlicher Auffassungen sind jedoch alle Beteiligten bereit, Informationen zu teilen und zusammen zu arbeiten. In Bezug auf Lehrerinnen und Lehrer haben sich Wissensvermittlungsprogramme zumindest für einen kurzen Zeitraum als hilfreich erwiesen.
 - Munshi 2014: In dieser Studie wurden 130 Grundschul- und Kindergartenlehrerinnen in Mekka in Saudi-Arabien zu ihrem Wissen über ADHS befragt. Die Untersuchung wurde 2011 durchgeführt und 2014 im International Journal of Medical Science and Public Health beschrieben. Den (nur weiblichen) Lehrkräften wurden arabischsprachige Fragebögen vorgelegt, die aus 38 Fragen zu drei Bereichen bestanden: sozio-demografische Aspekte, generelles Wissen über die Störung und den Umgang damit. Grundlage war das DSM IV mit seinen Diagnosekriterien. Über die Hälfte der Teilnehmerinnen fanden, dass sie zu wenige Informationen hätten, fast 88 Prozent hatten noch an keiner Konferenz zu diesem Thema teilgenommen, aber 60 Prozent hatten über ADHS gelesen. Das relativ meiste Wissen hatten sie über Diagnosen und Symptome, eher wenig über darüber hinaus gehende Fakten. Junge Lehrerinnen (unter 25 Jahren) wussten eher mehr als die älteren. Knapp 85 Prozent der Befragten sehen sich in einer wichtigen Rolle im Umgang mit ADHS und zwar auch bei Kindern, die medikamentös behandelt werden.
 - Wiener und Daniels haben in einer ganz neuen amerikanischen Studie (2015) herausgefunden, dass Lehrer und Lehrerinnen von Jugendlichen viele Kenntnisse über ADHS haben. So wissen sie, dass sich die Schüler und Schülerinnen in Bezug auf das Organisieren und auf schulische Leistungen nicht bewusst störend verhalten. Zudem ergreifen die Lehrkräfte wissenschaftlich fundierte Maßnahmen und bieten den stützenden Rahmen, den die Jugendlichen in der Schule brauchen.
 - Youssef/ Hutchinson/ Youssef 2015: In dieser Studie wurden Lehrkräfte in Trinidad & Tobago befragt. Insgesamt sind die Kenntnisse zu ADHS eher gering, wobei sowohl weiterführende Studiengänge als auch Bildungsmaßnahmen im

Rahmen der beruflichen Tätigkeit die Wissensstände deutlich verbesserten, ebenso wie die Erfahrung, bereits mindestens ein Kind mit ADHS unterrichtet zu haben. Insgesamt waren die Einstellungen positiv, obwohl einige Befragte der Meinung waren, von ADHS betroffene Kinder sollten von speziell dafür ausgebildeten Lehrkräften unterrichtet werden.

- Blotnicky-Gallant et al. 2015: Die im Juli 2015 in gedruckter Form erscheinende kanadische Untersuchung ergibt, dass es in den Schulen noch immer mehr Wissen über Symptome und Diagnosen gibt als über generelle Fakten und wissenschaftlich fundierte Behandlungen. Dennoch wenden einige gelegentlich Lehr- und Verhaltensweisen an, die wissenschaftlich erarbeitet worden sind, sofern diese mit ihren Einstellungen über ADHS übereinstimmen.

In der zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse dieser Studien lässt sich erkennen, dass die Kenntnisse von Lehrkräften über Diagnose und Symptomatik von ADHS besser sind als über Behandlungsformen. Über das Ursachenwissen gibt es mal positive, mal negative Ergebnisse. Deutlich wird, dass der Kontakt mit betroffenen Schülern und Schülerinnen, die allgemeine Unterrichtserfahrung und die Qualität der Ausbildung der Lehrkräfte das Gesamtwissen über ADHS positiv beeinflussen. Sehr viele sind an Weiterbildungen interessiert. Bezüglich der Einstellungen zeigt sich, dass Wissen und Einstellungen zusammenhängen. Allerdings muss dieser Zusammenhang nicht immer gleich sein: Teilweise hatten Lehrkräfte mit gutem Wissen eher ablehnende Einstellungen, teilweise waren es diejenigen mit viel Wissen, die positiv eingestellt waren.

4.1.2 Eigene Abfrage an arabischen Schulen

Diese Arbeit befasst sich ebenfalls mit Einstellungen und Wissen von Lehrkräften (und Eltern, siehe Unterkapitel 4.2) über ADHS. Wie in Kapitel 1 erläutert, geht es hier um Lehrerinnen und Lehrern an arabischen Schulen in Deutschland und um Lehrkräfte in Saudi-Arabien. In Kapitel 2 wurde darauf eingegangen, dass im interkulturellen Kontext Gesundheit besonders komplex zu betrachten ist: unterschiedliche Auffassungen über Krankheiten, insbesondere über psychische Beeinträchtigungen treffen hier zusammen. Kapitel 3 hat gezeigt, dass die Informationslage ebenfalls sehr unterschiedlich sein kann. Die meisten Erkenntnisse über ADHS stammen aus westlichen Ländern. In arabischen Ländern gibt es ebenfalls erste Erkenntnisse. Die dortige Forschung kann

jedoch nicht nur an den Erkenntnissen aus den USA, aus Europa oder Australien anschließen, sondern sie muss darüber hinaus eigene Untersuchungswege und –ziele formulieren, die unter anderem auf arabisch-islamischem Gesundheitsverständnis aufbauen. Diese Arbeit macht einen Schritt in diese interkulturelle Ausgangslage und untersucht die Situation bei arabischen Lehrkräften in Saudi-Arabien und in Deutschland.

Ähnlich wie in den beschriebenen Forschungen basiert auch die hier vorgelegte Arbeit auf empirischen Erkenntnissen. Per Fragebögen wurden Lehrkräfte und Eltern über ihre Kenntnisse und ihre Meinungen zu ADHS befragt. Es sollte herausgefunden werden, was sie wissen, ob und wo sie Wissenslücken haben und mit welcher Einstellung sie mit Schülern und Schülerinnen arbeiten, die von ADHS betroffen sind. Die Entwicklung der Fragebögen erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden verschiedene Fragebögen gesichtet, die international in Studien zugrunde gelegt worden waren. Hierbei handelte es sich um einige arabische Untersuchungen und mehrere englischsprachige. Bei den Studien, die auf Englisch durchgeführt wurden, wurde zum Teil der KADDS-Fragebogen genutzt. Auf der Grundlage der arabischen und verschiedenen englischen Bögen wurden für diese Arbeit im nächsten Arbeitsschritt Pilot-Interviews mit einer kleinen Testgruppe von zwei Eltern und einem Lehrer durchgeführt. Die Interviews bildeten die Basis für die Entwicklung eines ersten Fragebogens. Es sollte dann sichergestellt werden, dass der Bogen auch bei der Befragung von arabischen Lehrkräften aufschlussreiche Antworten hervorbringen würde. Daher wurde er einigen Experten in arabischen Ländern vorgelegt (vier Personen in Saudi-Arabien, zwei in Jordanien und zwei in Ägypten) sowie einem Psychotherapeuten an der Universität Göttingen. Aufgrund ihrer Rückmeldungen und im Austausch mit ihnen konnten die Fragebögen korrigiert und verbessert werden. Es entstand dann die finale Version. Diese wurde als Papierversion erstellt und außerdem ins Internet gestellt, wo sie online ausgefüllt werden konnte: <http://adhd.aikud.org/cms2/index.php/de/eltern> (abgerufen am 2.6.2015).

4.2 Fragebogen zu Kenntnissen/Einstellungen von Eltern

Nicht nur die Einstellung und das Wissen der Pädagogen und Pädagoginnen ist wichtig, sondern natürlich auch die Kenntnisse und Ansichten der Eltern. Sie entscheiden zum

Beispiel, ob ein Kind überhaupt auf ADHS untersucht werden soll, ob gegebenenfalls eine Therapie durchgeführt werden soll und wenn ja, welche (Becker 2014, S. 37). In ihrer Studie über die Kenntnisse von Eltern und Lehrkräften hatten West et al. (2005) festgestellt, dass Eltern insgesamt mehr wussten über ADHS, besonders zu Ursachen und Behandlungen (West et al. 2005, S. 192).

Die Liste der Literatur, die sich an Eltern wendet mit Tipps zur Erziehung oder mit mehr oder weniger wissenschaftlich fundierten Meinungen über ADHS, ist lang (zum Beispiel Neuy-Bartmann 2014, Hüther/ Bonney 2013 oder Spitzer 2010). Doch über die Wege, die Eltern selbst finden, gibt es kaum Informationen, auch nicht aus der Wissenschaft. Zur Rolle der Eltern von Kindern mit ADHS ist insgesamt noch wenig geforscht worden. Die meisten Untersuchungen kommen aus den USA und aus Großbritannien (Becker 2014, S. 37). Nur eine deutsche Studie ist bekannt (Rind 2011). Becker bietet eine Zusammenfassung des Forschungsstandes. Sie beschreibt alle vorhandenen Studien mit ihren Vorgehensweisen und Inhalten (Becker 2014, S. 37 ff.). Die Studien waren qualitativ oder quantitativ angelegt oder beides und stammten aus verschiedenen wissenschaftlichen Richtungen, unter anderem aus der Pädagogik. Zusammenfassend lässt sich folgender Überblick über die Fragestellungen geben:

- Wie kam es zur ersten Diagnose?
- Wie gehen Eltern mit der Störung im Alltag um?
- Haben gerade Mütter Schuldgefühle und welche Rolle spielt dabei Ritalin?
- Wie beeinflusst die öffentliche und Fachdiskussion die Einstellung von Eltern?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Wissen und dem ethnischen Hintergrund von Eltern?
- Welche erzieherischen und bewältigenden Maßnahmen wenden Eltern parallel zu einer professionellen Therapie an?

Neben diesen Fragen, die die Forschungsteams in Bezug auf Eltern interessant finden, gibt es Themen, die für die Eltern wichtig zu sein scheinen. Becker hat festgestellt, dass in den Untersuchungen immer wieder ähnliche Aspekte von den Eltern selbst genannt wurden. Diese waren (vgl. Becker 2014, S. 55):

- Unterschiede zwischen Müttern und Vätern,
- biologische Ursachen von ADHS,
- Zusammenarbeit zwischen Eltern und Pädagogen,
- Schritte, die Eltern von sich aus gegangen sind.

Die Meinungen und Kenntnisstände von Eltern zu erforschen, ist daher eine weitere Aufgabe in dieser Untersuchung. Es geht hier um arabische Eltern und zwar ebenso wie bei den Lehrerinnen und Lehrern um die Situationen in Deutschland und in Saudi-Arabien. Es ist nicht nur wichtig, was Eltern denken und meinen, sondern auch, wie Becker deutlich macht (Becker 2014, S. 55), welche Strategien sie im Alltag anwenden. Diese Strategien werden dann wichtig, wenn Eltern sich auf die Dauer überfordert fühlen, wenn Konflikte im Umfeld auftreten oder wenn kritische Situationen entstehen. Darum gibt es zwei Arten von Fragebögen in dieser Untersuchung. Einerseits gibt es Fragen mit Antworten zum Ankreuzen, also geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Zum Beispiel gibt es zur Behauptung „ADHS ist eine Folge falscher Erziehung“ die Auswahlmöglichkeiten *richtig*, *falsch* oder *weiß nicht*. Andererseits aber gibt es in einem weiteren Fragebogen die Möglichkeit, in Textform zu antworten. Hier geht es darum, bestimmte Erlebnisse zu schildern. Beispielsweise wird die Frage gestellt „Wie hat sich dieses Ereignis auf die ADHS-Erkrankung ausgewirkt?“ Dieser Fragebogen ist mit „Kritische Ereignisse“ überschrieben. Zu diesem Konzept finden sich weiter unten, in Punkt 4.3 weitere Ausführungen.

Die Fragebögen für Eltern und Lehrkräfte sind gleich. Allerdings werden sie in voneinander getrennten Bereichen ausgefüllt und ausgewertet. Auf der Internetseite öffnen Eltern die Bogen über einen anderen Link als die Lehrerinnen und Lehrer. Auf diese Weise können beide Gruppen unabhängig voneinander ausgezählt und untersucht werden. Dieses Vorgehen ermöglicht einen Vergleich. Zudem besteht die Seite auf Deutsch und auf Arabisch, so dass auch hier unterschiedliche Samples entstehen. Zum einen können über diesen Weg nicht nur Eltern und Lehrkräfte verglichen werden, sondern es können auch Ländervergleiche stattfinden, wobei nicht die autochthonen Populationen gemeint sind, die aktuellen Lebenskontexte.

4.3 Critical Incidents zur interkulturellen Kommunikation

4.3.1 Definition und Hintergrund von Critical Incidents, Herkunft

In seinem Artikel „The Critical Incident Technique“ erklärte John Flanagan 1954, dass das Critical Incident-Verfahren aus Psychologiestudien der US-amerikanischen Luftwaffe entstanden war. Es war dort um die Aufgaben von Führungskräften und Piloten im Zweiten Weltkrieg gegangen (Flanagan 1954, o. S.). In der

Weiterentwicklung wurde die Methode in verschiedenen Wissenschaften eingesetzt, auch in der Pädagogik. Critical Incidents geschehen unter anderem in interkulturellen Begegnungen. Negative „incidents“ können Konflikte sein oder Missverständnisse mit Konsequenzen. Positive Ereignisse, etwa angenehme Bekanntschaften, kann es aber auch geben. Der Ausdruck „critical“ ist also nicht im Sinne von kritisch-problematisch gemeint, sondern eher als wichtig und subjektiv bedeutungsvoll (Radspieler 2014, S. 10). „Erst durch die Bedeutungszuschreibung und Interpretation durch die Beteiligten werden sie zu kritischen Ereignissen, die dahinterliegende Trends, Motive und Strukturen offenbaren“ (Radspieler 2014, S. 11).

Es handelt sich um eine sehr flexible Methode, bei der es insbesondere um das für die jeweilige Aktivität (zum Beispiel interkulturelle Kommunikation) wichtige Verhalten der beteiligten Menschen geht. Eine direkte Lösungsfindung ist durch das Critical Incident-Verfahren selbst nicht möglich. Daher müssen parallel zur Sammlung der Erfahrungsberichte auch wissenschaftlich fundierte Vorgehensweisen stattfinden, mit denen die Berichte ausgewertet werden. Nach Flanagan liegt der Vorteil der CIT darin, dass das spezifische Verhalten von Personen erfasst wird, die am besten über ein Thema berichten können, weil sie direkt damit konfrontiert waren. Die Verhaltensweisen von vielen Personen bei den gleichen Aktivitäten werden gesammelt und ausgewertet, so dass deutlich gemacht werden kann, welche Anforderungen insgesamt bestehen. Auf dieser Grundlage können informelle Lernerfahrungen gemacht werden. Sie können aber zum Beispiel auch für die Planung von (Weiter-) Bildungsmaßnahmen genutzt werden (Flanagan 1954, o. S.).

Daher wird CIT unter anderem eingesetzt, um Bildungsbedarfe zu erfassen. Auch im Gesundheitsbereich, in Ausbildungszusammenhängen, in der Lehrforschung sowie in der Untersuchung von Sprachkompetenzen im Beruf wurde mit dem Verfahren gearbeitet (vgl. Radspieler 2014, S. 11). Außerdem gibt es mehrere Untersuchungen zu interkulturellem Management, in denen Kommunikationssituationen mithilfe von Critical Incident-Verfahren beschrieben und ausgewertet wurden (unter anderem: Schumann 2012). Nach Flanagan besteht das Vorgehen bei der Critical Incident Technique (CIT) grundsätzlich aus fünf Schritten (Flanagan 1954, o. S.):

- Beschreibung der allgemein anerkannten Ziele einer Aktivität,
- Sammlung von Vorfällen („incidents“) im Zusammenhang mit dieser Aktivität,

- Erfassen von Informationen über besondere („critical“) Ereignisse, zum Beispiel durch Interviews, Fragebögen oder Beobachtungen,
- Auswertung der Daten über diese (besonders positiven oder besonders negativen) Ereignisse,
- Interpretation der Informationen.

Es steht nicht grundsätzlich fest, wie viele Critical Incidents in einem Forschungsvorhaben gesammelt werden müssen. Einerseits ist es hilfreich, möglichst viele Situationen zusammenzutragen und auszuwerten. Andererseits ist die CIT als eine Form qualitativer Forschung nicht abhängig von sehr vielen Daten, sondern wichtig ist es, von den einzelnen Befragten viele subjektiv relevante Informationen zu erhalten. Flanagan selbst hat für die Anzahl der erhobenen Incidents vorgeschlagen, dass so viele Daten erhoben werden sollten, bis keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden (Radspieler 2014, S. 12).

Für die hier vorliegende Arbeit wurden die Teilnehmenden im Rahmen der Fragebogen-Untersuchung auch zu besonderen Ereignissen befragt, die sie im Zusammenhang von ADHS-Erkrankungen von Kindern und dabei im Kontakt mit Menschen unterschiedlicher kultureller Herkunft gemacht hatten. Im Fragebogen „Kritische Ereignisse“ gab es die Möglichkeit, in Form von Textantworten eine konkrete Situation und die dort handelnden Personen zu beschreiben. Insbesondere wurde gefragt, wie das Ereignis begann, was das Herausragendste daran war und wie die Situation zum Ende kam. Darüber hinaus gab es Raum darzustellen, wie das Erlebnis sich auf das Kind und möglicherweise auf seine ADHS-Erkrankung ausgewirkt hatte. Über die Rückmeldungen zu diesem Fragebogen und zu den eingetragenen Antworten wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit berichtet.

4.3.2 CIT und Culture Assimilator

In Trainingsprogrammen mit der Bezeichnung Culture Assimilator werden Situationen bearbeitet, in die Menschen kommen können, die sich in einer ihnen eher fremden kulturellen Umgebung befinden. Historisch geht das Konzept auf einige Psychologen der Universität Illinois in den USA zurück, die in den 1960er Jahren ein interkulturelles Training für Studierende entwarfen (Lange 1994, S. 21). Auf beruflichen oder studienbedingten Reisen oder in anderen interkulturellen Begegnungen können

zwischenmenschliche Konflikte oder Missverständnisse entstehen (Foelbach/ Rottenaicher/ Thomas 2002, S. 12). Im Culture Assimilator-Training werden die eigenen kulturellen Prägungen und Verhaltensmuster reflektiert und eine offene Einstellung erarbeitet (Foelbach/ Rottenaicher/ Thomas 2002, S. 11). Der theoretische Hintergrund ist die Attribuierungstheorie (Lange 1994, S. 22). Darauf wurde bereits in Kapitel 2 eingegangen: Menschen möchten sich erklären können, warum es bestimmte Verhaltensweisen gibt. Diese Erklärungen können im Außen oder innerhalb einer Person gesucht werden. „Eigenes Verhalten wird tendenziell als normal und den Umständen entsprechend angesehen, d.h., es wird externen Faktoren zugeschrieben. Vom eigenen Verhalten abweichendes Verhalten anderer wird dagegen als nicht der Norm entsprechend und unangemessen angesehen werden und wird daher eher inneren Faktoren der anderen Person zugeschrieben“ (Lange 1994, S. 23). Im Culture Assimilator-Programm werden daher Aspekte der anderen Kultur vermittelt, indem die ihnen zugrunde liegende Norm vermittelt wird. Nach Foelbach, Rottenaicher und Thomas gibt es in allen Kulturen „fundamentale Handlungsprinzipien“, sie sprechen von „Kulturstandards“ (Foelbach/ Rottenaicher/ Thomas 2002, S. 11). Das Training kann entlang dieser Kulturstandards aufgebaut werden, so dass zu jedem der Standards Situationen bearbeitet werden können (Foelbach/ Rottenaicher/ Thomas 2002, S. 14).

Es wird im vorbereitenden Training per Culture Assimilator mit Übungen auf der Grundlage von kurz geschilderten problematischen Situationen gearbeitet. Eine solche Situation wird beschrieben und den Trainingsteilnehmenden werden mehrere Reaktionsmöglichkeiten oder Erklärungen für die Situation vorgeschlagen. Die Teilnehmenden sind aufgefordert, sich mit diesen Reaktionen zu befassen. Zu jeder Möglichkeit gibt es eine Rückmeldung, die die jeweilige Situation besser verstehbar macht (Foelbach/ Rottenaicher/ Thomas 2002, S. 12 f.). Zum Beispiel soll in dem hier zitierten Buch von Foelbach, Rottenaicher und Thomas auf den beruflichen Aufenthalt von Deutschen in Argentinien vorbereitet werden. Das Training beginnt mit der Schilderung von Verhandlungssituationen, die sehr langwierig wirken und erst nach mehreren Treffen zu einer Einigung führen. Es werden mehrere mögliche Ursachen vorgeschlagen, von denen die Variante „Argentinier sind eher misstrauisch gegenüber Fremden und wollen ihre Geschäftspartner erst kennen lernen, bevor sie ihnen auf geschäftlicher Ebene Vertrauen entgegenbringen“ als die am ehesten richtige benannt wird (Foelbach/ Rottenaicher/ Thomas 2002, S. 18).

Das Konzept des Kulturstandards und auch das Culture Assimilator-Training können auch kritisch betrachtet werden. Von kulturellen Standards zu sprechen, kann zwar gegebenenfalls im Rahmen von Selbstreflexion in interkultureller Arbeit nützlich sein. Es kann auch dazu dienen, den Kultur-Begriff zu thematisieren. Ansonsten jedoch birgt die Vorstellung, dass es von Kultur zu Kultur unterschiedliche und vor allem klar benennbare Standards gäbe, die Gefahr erheblicher Vereinfachung und verfestigender Stereotypisierung, die durch interkulturelle Ansätze gerade vermieden werden sollten. Das Culture Assimilator-Training scheint für komplexe zwischenmenschliche Begegnungen einfache Antworten zu bieten („Argentinier sind eher misstrauisch gegenüber Fremden“). In der transkulturellen Pädagogik und anderen Disziplinen gibt es Erkenntnisse und Vorgehensweisen, die mit Differenzen anders umgehen. Beispiele dafür sind der Anti-Bias-Ansatz nach Louise Derman-Sparks (2008), Konzepte von Intersektionalität (u.a.: Hornscheidt 2014) oder Ideen über Diversity (z.B. Mecheril 2008). Diese Ansätze unterscheiden sich auch dadurch vom Culture Assimilator, dass sie unter anderem Fragen von Macht und Privilegien beinhalten. Solche Themen sind für alle Beteiligten in (mittel- oder längerfristigen) interkulturellen Begegnungen wichtig. Sie beeinflussen das interkulturelle Miteinander möglicherweise mehr als vermeintliche kulturelle Unterschiede. Dies gilt auch und gerade in Migrationszusammenhängen, die für das hier behandelte Thema von ADHS bei arabischen Kindern in Deutschland den relevanten Hintergrund bilden.

Die Situationen, die im Culture Assimilator bearbeitet werden, werden mithilfe eines Critical Incident-Verfahrens entwickelt. Personen, die sich in solchen Lagen befunden haben, werden gebeten, wichtige oder häufige, als unverständlich wahrgenommene interkulturelle Situationen oder Konflikte zu beschreiben. Auch die „richtigen“ Antworten können von Menschen erbeten werden, die bereits die beschriebenen interkulturellen Missverständnisse erlebt haben und beide Kulturen gut kennen. Hierin besteht der Bezug zwischen CIT und Culture Assimilator. Es scheint aber durchaus denkbar, dass das Verfahren der Sammlung von Critical Incidents auch für andere Formen interkultureller Sensibilisierung geeignet ist.

4.3.3 Beispiele für die Arbeit mit Critical Incidents

Der Begriff des Critical Incidents findet sich außer im interkulturellen Bereich auch in der Medizin und in der Luftfahrt. In beiden Arbeitsfeldern geht es um Sicherheit: Es sollen kritische Ereignisse gemeldet und ausgewertet werden. In Datenbanken werden diese Ereignisse mit ihren Beschreibungen und mit Lösungsmöglichkeiten gesammelt. Dort sollen sie anderen Kollegen und Kolleginnen aus der Medizin zur Verfügung stehen, damit diese von den Fehlern anderer lernen (Rall/ Oberfrank 2013, S. 1). Solche Meldesysteme gibt es außerdem in sogenannten Hochrisikoindustrien. Damit sind zum Beispiel Kernkraftwerke, Chemieindustrieanlagen und die Luftfahrt gemeint (Rall/ Oberfrank 2013, S. 1). Die Sammlung und Veröffentlichung von kritischen Vorfällen soll auch dazu dienen, dass solche Meldungen anonym stattfinden können, damit die Meldenden geschützt bleiben. Es soll mit Hilfe des Systems möglich (und verpflichtend) sein, Fälle öffentlich zu machen, ohne von Vorgesetzten bestraft oder in irgendeiner Weise verfolgt zu werden (Europäische Datenschutzbeauftragte 2013).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erläutert, warum es wichtig ist, öffentliche Berichtsstrukturen zu haben und zu nutzen. Wenn ein Krankenhaus zum Beispiel ein Problem bewältigt hat, ist es sinnvoll, dass auch andere Kliniken über diese Lösung informiert sind: Wenn das Ereignis und die Ergebnisse der nachfolgenden Analyse nicht öffentlich gemacht werden, bleiben die Lernerfahrungen innerhalb dieses Krankenhauses. Die Möglichkeit, das Problem zu generalisieren und effektive Lösungen zu entwickeln, von denen auch andere profitieren können, wäre vertan (WHO 2005, S. 8). In der Medizin wurden daher *Critical Incident reporting systems* (CIRS) installiert. In Deutschland gibt es mehrere solcher Systeme, zum Beispiel das *Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen*, aufzurufen über die Internetadresse <http://www.cirs-nrw.de/> (aufgerufen am 2.6.2015). Ziel und Aufgabe dieser Seite ist es, Offenheit und Sicherheit herzustellen: „CIRS-NRW soll dazu beitragen, dass über kritische Ereignisse offen gesprochen und aus ihnen gelernt wird“ (CIRS NRW 2015). Dort werden in verschiedenen medizinischen Rubriken, das heißt sortiert nach Fachgebieten, Fehler und problematische Ereignisse von Beteiligten geschildert und gespeichert. Sie können dann von anderen Nutzern und Nutzerinnen abgerufen werden.

Es geht bei diesen medizinischen Systemen nicht um interkulturelle Bezüge, sondern um medizinische kritische Fälle. Dennoch können hier natürlich auch Ereignisse gemeldet werden, in denen es zu kritischen Situationen aufgrund von sprachlichen oder im jeweiligen Sinne kulturellen Verständigungsschwierigkeiten kam. Ein solches Beispiel befindet sich im CIRS NRW:

„Es war eine dringliche OP angesetzt, sodass die Anforderungen an Aufklärung und Einwilligung zu relativieren sind. Bei der Vorbereitung der OP wurde dennoch versucht, einen Farsi-Sprecher als Dolmetscher zu finden. Dies gelang im letzten Moment und die Aufklärung erfolgte als Telefonkonferenz noch im OP. Für ähnliche Fälle sei hingewiesen darauf, dass im Haus auf allen Stationen ein Kurzwörterbuch und medizinische Sprachtafeln (siehe PDF-Anlage) zur Verfügung stehen. Diese unterstützen bei einigen gängigen Fremdsprachen. Übersetzungshilfen im Internet bieten eine Reihe weiterer Sprachen an, helfen aber bei Exoten und arabischen Schriftzeichen auch nicht mehr weiter. Im QM-Handbuch finden Sie daher eine Liste von dolmetschenden Mitarbeitern“ (CIRS NRW 2015).

In diesem Fall werden das Problem (nicht-deutschsprechende Person musste dringend operiert werden und kann nicht aufgeklärt werden) und gleichzeitig die Lösung des konkreten Falls präsentiert (Dolmetscher per Telefonkonferenz). Außerdem werden die grundsätzlichen Möglichkeiten beschrieben, die das betroffene Krankenhaus regulär außerdem zur Verfügung stellt (Wörterbücher, Sprachtafeln).

4.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde ein Überblick über einige Studien gegeben, die die Wissensstände und Einstellungen von Lehrern und Lehrerinnen sowie Eltern untersucht haben. International sind einige Forschungen durchgeführt worden. Viele davon basieren auf KADDS, einem Fragebogen, der speziell hierfür entwickelt worden ist. Die Vielzahl der durchgeführten Studien erscheint sinnvoll, angesichts der Tatsache, dass die Schule ebenso wie die Eltern eine wichtige Rolle im Erkennen, Behandeln und weiteren Umgehen mit ADHS hat. Die Schlüsselpersonen sollten möglichst gute und richtige Informationen zu der Störung haben. Auch sollte ihnen der Umgang mit betroffenen Kindern nicht unangenehm sein, sondern sie sollten eine professionelle, zugewandte Haltung einnehmen. In vielen Bereichen sind die Ergebnisse international ähnlich: häufig besteht mehr Wissen über Diagnose und Symptomatik von ADHS als über Behandlungsformen. Es konnte auch herausgefunden werden, dass es hilfreich ist, wenn Lehrer und Lehrerinnen schon mit ADHS-Kinder zu tun hatten und insbesondere

wenn sie in der Ausbildung oder später Kurse zu ADHS belegen konnten. Sehr viele Befragte haben ausgesagt, dass sie es für sich wichtig fänden, mehr Informationen zu bekommen und dass sie gerne an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen würden.

Während sich viele der beschriebenen empirischen Lehrkräfte-Studien zur Abfrage an KADDS orientieren, wurde für das hier vorliegende Forschungsvorhaben ein eigener Fragebogen entwickelt. Da in zwei Ländern geforscht werden sollte, mussten die Fragen für solch ein interkulturelles Design passend sein. Dazu wurden die in anderen Studien eingesetzten Fragebögen geprüft und daraufhin ein eigener Bogen entworfen. Dieser Entwurf wurde einer Testgruppe vorgelegt. Im nächsten Schritt wurden Experten gebeten, den Bogen einzuschätzen. Diese Entwurfsprüfungen wurden sowohl in Deutschland als auch in Saudi-Arabien durchgeführt. Anschließend wurden die Bögen noch einmal leicht verändert und dann wurde mit der Befragung begonnen. Diese findet sowohl online als auch offline statt.

International liegen viel weniger Befragungen von Eltern als von Lehrkräften vor. Die spärlichen vergleichenden Ergebnisse zeigen, dass Eltern eher besser informiert sind als Lehrerinnen und Lehrer. Während Lehrkräfte auf Wissensvermittlung in ihrer Ausbildung oder in schulbezogenen Fortbildungsveranstaltungen hoffen, suchen sich Eltern ihre Informationen vielfach selbst. Dabei nutzen sie unterschiedliche Wege. Die Fragen, die den Eltern in den Untersuchungen gestellt wurden, beziehen sich auf den familiären Umgang mit ADHS. Es werden hier auch Gefühle erfragt (zum Beispiel Schuldgefühle bei Müttern). Einige Fragen, die Eltern selbst zu interessieren scheinen, tauchen in den Forschungsarbeiten nicht auf, etwa die Beziehungen zwischen Eltern und Schule, der unterschiedliche Umgang mit ADHS von Müttern und von Vätern oder die biologischen Ursachen von ADHS. In diesem letzten Aspekt steckt möglicherweise auch wieder die Frage nach der Schuld, nämlich in Bezug auf falsche Erziehung oder andere „Fehler“, die die Eltern gemacht haben könnten.

Da die Interessen der Eltern also häufig mit ihrem Erfahrungswissen zu tun haben, wurde die Überlegung angestellt, diese Erfahrungen näher zu betrachten. Daher bekamen Eltern, die an dieser Befragung teilnahmen, die Möglichkeit, zwei Fragen-Komplexe zu bearbeiten: Zum einen Wissens- und Einstellungsfragebogen wie ihn auch

die Lehrkräfte vorgelegt bekamen. Zum anderen gibt es für die Eltern den Critical-Incidents-Fragebogen. Hierbei geht es darum, die Menschen zu befragen, die viel über ein bestimmtes Thema wissen oder sich damit beschäftigt haben und die daher Erfahrungen mit diesem Thema gemacht haben. In dieser Arbeit liegt das Interesse bei den Ereignissen, die die Teilnehmenden im Zusammenhang mit der Störung ihrer Kinder gemacht haben. Dieser Fragebogen sieht vor, dass Eltern in ausführlicherer Beschreibung ein bestimmtes Ereignissen darstellen. Die Arbeit mit Critical Incidents ist unter anderem aus der Medizin und aus der Luftfahrt bekannt. Dort dienen sie dem frühzeitigen Erkennen problematischer Strukturen und anderer organisatorischer Fehler, die zu schweren Problemen führen können. Sie sind also dazu da, dass Menschen aus den Erfahrungen ihrer Mitmenschen lernen. Critical Incidents werden daher auch in der interkulturellen Bildung eingesetzt.

Abschließend zu diesen methodologischen Überlegungen sei auf den Forschungsanspruch dieser Arbeit hingewiesen. Es kann im Rahmen einer von einer Person, mit begrenzten zeitlichen wie finanziellen Mitteln, durchgeführten empirischen Untersuchung nicht um den Anspruch **hypothesenprüfender** Forschung gehen, für die letztlich an repräsentativen Stichproben gearbeitet werden müsste. Wenn man mit Flechsig (in Bezug auf Praxis ausgerichtete Unterrichtsforschung) eine Unterscheidung von

- Praxisentwickelnder,
- Praxisrekonstruierender,
- Praxisbegründender und
- Praxisprüfender Forschung (u.a. Flechsig 1975) vornimmt,

ist im vorliegenden Falle sicherlich der letztgenannte Typus zutreffend, aber in einem noch sehr frühen Stadium der Forschungselaboration, in dem es eher um die **Entwicklung von Hypothesen** als um deren (womöglich letztgültige) **Überprüfung** gehen musste.

5 Vorgehensweise: Durchführung der Untersuchungen

Mit diesem fünften Kapitel findet eine weitere Konkretisierung des eigentlichen Forschungsvorhabens dieser Arbeit statt. In dieser hypothesenentwickelnden Arbeit geht es darum, etwas über interkulturelle Erfahrungen, Kenntnisstände und Haltungen von arabischen Eltern und Lehrern in Deutschland und in Saudi-Arabien zu erfahren.

Es soll im Folgenden erläutert werden, wie die Fragebögen für die Umfrage entwickelt wurden. Dies geschah auf der Basis bereits vorliegender Forschungsergebnisse und der Fragen, die in diesen Arbeiten offen geblieben sind. Für den Fragebogen gab es neben der Möglichkeit, den Bogen als Papierversion auszufüllen, auch eine online-Version davon. Zur Erstellung der online-Befragung sind einige Vorüberlegungen nötig gewesen, die in diesem Kapitel beschrieben werden. Im nächsten Schritt war abzuklären, wer konkret befragt werden könnte. Die Eltern und Lehrkräfte wurden insbesondere über bestimmte Schulen erreicht. Um den Hintergrund der Schulformen zu verstehen, an denen in Deutschland und in Saudi-Arabien die Befragten gefunden wurden, enthält dieses Kapitel eine Übersicht über das saudi-arabische Schulwesen sowie das arabische „Parallel“-Schulwesen in Deutschland.

5.1 Forschungs- und Hypothesenhintergründe

Die Forschungsarbeit will untersuchen, in welchen Situationen sich arabische Kinder mit ADHS in Deutschland befinden können, und die Umstände betrachten, die die Störung mit sich bringen kann. Sie will diese mit den Situationen in einem arabischen Land, nämlich Saudi-Arabien, zu vergleichen versuchen. Dies erfolgt über die Befragung von Eltern und Lehrern dieser Kinder. Daraus sollen zu folgenden Fragen nähere Kenntnisse gesammelt werden, die später in Hypothesenform präsentiert werden sollen:

- Was wissen Eltern und Lehrer über ADHS?
- Zu welchen Themen und Bereichen bestehen eher gute Informationen und korrektes Wissen? Hierüber können die Subskalen des KADDS Auskunft geben, die im weiteren Verlauf dieses Kapitels noch beschrieben werden.
- Welche Haltung haben Eltern und Lehrer gegenüber betroffenen Kindern?

- Welche Erkenntnisse können sich aus einem Vergleich der Befragten in den beiden Ländern ergeben?
- Wie erleben Lehrer und Eltern die Störung ADHS im interkulturellen und sozialen Kontext, in dem sie leben? Von welchen besonderen Ereignissen in diesem Zusammenhang berichten sie (Critical Incidents)?
- Lassen sich weitere Zusammenhänge ableiten, etwa aus dem Antwortverhalten der beiden Geschlechter im Vergleich, das heißt von Vätern und Müttern oder von Lehrerinnen und Lehrern?
- Welche Rückschlüsse lassen sich aus der Teilnahmebereitschaft der Befragten ziehen? Im weiteren Verlauf wird genauer darauf eingegangen, wie die Rückläufe waren. Der Blick darauf, welche Gruppen wie umfangreich mitgearbeitet haben, kann zu Hypothesen über Wissen und Einstellungen führen. Auch kann er zu Hypothesen über die Brauchbarkeit der Befragungsmethode führen. Kulturelle Sensibilität beinhaltet auch die Überlegung, welche Forschungsmethoden jeweils angemessen sind. In Kapitel 6 wird genauer überlegt, ob die Wahl der Befragung richtig war oder ob es andere Wege für zukünftige Forschungsvorhaben geben kann.

Die Entwicklung der Hypothesen erfolgt in Kapitel 6, da dort die Ergebnisse und Befunde aus den Befragungen detailliert ausgewertet werden und erst daraus tatsächlich Hypothesen entwickelt werden können. Diese Hypothesen können unter anderem dazu dienen, Informationsmaterial zu erstellen, das den Eltern und Lehrern hilft, ihre Kenntnisse zu verbessern und ihre Haltungen zu überdenken. Diese Materialien könnten gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt selbst untersucht werden, etwa auf ihre Wirkung und ihren Nutzen hin.

Wie Kapitel 4 gezeigt hat, besteht bereits eine breite Forschungslage zu Einstellungen und Wissen von Lehrkräften und Eltern über ADHS. Die meisten dieser Untersuchungen behandeln die Kenntnisstände von Lehrern und Lehrerinnen. Zusammengefasst gesagt sind viele Untersuchungsergebnisse ähnlich: Die Befragten wissen häufig mehr über Symptome und Diagnosen als über Therapien. Sie wissen insgesamt allerdings eher wenig über ADHS. Etwas besser sind die Kenntnisse bei denjenigen, die bereits Erfahrungen mit betroffenen Kindern gemacht haben und wenn sie formal über ADHS informiert oder weitergebildet sind. Viele der Untersuchungen

weisen darauf hin, dass Weiterbildung in diesem Themenbereich wichtig für die Erweiterung der Kenntnisse aber auch für die Einstellungen von Lehrern und Lehrerinnen gegenüber ADHS-Kindern ist. Damit enden diese Forschungen in der Regel.

In den meisten Untersuchungen gibt es wenig Erklärungen über die Gründe: Warum wissen Eltern und Lehrer so wenig, warum wissen die einen mehr als die anderen? Welche weiteren Ursachen kann es geben für positive oder negative Einstellungen? Haben Menschen etwas Bestimmtes erlebt, so dass sie gute oder schlechte Gefühle gegenüber ADHS-Kindern haben? Wie wird in ihrer Familie, ihren Schulen, überhaupt in ihrem Land über ADHS und andere psychische Krankheiten gesprochen? Es gibt also in der Forschung bisher kaum eine Überprüfung von Zusammenhängen, die zu mehr oder weniger Wissen und mehr oder weniger hilfreichen Einstellungen führen. Es werden keine weiteren Variablen in solchen Untersuchungen berücksichtigt. Diese könnten etwa sein: der kulturelle Hintergrund der Unterrichtenden, ihre ethnische Herkunft und (vielleicht damit verbunden) ihre religiösen Überzeugungen, ihre Welt- und Menschenbilder, ihre Werte, ihr Verständnis von Krankheit und Gesundheit, ihre Einstellung zu psychischen Erkrankungen. Diese Liste lässt sich beliebig fortführen. Doch in der Forschung finden sich solche Aspekte kaum.

Während die genannten Studien vor allem Lehrkräfte betrachten, haben sich einige weitere Studien mit Eltern befasst (zum Beispiel Johnston und Orhan 2005 oder Bussing/ Schoenberg/ Perwien 1998). Bei Johnston und Orhan (2005) ging es nicht um elterliches Wissen, sondern um ihre Einstellungen. In den Interviews ging es nicht darum, einzelne Einstellungen abzufragen. Es wurde also nicht gefragt, ob jemand positive oder negative Einstellungen hat oder was jemand über ADHS-Kinder denkt. Wichtig war den Forscherinnen der Einfluss, den Eltern auf den Verlauf der ADHS-Störung ihrer Kinder nehmen. Dabei spielt die Einstellung zu ADHS auch eine Rolle, aber sie ist nur der erste Teil des gesamten Bildes. Johnston und Orhan wollten zum Beispiel herausfinden, ob der Verlauf der Störung schlimmer wird durch die Art, wie Eltern über ADHS denken. Bussing, Schoenberg und Perwien hatten sich in ihrer etwas älteren Studie (1998) mit kulturellen Unterschieden in den USA zwischen weißen und afro-amerikanischen Eltern beschäftigt.

In ihrem internationalen Review der aktuellen Studien über Lehrende und Eltern listen Moldavsky und Sayal (2013) einige Studien auf, die sich mit Schulen befassen, und einige, die Eltern untersuchen. Bei den Elternstudien geht es vor allem um die Kooperation mit Kinderärzten, psychiatrischen Beratungsstellen und klinischem Personal. Auch gibt es Untersuchungen über die Kooperationen der Mediziner untereinander sowie um den Informationsbedarf von Eltern. Keine der von Moldavsky und Sayal gefundenen Studien betrachtet beide Gruppen oder vergleicht sie. Auch fragen diese Studien nicht nach Wissen und Einstellungen von Eltern. Nur eine Studie wurde gefunden, die sowohl Eltern als auch Lehrkräfte in den Blick nimmt: West et al. (2005) untersuchten Einstellungen und Wissen bei Eltern und Lehrkräften und stellten auch Vergleiche an. Allerdings ist diese Studie mittlerweile bereits zehn Jahre alt und ihre Erkenntnisse sind angesichts der schnellen Veränderungen in diesem Themenfeld möglicherweise nicht mehr alle aktuell. Murray legte 2009 eine Dissertation zu diesem Bereich vor, die beide Gruppen untersucht und die eine bessere Zusammenarbeit sowie Fortbildungsprogramme fordert. Weitere Variablen wurden hier nicht aufgenommen. Auch Lattouf legte 2009 eine Dissertation zu diesem Themenbereich vor. Dort geht es um ADHS bei arabischen Kindern in Berlin und es werden sowohl Eltern als auch Lehrkräfte befragt. Allerdings geht es vor allem um familiäre Hintergründe und familienbezogene Therapiemöglichkeiten, nicht jedoch um Kenntnisse und Einstellungen. Auch werden hier keine Vergleiche zwischen Eltern und Schule hergestellt.

Bisher liegt keine Untersuchung über Eltern in arabischen Ländern vor, die sich mit deren Einstellungen und Kenntnissen über das Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom befasst. Auch gibt es keine Forschungsarbeit über arabische Eltern in Deutschland – abgesehen von der Arbeit von Lattouf, die jedoch andere Inhalte hat als die Arbeit, die hier nun vorliegt. Auch ist bei Lattouf ein bestimmter regionaler Schwerpunkt gewählt worden, nämlich nur Berlin. Es wird nicht zwischen Gruppen unterschieden und verglichen, zum Beispiel zwischen arabischen Eltern in Deutschland und Eltern in arabischen Ländern. Nicht nur gibt es keine Forschung über ADHS in diesem Zusammenhang, sondern es fehlt auch an Untersuchungen in arabischen Communities über Lernstörungen oder psychische Störungen allgemein.

Die hier vorliegende Arbeit wurde daher so entwickelt, dass sie sich zumindest einigen der bisher fehlenden Aspekten nähert: Sie fragt zum einen nach Wissen und Kenntnissen von Eltern und Lehrkräften. Sie möchte zu beiden Gruppen Erkenntnisse sammeln und miteinander vergleichen. Sie hat außerdem einen interkulturellen Ansatz, da sie Personen vergleicht, von denen einige in Deutschland und andere in Saudi-Arabien leben. Zudem ergänzt sie die bestehende Forschungslage um einen geographischen Bereich, der bisher kaum beforscht wurde, nämlich um arabische Länder und hier ganz speziell Saudi-Arabien.

5.2 Fragebogenentwicklung für die Interviews

Mithilfe eines empirischen Vorgehens sollen diese Fragen angegangen werden. Bei empirischen Untersuchungen geht es um Erfahrungen, Kenntnisse und Meinungen oder Einstellungen. Es können hier individuelle Sichtweisen systematisch und nachvollziehbar gesammelt und ausgewertet werden. Dazu sind in den letzten Jahrzehnten verschiedene Ansätze entwickelt worden. Die beiden Hauptkategorien sind quantitative und qualitative Sozialforschung. Je nach Zielen, gewünschter und möglicher Vorgehensweise und Forschungsverständnis kann eine der beiden Vorgehensweisen gewählt werden. Auch ist eine Kombination beider Formen möglich.

Es können hier individuelle Erfahrungen systematisch und nachvollziehbar gesammelt und ausgewertet werden. Dazu sind in den letzten Jahrzehnten verschiedene Ansätze entwickelt worden. Die beiden Hauptkategorien sind quantitative und qualitative Sozialforschung. Je nach Zielen, gewünschter und möglicher Vorgehensweise und Forschungsverständnis kann eine der beiden Vorgehensweisen gewählt werden. Auch ist eine Kombination beider Formen möglich.

5.2.1 Empirisches Forschungsdesign

Empirische Forschung kann grundsätzlich in zwei große Bereiche aufgeteilt werden: Quantitative und qualitative Forschung. Nach Atteslander haben diese beiden Richtungen folgende, in Tabelle Nr. 6 zusammengefasste Merkmale:

	quantitative Sozialforschung	qualitative Sozialforschung
Ziele	erklären, Theorien prüfen	verstehen, Theorien entwickeln
Vorgehen/Methodik	deduktiv, d.h. vom Allgemeinen auf das Einzelne schließend, es müssen viele Personen befragt werden	induktiv, d.h. vom Einzelnen auf das Allgemeine schlussfolgern, es werden wenige Personen befragt, aber im Detail
Forschungsverhalten	Forschung schlägt etwas vor, was an möglichst vielen Beteiligten auf immer gleiche Weise geprüft wird	Forschung interessiert sich für die Sicht der Befragten, stellt ihre Prüfmethode darauf ein

Tabelle 6: Analysekriterien bei quantitativer und qualitativer Forschung (nach Atteslander 2010, S. 350, angepasst und gekürzt)

Quantitative Forschung

Quantitative Untersuchungen eignen sich gut dazu, Behauptungen und Aussagen zu belegen oder als falsch zu erkennen, aber gegebenenfalls auch zur Entwicklung von Hypothesen wie im vorliegenden Fall. Zum Beispiel könnte eine Hypothese lauten „Eltern wissen mehr über ADHS als Lehrkräfte“. Um diese Hypothese überhaupt zu entwickeln, werden Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer zu ADHS befragt. Dabei sollte auf verschiedene Dinge genau geachtet werden, etwa wie viele Eltern und wie viele Lehrkräfte teilnehmen oder welchen Hintergrund sie haben (etwa Ausbildung oder Herkunft). Es muss beim Auszählen genau geprüft werden, wie viele Fragebögen zurückgeschickt wurden und es kann dann das Verhältnis verglichen werden von zurückgekommenen Fragebögen der Eltern und der Lehrkräfte. Es ist zu überlegen, inwieweit die Personen, die teilgenommen haben, vergleichbar sind.

Für eine wissenschaftlich gute quantitative Studie, in der nur statistisch gearbeitet wird und in der keine individuellen Interviews geführt werden, sind folgende Aspekte wichtig:

- Eine sehr große Zahl an Teilnehmenden, die befragt werden.
- Eine Absicherung hinsichtlich der Repräsentativität dieser Stichprobe.
- Ein komplexes Computerprogramm zur Auswertung der großen Datenmengen.
- Eine Kontrollgruppe oder ein Kontrolldesign.

Diese Voraussetzungen sind sehr zeitaufwändig und benötigen weitere Ressourcen. Von einem einzelnen Doktoranden ohne ein Team wissenschaftlicher Mitarbeiter kann kaum eine wissenschaftlich belastbare quantitative Studie mit großem Datenmaterial bewältigt werden.

Qualitative Forschung

Hier geht es darum, nicht möglichst viele Zahlen zu sammeln, sondern einzelne Personen genau zu befragen: Was denken sie über ein bestimmtes Thema, was haben sie erlebt, welche Erfahrungen haben sie gemacht, was haben sie daraus gelernt, was sind ihre Gefühle zu diesem Thema? (Creswell 2015, S. 5). Für eine quantitative Untersuchung wird eine Hauptfrage gestellt, zum Beispiel „Welche Einstellungen und Kenntnisse haben Eltern über ADHS?“. Diese Frage wird in Unterfragen aufgeteilt. Die Fragen sollen Informationen aus erster Hand hervorbringen. Die Antworten und Ergebnisse werden in Textform wiedergegeben und nicht, wie bei qualitativen Untersuchungen, in Statistiken und Tabellen. Qualitative Untersuchungen wollen keine Ergebnisse hervorbringen, die für alle oder viele Menschen in einem Bereich gelten. Sie wollen nur von wenigen Personen genau deren Meinung erfahren. Es sollen keine objektiven Erkenntnisse gewonnen werden, sondern subjektive. In dieser Arbeit wurde zur Vorbereitung ein Leitfadeninterview geführt. Diese qualitativen Interviews gaben Auskunft über einige ausgesuchte Gesprächspartner und ihre Einstellung und ihr Wissen über ADHS. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen wurden für die Erarbeitung und Verbesserung der quantitativen Fragebogenumfrage genutzt.

Qualitative Studien können auf unterschiedliche Weisen durchgeführt werden. Interviews können zum Beispiel mündlich oder schriftlich geführt werden. Manche sind sehr klar gegliedert, andere sind offener strukturiert (siehe Tabelle Nr. 7). Um Genaueres über die Befragten zu erfahren und um viel über sie zu lernen, sollten die Fragen offen sein, also zum Erzählen anregen und nicht nur zu ja-/nein-Antworten. So können die Personen in der Studie Informationen vermitteln, ohne sich eingeschränkt zu fühlen (Creswell 2015, S. 4). In dem hier zu Beginn der Untersuchung durchgeführten Leitfadeninterview wurde auf diese offene Art gearbeitet.

Form	mündliche Kommunikation	schriftliche Kommunikation auch per Internet
kaum strukturiert	<ul style="list-style-type: none"> - Informelles Gespräch - Interview/Experten - Gruppendiskussion 	informelle Anfrage an die Zielgruppe
teilweise strukturiert	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräch auf der Basis eines Fragebogens - Tiefeninterview - Gruppenbefragung - Expertenbefragung 	Expertenbefragung
hochstrukturiert	<ul style="list-style-type: none"> - Persönliches Interview (auch am Telefon) - Gruppenbefragung 	genau strukturierte Fragebögen zum Ausfüllen
Aufnahme mündlicher und schriftlicher Interviews mittels einer Kombination von schriftlichen Antworten und zusätzlichen persönlichen Kontakten		

Tabelle 7: Typen qualitativer Forschungsinterviews (nach Atteslander 2003)

Kombinierte Forschung

Immer mehr sozialwissenschaftliche Untersuchungen haben ein kombiniertes Design aus qualitativer und quantitativer Arbeit (vgl. Creswell 2015). Mayring ist der Meinung, dass es keine quantitative Forschung ohne qualitative Vorarbeiten und ohne qualitativen Abschluss geben kann (Mayring 2010, S. 20 ff.). In einem Phasenmodell macht er deutlich, dass der Ablauf von der Qualität zur Quantität und wieder zur Qualität stattfinden sollte.

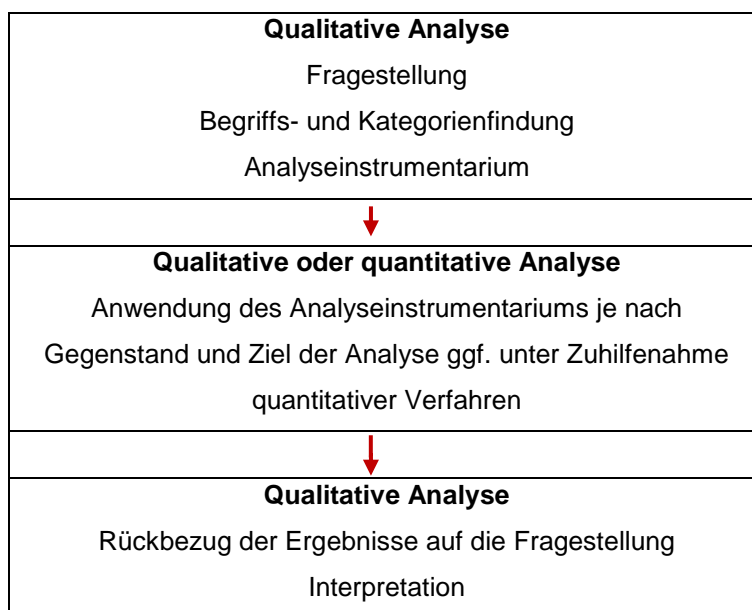


Abbildung 3: Phasenmodell: Verhältnis qualitativer/quantitativer Analyse (Mayring 2010, S. 21)

Auch ist es wichtig, ein Forschungsdesign zu entwickeln, das zu der zu untersuchenden Zielgruppe passt. Atteslander macht deutlich, dass sozialwissenschaftliche Forschung nicht nur der Wissenschaft dienen darf, sondern dass auch die Befragten bzw. die Gesellschaft im Allgemeinen aus der Forschung Nutzen ziehen wollen:

„Forscher können nicht nur Einzelne beobachten und befragen, ohne gleichzeitig eine Bringschuld an der Gesellschaft zu befriedigen, die darin besteht, in klarer und verständlicher Sprache wissenschaftliche Befunde zu kommunizieren“ (Atteslander 2010, S. 14).

5.2.2 Forschungsethik und Gütekriterien

Sozialwissenschaftliche Befragungen

Bei der Entwicklung von Befragungsdesigns sind – wie in der Forschung generell üblich - ethische Vorgaben zu bedenken (Döring 2014, S. 561). Empirische Forschung betrifft häufig persönliche Informationen. Mit diesen ist sorgfältig umzugehen, das heißt Datenschutz und andere Persönlichkeitsrechte müssen berücksichtigt werden. Ganz allgemein muss das Forschungsteam das Wohlergehen der Befragten im Blick haben (Spector 2006, S. 46). In einem Fall wie hier, in dem es um psychische Befindlichkeiten geht, war dies wichtig und wurde immer beachtet. Auch war wichtig zu bedenken, dass es um Kinder ging. Sie wurden nicht direkt gefragt, sondern Erwachsene gaben Auskunft über sie. Das Forschungsdesign musste also auch die Wahrung der Privatsphäre der Kinder ermöglichen. Eltern berichteten über ihre innerfamiliäre Situation und Lehrkräfte über Situationen aus ihrem Berufsalltag. Beide Bereiche können sensibel sein und es kann den Befragten wichtig sein, dass keine der vermittelten Informationen in „falsche Hände“ gerät. Auch diese Sicherheit hat die Befragung geboten und sie ist für die weiteren Auswertungsvorgänge zu berücksichtigen.

Zu kultureller Sensibilität gehört es, dass die Befragten aus allen teilnehmenden Herkunftsbereichen vor ihrem kulturellen Hintergrund weitgehend das gleiche unter bestimmten – zum Beispiel medizinischen - Ausdrücken verstehen (Atteslander 2010, S. 351). Es müssen Missverständnisse vermieden werden, die durch die Formulierung von Fragen oder den Aufbau des Fragebogens entstehen können. Werden die Befragten die Fragen „richtig“ verstehen, das heißt so wie sie gemeint sind? Außerdem sollten die Befragten die Möglichkeit haben, genau das zu antworten was sie denken.

Wie kann es ermöglicht werden, dass die Befragten tatsächlich das sagen, was sie ehrlicherweise sagen wollen? (Atteslander 2010, S. 352).

In einer Befragungssituation müssen sich die Forschenden darüber im Klaren sein, dass ihre eigenen Hintergründe in die Fragen mit einfließen. Dies gilt besonders, wenn neue Fragebögen entwickelt werden oder neue Fragenkombinationen verwendet werden. Beides ist hier der Fall: Die Fragebögen wurden vor dem Hintergrund von KADDS entwickelt, aber dieser wurde nicht unverändert übernommen, sondern es wurden weitere und andere Fragen erarbeitet. Die Arbeit mit Critical Incidents steht ebenfalls unter dem Einfluss eigener Erfahrungen der Forschenden. Wichtig ist auch, unter welchen Rahmenbedingungen die Befragungen stattfinden: Fühlen sich die Interviewten wirklich frei in ihrer Entscheidung, an der Befragung teilzunehmen? Oder gibt es – wenn auch nur ihrer Meinung nach - irgendeine Form von Druck oder Erwartungshaltungen? Warum überhaupt beteiligen sich Personen, versprechen sie sich irgendeinen Gewinn? Spielt die Möglichkeit des Erkenntnisgewinns, die in diesem Forschungsdesign enthalten ist, eine Rolle für Eltern und Lehrkräfte? Sind die Beteiligten es gewohnt, an Befragungen teilzunehmen? Glauben sie möglicherweise, dass bestimmte Antworten sozial erwünscht sind? Fällt ihnen die Beantwortung der Fragen leicht oder schwer? Welche Bedeutung haben die interkulturellen Aspekte dieses Projektes für die Befragungssituation? Alle diese Fragen können nicht unbedingt im Rahmen einer solchen Forschung beantwortet werden. Aber sie müssen bei der Entstehung und Auswertung der Befragung zumindest indirekt berücksichtigt werden

In der Forschung wird davon gesprochen, dass wissenschaftliche Arbeiten *valide* und sicher sein müssen. Das heißt, die Untersuchungen müssen korrekt durchgeführt sein und auf ihre Ergebnisse müssen sich andere verlassen können. Aspekte dieser Validität sind Vertrauenswürdigkeit, Authentizität und Glaubwürdigkeit. Außerdem gehört es zu den Gütekriterien wissenschaftlichen Arbeitens, dass die Messbedingungen konstant bleiben (Mayring 2010, S. 116). Jeder Forschungsaufbau muss nachvollziehbar sein. Es muss genau beschrieben werden, was wie untersucht wurde, so dass theoretisch die gleiche Arbeit noch einmal von anderen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen durchgeführt werden könnte und die gleichen Ergebnisse herauskämen. Dazu gibt es einige Verfahren, die diese wissenschaftliche Verlässlichkeit sicherstellen sollen, zum Beispiel:

- Parallel-Test
- Konsistenz-Test
- Anwendung von Außenkriterien

Bei einem Parallel-Test wird die gleiche Forschungsfrage an der gleichen Gruppe untersucht, aber mit einem anderen Instrument. Für einen Test der Konsistenz wird die Untersuchungsgruppe in zwei Hälften geteilt, beide Hälften werden untersucht und die Ergebnisse beider Gruppen müssten hinterher ähnlich sein. Als Außenkriterium können Untersuchungsergebnisse anderer, früherer Arbeiten mit den eigenen Ergebnissen verglichen werden (Mayring 2010, S. 116 f.). Diese Formen der „Beweisführung“ sind jedoch kritisiert worden, weil sie bei komplizierten Forschungsdesigns nicht möglich sind oder keine brauchbaren Ergebnisse bringen. Daher gibt es für die qualitative Forschung, die meistens komplex ist, andere Gütekriterien (Mayring 2010, S. 118). Dazu gehören:

- alle Interpretationen mit Argumenten begründen;
- immer aufgrund von Regeln arbeiten;
- das Verfahren dokumentieren.

Zur Dokumentation des Verfahrens gehört es, Protokolle und Datenbanken zu sichern und anderen zugänglich zu machen.

Internetbefragungen in den Sozialwissenschaften

Die sozialwissenschaftliche Forschung verwendet seit Mitte der 1990er Jahre Internet-Befragungen (Jakob/ Schoen/ Zerback, 2009, S. 18). Seitdem hat insgesamt die Zahl der Internet-Befragungen zugenommen, wie Jakob, Schoen und Zerback festgestellt haben: Sie sahen sich die Artikel in wissenschaftlichen Zeitschriften an und untersuchten, wie viele von ihnen per Internet durchgeführt worden waren. Für den Zeitraum von 1997 bis 2006 fanden sie 120 relevante Artikel, von denen die besonders viele in den Jahren 2003 (24 Artikel), 2005 (33) und 2006 (22) veröffentlicht wurden (Jakob/ Schoen/ Zerback, 2009, S. 19). Wichtig ist bei bestimmten Online-Befragungen, dass die zu befragenden Personen auch wirklich erreicht werden und dass sie Interesse haben, an der Befragung teilzunehmen. Es wurde erkannt, dass es schwierig ist, Online-Befragungen bei Personengruppen durchzuführen, die sehr gemischt, das heißt heterogen sind (Post 2009, S. 261). Sie sind schwer anzusprechen, weil es in diesen Gruppen viele verschiedene Interessen, Lebenslagen, Zeitressourcen usw. gibt. Allerdings ist eine Online-Befragung gut geeignet für Personen, die einer sehr

speziellen Gruppe angehören und die alle einen gemeinsamen Interessenbereich haben, zum Beispiel eine bestimmte Gruppe von Wissenschaftlern (Post 2009, S. 262). Eine solche Situation liegt hier grundsätzlich vor: die meisten Angesprochenen der Umfrage dieser Arbeit sind Betroffene, da sie Eltern von Kindern mit ADHS sind oder als Lehrkräfte mit ihnen in der Schule zu tun haben.

Die Beantwortung auch von Forschungsfragen ist stets ein sozialer Akt, der von Erwartungen oder vermeintlichen Erwartungen geprägt ist (Atteslander 2010, S. 109). Daher gilt für jedes Interview, auch für eine Online-Befragung: „Mit dem Mittel der Befragung wird nicht soziales Verhalten insgesamt, sondern lediglich verbales Verhalten als Teilaspekt erfasst“ (Atteslander 2010, S. 109). Das Mittel der Befragung, die Sprache, die Art der Ansprache und vieles mehr beeinflussen den Verlauf. Dies gilt natürlich auch für ein Forschungsvorhaben, das mit einer Internetseite arbeitet. Zwar sitzen sich dabei nicht eine fragende und ein befragte Person gegenüber, die auf diese Weise schon eine soziale Situation bilden. Aber dennoch wissen die Homepage-Nutzer und –Nutzerinnen, dass die Seite von Menschen gestaltet wurde und möglicherweise haben sie einen vorgestellten Interviewpartner vor Augen, wenn sie die Fragen beantworten. Schon eine solche fiktive Person oder ein fiktives Team kann eine Auswirkung auf die Art der Beantwortung der Fragen haben.

Über Dinge hinaus, die in einer „klassischen“ Interviewsituationen wichtig sind, müssen bei der Online-Befragung noch viele weitere Dinge beachtet werden. Der Aufbau der Seite, die Aufmachung oder die Handhabbarkeit spielen ebenfalls eine Rolle für die Beantwortung. Noch vor Beginn der eigentlichen Befragung sind die Aspekte der Erreichbarkeit und Bekanntmachung wichtig. Zunächst ist keine Grundgesamtheit bekannt, das heißt die Forschenden wissen nicht, wer alles hätte teilnehmen können (Molitor 2004, S. 239). Sie haben kaum Kenntnis über die Personen, die gebeten wurden, an der Befragung teilzunehmen, es aber nicht getan haben. Sie können sie also auch nicht fragen, warum sie nicht teilgenommen haben. Daraus könnte man aber wichtige Informationen ziehen. Molitor spricht vom Problem der *Selbstselektion* (2004, S. 239). Diese entsteht unter anderem dadurch, dass Fragende und Befragte keinen persönlichen Kontakt haben. Das Forschungsteam wählt zwar eine Zielgruppe aus, aber diese ist dann doch eine große Gruppe Unbekannter. Zwar könnte man die Zugriffe zählen und mit den Rückläufen vergleichen. Doch man würde wenig über die

persönlichen Hintergründe der Befragten erfahren, besonders bei denjenigen, die nicht geantwortet haben (Molitor 2004, S. 239). Es sei davon auszugehen, dass „die zahlenmäßige Differenz zwischen Personen, die von der Umfrage wissen, an ihr aber nicht teilnehmen, als ca. doppelt so hoch einzuschätzen [ist] wie bei einem entsprechenden Papierfragebogen“ (Molitor 2004, S. 240).

Der Vorteil von Interviews, die über eine Internetseite geführt werden, liegt unter anderem darin, dass die eingegebenen Daten schnell ausgewertet werden können. Sie stehen nämlich direkt nach der Beantwortung als Datensatz zur Verfügung. Es muss keine Zeit für die Eingabe der Daten und für Plausibilisierungsprüfungen aufgewendet werden. Darüber hinaus vermindert sich auch die Fehlerquote dadurch, dass dieser Zwischenschritt der Datenübertragung aus einem Fragebogen in ein elektronisches Auswertungsprogramm entfällt (Pötschke 2009, S. 77). Zudem können Verknüpfungen vorgesehen werden, indem zum Beispiel bei einer Ja-Antwort weitere Fragen aufgerufen und bei einer Nein-Antwort die nächsten Fragen automatisch übersprungen werden.

5.2.3 Erarbeitung des Fragebogens

Um einen Fragebogen zu erstellen, der möglichst gut verständlich für alle befragten Gruppen ist, wurde ein mehrstufiges Verfahren gewählt, das aus folgenden Schritten bestand:

1. Klärung der allgemeinen Forschungslage zu ADHS, wie sie in Kapitel 3 dargelegt wurde, einschließlich der Einordnung in die Klassifizierungssysteme DSM-IV und DSM-5 sowie ICD-10.
2. Sichtung der Fragebögen, die in anderen Studien verwendet wurden sowie besonders Analyse arabischer Studien und der dort verwendeten Fragebögen, zum Beispiel Scitutto, Terjesen und Bender Frank (2000), Mmādī und Āby mlywd (2012), Alkahtani (2013) oder Schmiedeler (2013) sowie insbesondere eine Analyse der KADDS-Befragungen nach Scitutto (2000).

3. Erstellung eines Leitfadens und Durchführung mehrerer Leitfadeninterviews mit einigen Eltern und Lehrkräften. Interviewt wurden ein Lehrer in Saudi-Arabien, zwei Eltern in Deutschland sowie eine Lehrerin in Deutschland.
4. Erstellung eines eigenen Fragebogenentwurfes auf Arabisch, Prüfung durch arabische Experten in mehreren arabischsprachigen Ländern. Es handelte sich dabei um acht Personen: Zunächst wurden vier Wissenschaftler (Dozenten und Professoren) saudi-arabischer Universitäten befragt. Des Weiteren wurde der Fragebogen zwei jordanischen Universitätsdozenten aus den Fachbereichen Pädagogik und Sonderpädagogik vorgelegt, da jordanische Forscher und Lehrende viel Forschungserfahrung und Wissen in diesen Bereichen haben. Außerdem wurde der Fragebogen von einem Professor und einem weiteren Dozenten geprüft, die aus Ägypten stammen und in Saudi-Arabien an der Hochschule tätig sind. In Deutschland prüfte schließlich noch ein Psychiater und Psychotherapeut der Göttinger Universitätsklinik den Fragebogen.

Diese Experten wurden gebeten, den Fragebogen auf Schlüssigkeit durchzusehen, darauf zu achten, ob es mehrere ähnliche Items gab und ob die Fragestellung für die Zielgruppe wissenschaftlich sein könnte. Sie prüften außerdem, ob die Items zu den Subkategorien passten, denen sie zugeordnet waren. Eine Liste ihrer Rückmeldungen findet sich im Anhang.

Leitfadeninterview

Als Vorstudie wurden ein Leitfaden für fokussierte Interviews entwickelt und einige Vorabinterviews durchgeführt. Der Liste der Interviewfragen hierzu befindet sich im Anhang. Es nahmen ein Lehrer in Saudi-Arabien, zwei Eltern in Deutschland sowie eine Lehrerin in Deutschland an diesen Leitfadeninterviews teil. Sie wurden gebeten, über ihre Kenntnisse, Einstellungen und Handlungen zu ADHS bei ihren Schülerinnen und Schülern Auskunft zu geben. Das Interview sollte Hinweise liefern, welche Probleme sich für arabische Lehrer und Lehrerinnen von Kindern, die ADHS oder eine der Unterformen von ADHS aufweisen, ergeben. Es wurde deutlich gemacht, dass keine Informationen über die Befragten weitergegeben wurden und dass alle Angaben anonym behandelt wurden.

Das Interview war sehr offen. Es gab einen Leitfaden, damit keine wichtigen Fragen vergessen wurden. Aber die Eltern und Lehrer konnten im Gespräch auch Themen besprechen, für die es keine genau passende Frage gab. Damit sollte erreicht werden, dass noch neue Ideen hinzukommen konnten, falls die Befragten Punkte ansprechen würden, die noch nicht bedacht wurden. Die Interviews wurden auf Arabisch geführt. Sie wurden als Audiodatei aufgenommen. Eine schriftliche Transkription erfolgte für dieses Vorabinterview nicht. Da die Transkription sehr arbeitsintensiv gewesen wäre und für die Dokumentation noch eine deutsche Übersetzung nötig gewesen wäre, wurde darauf verzichtet.

Es wurde den Befragten gesagt, dass auf der Grundlage der Forschungsarbeit voraussichtlich eine Verbesserung des Umgangs mit ADHS in den Einrichtungen möglich sei, da am Ende der Arbeit die Erstellung von schriftlichem Informationsmaterial geplant sei. Die Befragten wurden auch auf die Internetseite des Forschungsprojektes verwiesen und darauf, dass sie dort mehr über die Befragungen und die spätere Auswertung erfahren könnten. Das Interview wurde als Audiodatei aufgezeichnet. Es wurde allgemein gefragt nach Kindern, die von ADHS betroffen sind und mit denen die Lehrkräfte zu tun haben. Es gab die Möglichkeit, konkrete Fälle zu beschreiben. Dann wurden die Befragten gebeten, etwas über ihr Wissen und ihre Einstellungen zu sagen. Dies alles geschah mit Hilfe vorgefertigter Fragen, von denen aber während des Gespräches abgewichen werden konnte.

Zu den Hauptpunkten, die sich aus diesen Leitfadeninterviews ergaben, gehörten folgende Meinungen und Vermutungen der Befragten:

- Es gibt enge Zusammenhänge zwischen ADHS und Fernsehen.
- ADHS zeigt sich in Problemen in der Schule und mit Geschwistern.
- Eine Ursache ist Essen mit viel Zucker.
- Sport ist eine hilfreiche Behandlung.
- Stress und Gewalt in der Familien können zu ADHS führen.
- ADHS ist keine Krankheit.
- Es geht häufig um die richtige Erziehungsweise.

Diese Punkte und weitere Erfahrungen aus den Leitfadeninterviews konnten anschließend bei der weiteren Entwicklung der eigentlichen Untersuchung gut berücksichtigt werden.

The Knowledge of Attention Deficit Disorders Scale (KADDS)

2000 legten Sciutto, Terjesen und Bender erstmalig eine Arbeit mit diesem Erhebungsinstrument vor. Dieses US-amerikanische, auf Englisch konzipierte Befragungs-Tool ist eines der am häufigsten verwendeten Fragebögen-Konzepte zur Abfrage von Wissen bei Lehrern und Lehrerinnen über ADHS (Soroa/ Gorostiaga/ Balluerka 2013, S. 156). Der Fragebogen wurde außer in den USA auch in Australien, Südafrika und Spanien eingesetzt (Schmiedeler 2013, S. 146). Schmiedeler hat eine deutsche Adaption des Fragebogens erstellt und verwendet (Schmiedeler 2013). Der Bogen besteht aus 36 Items, 18 positiven and 18 negativen und betrachtet in drei Subskalen unterschiedliche Wissensbereiche:

- Symptome und Diagnostik (9 Items),
- allgemeine Aspekte zu Verlauf und Ursachen (15 Items) sowie
- Behandlung und Ursachen von ADHS (12 Items).

Es gibt die Antwortmöglichkeiten „richtig“, „falsch“ und „weiß nicht“. Sciutto, Terjesen und Bender nahmen nur Aussagen auf, die in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert wurden und fügten dem Fragebogen einen Katalog von Erläuterungen bei, in denen sie auf die Quellen für die richtigen Informationen hinwiesen. Die Forscher führten mehrere Pretests durch, um Reliabilität und Validität des Instruments zu überprüfen. In der Auswertung wird ein Punkt für richtige Antworten vergeben und null Punkte für falsche oder fehlende Antworten, so dass theoretisch zwischen 0 und 36 Punkten erreicht werden können (Soroa/ Gorostiaga/ Balluerka 2013, S. 156 f.).

Kritisch zu betrachten ist, dass KADDS auf der Basis relativ kleiner, geographisch und sozial homogener Stichproben entwickelt wurde. Wie es zu Anfang zu der Auswahl der Items oder der Subskalen kam, ist unbekannt. Dennoch ist KADDS ein wichtiges Instrument mit guter Reliabilität und ausreichender Validität. Es hat eine gute interne Konsistenz mit $\alpha = .80 - .90$ (Schmiedeler 2013, S. 146). Außerdem ist es leicht zu handhaben, die Instruktionen sind präzise, es ist überschaubar mit seinen jeweils drei Antwortmöglichkeiten und dabei aufschlussreicher als frühere Fragebögen, die nur „ja“

und „nein“ als Antworten vorsahen (Soroa/ Gorostiaga/ Balluerka 2013, S. 158 f.). Die dreifache Antwortmöglichkeit verhindert zudem, dass die Befragten raten (Schmiedeler 2013, 146) und so das Gesamtbild durch zufällig richtige oder falsche Antworten verfälscht wird.

KADDS ist ein Instrument, das zur Befragung von Lehrkräften entwickelt wurde. Es ist von den Formulierungen und den abgefragten Situationen her auf Personen mit Unterrichtserfahrung und Lehrausbildung zugeschnitten. Es wurde daher für die hier vorliegende Arbeit ein Fragebogen erarbeitet, mit dem auch Eltern gut befragt werden können.

Befragung und Austausch

Atteslander hat formuliert, dass die empirische Sozialforschung auf die Akzeptanz der Gesellschaft angewiesen ist und dass sie daher die Aufgabe hat, die aus Umfragen gewonnenen Erkenntnisse den Befragten und darüber hinaus der Bevölkerung zur Verfügung zu stellen, so dass es zu einem Geben und Nehmen kommen kann (Atteslander 2010, S. 14). Genau ein solches Forschungsverständnis, das den Befragten auch etwas „zurückgeben“ möchte, liegt dieser Arbeit zugrunde. Es wurde daher folgendes Fragebogenkonzept entwickelt: Ein umfangreicher Fragebogen zu Fragen über Wissen und Einstellungen zu ADHS wurde zum einen als Papierversion und zum anderen als online-Version erstellt. Beide Formen erreichen unterschiedliche Gruppen innerhalb der Zielgruppen arabischer Eltern und Lehrkräfte. Die online-Fassung wendet sich an Personen, denen die Nutzung des Internets geläufig ist. Da vermutlich einige zu Befragende wenig Kenntnisse über diese Medienform haben und auch gar keinen Internetzugang haben, war es nötig, auch eine Papierversion des Fragebogens vorzuhalten.

Beide Fassungen des Fragebogens sehen über die Abfrage der Kenntnisse und Einstellungen hinaus weitere Nutzungsarten vor: Nach Ausfüllen des Fragebogens hat die befragte Person die Möglichkeit, sich umfangreiche Kommentare zu den Fragen und den Antworten anzusehen. Es bleibt nicht bei der Abfrage, da diese die Befragten völlig im Unklaren darüber ließe, ob sie richtige oder falsche Antworten gegeben haben. Stattdessen wurde ein Format gewählt, das hierüber Klarheit gibt. Und nicht nur werden die Antworten ausgewertet und kommentiert. Darüber hinaus finden sich in den

Kommentaren Informationshinweise, die die Befragung zu einer Bildungsmöglichkeit machen. Literaturtipps, interessante Internetseiten und hilfreiche Adressen werden angeboten. In einem weiteren Schritt können die Teilnehmenden auch noch diese Hinweise kommentieren. Die Struktur der Befragung bewirkt, dass sie eher wie ein Austausch ist und dass beide Seiten – Befragte und Fragende – eine wichtige Rolle füreinander spielen. Das könnte bei vielen Befragten die Motivation erhöhen, an der Befragung teilzunehmen und auch eigene Erfahrungen mitzuteilen. Das würde die Datenlage verbessern, weil Fragen genauer und detaillierter beantwortet würden. Atteslander (2010, S. 130) weist darauf hin, dass die Motivation den Grad der Gemeinsamkeit zwischen den Beteiligten bestimmt. Hohe Motivation schafft einen größeren Bereich an Gemeinsamkeiten als geringe Motivation. Wie Abbildung 4 zeigt, entsteht folgender Effekt: Je geringer die Motivation, desto kürzer fallen die Antworten aus und desto näher bleiben sie an der Fragestellung. Der (in der Abbildung) schraffierte Gemeinsamkeitenbereich ist schmal. Ein breiterer Gemeinsamkeitenbereich führt zu ausführlicheren Antworten, die mehr auf den eigenen Erfahrungsschatz zurückgreifen und über die eigentliche Frage noch hinausgehen.

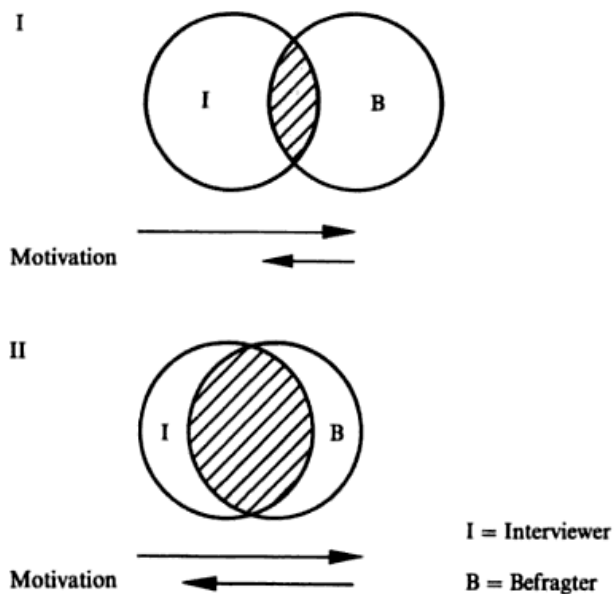


Abbildung 4: Motivation und Gemeinsamkeiten von Interview-Beteiligten (nach Atteslander 2010, S. 130, angepasst und gekürzt)

Durch diese vielfältigen Angebote und Bereiche wird die Befragung in dieser Arbeit zu einer interaktiven Kommunikationsplattform. Untersuchte und Untersuchende nähern sich einander an und lernen voneinander. Es entsteht ein Prozess, in dem die Forschenden flexibel sein müssen. Sie müssen in der Lage sein, eventuelle

Änderungen oder Eingriffe in den Forschungsprozess vorzunehmen, zu dokumentieren und zu begründen (Atteslander 2010, S. 57). Dazu gehören zum Beispiel nachträgliche Änderungen der Fragebögen oder ein Aufgreifen von Erkenntnissen aus den Critical Incidents.

Fragebogen für diese Arbeit

Der erste Entwurf des Fragebogens für diese Arbeit sah 40 Items vor. Zur Prüfung der Testkonstruktion wurde die Kuder-Richardson-Formel 21 angewendet. Der Fragebogen als Forschungsinstrument wurde dann auf Interrater-Reliabilität untersucht. Mit dieser Methode kann festgestellt werden, ob mehrere Experten, also Rater, die gleichen oder mindestens ähnlichen Einschätzungen haben. Damit wurden die Zuverlässigkeit und Objektivität und damit die Reliabilität des Fragebogens erhöht, weil dieser nicht auf dem Urteil nur eines Forschers aufgebaut ist.

Die Pilotierung wurde daher mehreren Lehrkräften in Saudi-Arabien und Deutschland vorgelegt. Sie prüften den Bogen und die Fragen auf Verständlichkeit. Es war nicht notwendig, Experten, Eltern oder Lehrer aus unterschiedlichen arabischen Ländern zu fragen, obwohl die arabischen Eltern und Lehrer in Deutschland aus unterschiedlichen arabischen Ländern kommen. Trotzdem gibt es in den verschiedenen arabischen Ländern wenig Unterschiede im Verständnis von Lernschwächen und ADHS, weil es sowieso wenig Informationen gibt. Zwar gibt es im Alltag von Region zu Region sprachliche und kulturelle Unterschiede. Für diesen wissenschaftlichen Fragebogen war dies jedoch nicht wichtig, da die Fragen und auch die sonstigen Informationen über ADHS auf der Homepage in Hocharabisch geschrieben sind. Hocharabisch wird in allen arabischen Ländern verstanden und für Texte benutzt. Die Pilot-Gruppe wurde jedoch gebeten, aus fachlicher Sicht die Fragebögen zu bewerten: Sind die Fragen nachvollziehbar und sinnvoll aus ihrer Sicht? Sind sie dazu geeignet, die Kenntnisstände der Eltern und Lehrkräfte zu messen? Sind sie für Lehrkräfte und auch Eltern ihrer Erfahrung nach verständlich, welche Verbesserungsvorschläge gibt es? Im Anschluss an dieses Prüfverfahren wurde der Fragebogen leicht angepasst und auf 39 Items gekürzt.

Es wurde schließlich ein Fragebogen als online- und später als offline-Version genutzt, der folgende Eigenschaften hatte:

- a) Der Fragebogen besteht aus 39 Items mit korrekten oder nicht korrekten Aussagen.
- b) Es gibt drei Antwortmöglichkeiten (richtig, falsch, weiß nicht).
- c) Für die Auswertung wurde für jede korrekte Antwort ein Punkt vergeben und für jede nicht korrekte Antwort oder die Antwort „weiß nicht“ wurden null Punkte berechnet.
- d) 21 der Items enthalten eine korrekte Aussage und 18 enthalten eine nicht korrekte Aussage.
- e) Theoretisch können also zwischen 0 und 39 Punkten erreicht werden.
- f) Hat eine Person einen Fragebogen gar nicht oder nur an wenigen Stellen ausgefüllt, wurde er als ungültig nicht mit in der Auswertung berücksichtigt. Sind mehr als zehn Items unbeantwortet geblieben, wurde der Fragebogen weggelassen.

Für die genauere Auswertung, um Vergleiche zu ziehen und um schließlich Hypothesen zu entwickeln, wurden Subskalen zu unterschiedlichen Wissensbereichen zugrunde gelegt: 14 Items beziehen sich auf Symptome und Diagnostik von ADHS. 12 Items fragen nach Behandlung und Ursachen. Zu verschiedenen, allgemeinen Themen gibt es weitere 13 Items.

Für Deutschland wurde der Fragebogen ins Deutsche übersetzt. Für die Befragten hätte es zwar ausgereicht, einen arabischen Bogen anzubieten, da es sich auch in Deutschland um arabische Lehrer und Lehrerinnen sowie um Eltern mit arabischem Migrationshintergrund handelt. Die deutsche Version wurde dennoch benötigt, da die Arbeit an einer deutschen Universität vorgelegt wird und der akademische Diskurs auf Deutsch geführt wird. Für die Unterstützung durch den Doktorvater, für den wissenschaftlichen Austausch mit der Fachöffentlichkeit und für die Veröffentlichung der Dissertation war die deutschsprachige Version notwendig. Zudem war davon auszugehen, dass viele der in Deutschland lebenden Eltern trotz arabischer Herkunft die Fragen auf Deutsch vorziehen würden. Es wurde vermutet, dass einige der Eltern schon zur sogenannten zweiten Generation gehören, das heißt sie sind nicht selbst zugewandert, sondern in Deutschland geboren oder als Kinder nach Deutschland gekommen und hier aufgewachsen. Diese Zuwanderungsgruppe verfügt häufig über gute mündliche Kenntnisse der Familiensprache, ist aber manchmal nicht gut vertraut mit der Schriftsprache (Maas 2005, S. 106).

Auf der Basis dieser Version wurde nun die Internetseite entwickelt. Es wurde davon ausgegangen, dass die Zielgruppe per Online-Befragung gut zu erreichen sein würde und dass ein Internetfragebogen vielen Befragten gut gefallen würde: Im Internet bleibt man anonym und man kann die Fragen zu einem selbst gewählten Zeitpunkt beantworten. Andererseits fehlt die Verbindlichkeit, die Befragung kann vergessen werden, da keine Papiere in der Wohnung „herumliegen“, die daran erinnern. Die Forschenden wissen nicht, wer bereits mitgemacht hat und können daher nicht gut noch einmal darauf hinweisen. Das Ausfüllen von Textantworten könnte manchen Befragten leicht fallen, da viele Menschen heute mehr Übung im Schreiben mit dem Computer als von Hand zu haben scheinen. Ohne Handschrift ist außerdem mehr Anonymität möglich, da handschriftlich ausgefüllte Fragebögen von anderen Eltern oder Lehrern bestimmten Personen zugeordnet werden können, wenn diese aus organisatorischen Gründen durch ihre Hände gehen. Unter anderem aus diesen Gründen wurde zu Anfang das Hauptaugenmerk auf die Entwicklung der Homepage gerichtet.

5.3 Aufbau und Nutzung der Webseite für die online-Befragung

Im vorherigen Abschnitt wurde beschrieben, was bedacht werden muss für die Entwicklung einer Befragung wie dieser. Die Überlegungen zum Forschungsdesign, zu ethischen und Gütekriterien sowie zu bisherigen Forschungsergebnissen und eigenen Erfahrungen aus dem Leitfadeninterview wurden in die Entwicklung der Homepage für diese Arbeit einbezogen. Der nun folgende Abschnitt erläutert die Entstehung dieser Webseite.

5.3.1 Projekt-Homepage: Entwicklung und Funktionen

Neben den genannten Überlegungen musste bedacht werden, dass die Befragung sowohl in Saudi-Arabien als auch in Deutschland eingesetzt werden sollte. Das bedeutete zum Beispiel, dass die Fragen so formuliert werden mussten, dass sie in beiden Übersetzungen zu vergleichbaren Antworten führen würden. Atteslander macht deutlich, dass in unterschiedlichen Umfeldern Fragen nicht unbedingt immer das gleiche bedeuten: „Validierung heißt Abklärung, 1. ob die Frage funktional einheitlich wirkt, 2. ob sie verbal adäquat wiedergibt, was intendiert wird, schließlich 3. ob in unterschiedlichen Kulturen deren Bedeutung äquivalent ist“ (Atteslander 2010, S. 342).

Konkret wurde sich hier für einen Fragebogen entschieden, der zunächst einige wenige soziodemographische Informationen abfragt. Im Elternfragebogen wird gefragt, ob die antwortende Person Mutter oder Vater ist. Sofern ein Kind mit ADHS in der Familie lebt, wird nach seinem Geschlecht, seinem Alter, der Schulform und den Schulleistungen gefragt. Hierbei handelt es sich um Ankreuzfragen mit jeweils einer Antwortmöglichkeit. Der Fragebogen für Mitarbeitende der Schule richtet sich an Lehrer und Lehrerinnen, aber auch an Verwaltungspersonen und andere Mitarbeitende. Es wird gefragt, ob es mindestens ein Kind mit ADHS im Unterricht gibt. Es werden ein paar nähere Informationen zu diesem Kind erfragt: Alter, Junge/Mädchen, Schulform und Schulleistungen. Es folgen dann sowohl im Eltern- als auch im Lehrkräfte-Fragebogen drei Fragen, die zu schriftlichen Antworten auffordern: „Woran erkennen Sie, dass Ihr Kind von ADHS betroffen ist?“, „Wie schwer ist die Erkrankung?“ und „Welche Folgen haben sich gezeigt?“ Im weiteren Verlauf des Fragebogens folgt nun eine längere Abfolge von Aussagen oder Behauptungen, die jeweils per Ankreuzen mit „richtig“, „falsch“ oder „weiß nicht“ beantwortet werden können. Hierbei handelt es sich um Wissens- und Einstellungsaussagen. Die Online-Version funktioniert so, dass direkt nach Absenden des ausgefüllten Fragebogens die Erläuterungen zu den Antworten erscheinen. Zu jeder der aufgestellten Behauptungen, die die Eltern oder Lehrer und Lehrerinnen mit „richtig“, „falsch“ oder „weiß nicht“ markiert haben, finden sich nun erklärende Hinweise. Außerdem ist bei jeder Erklärung angegeben, aus welcher Quelle sie stammt, so dass Interessierte dort weitere Informationen suchen können.

Mit der Erstellung der Homepage zum Befragungsprojekt (<http://adhd.aikud.org/cms2/>) wurde im Januar 2014 begonnen. Zunächst wurde überlegt, welcher technische Rahmen geeignet sei. Verschiedene Content Management Systeme wurden auf ihre Nützlichkeit für dieses Projekt überprüft. Typo3 schien zunächst eine gute Grundlage zu sein, da hier ohne tiefere IT-Kenntnisse Inhalte eingestellt und verwaltet werden können. Es zeigte sich jedoch, dass Typo3 ungeeignet für die Texte und Fragebögen auf Arabisch war. Inhalte auf Arabisch einzustellen, war schwierig und aufwändig.

Die Entscheidung fiel schließlich für das System Joomla. Dabei handelt es sich um ein Content Management System, das frei zugänglich ist und für das normalerweise keine Lizenzgebühren anfallen. Es ist ein Open-Source-Programm, das heißt es kann von jedem genutzt und weiterentwickelt werden. Die dahinter liegende Programmiersprache

ist PHP 5 und die Datenbankverwaltung läuft über MySQL. Das System Mambo kann als Vorgänger von Joomla gelten. Es wurde die Joomla-Version 2.5 verwendet. Joomla eignet sich nach Betreiberangaben gut für Projekte, Vereine oder kleine Unternehmen. Es verfügt über ein umfangreiches integriertes Hilfs- und Anweisungssystem, das es auch Anfängern ermöglicht, eine Internetseite mit Inhalten zu füllen und zu verwalten. Es sind keine Programmierkenntnisse dafür nötig. Für die Installation wird jedoch möglicherweise eine Fachkraft gebraucht (Joomla 2015). Für dieses Forschungsprojekt wurde tatsächlich so vorgegangen, dass ein Experte die Seite einrichtete und vorbereitete. Sie konnte dann im weiteren Verlauf vom Autor selbst bedient werden.

Die Seiten haben ein Back-End und ein Front-End. Vom Back-End her wird die Internetpräsenz verwaltet, es ist für Besucher der Seite nicht sichtbar (siehe Abbildung 5). Die Front-End-Seite ist vor allem der nach außen hin sichtbare Teil und in unserem Fall der Teil, über den Eltern und Lehrer an der Befragung teilnehmen können. Das Back-End beinhaltet einen Teil, mit dem Inhalte verwaltet und verändert werden können, auch wenn schon sehr viele Einträge eingestellt wurden. Es funktioniert ähnlich wie ein kleines Textverarbeitungsprogramm. Die Texte sehen schon beim Schreiben fast so aus wie später auf der öffentlich sichtbaren Homepage. Dies wird als WYSIWYG-System bezeichnet (also mit den Anfangsbuchstaben von „what you see is what you get“). Verschiedene Schriften, Schriftgrößen und Textgestaltungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung, etwa für Titelzeilen, hervorgehobene Textteile, Auflistungen und anderes mehr. Auch können Bilder, Tabellen oder Links zu anderen Internetseiten eingebaut werden. Verschiedene Personen können an derselben Homepage arbeiten und gegebenenfalls unterschiedliche Berechtigungen zur Bearbeitung und zum Neueinstellen von Inhalten bekommen.

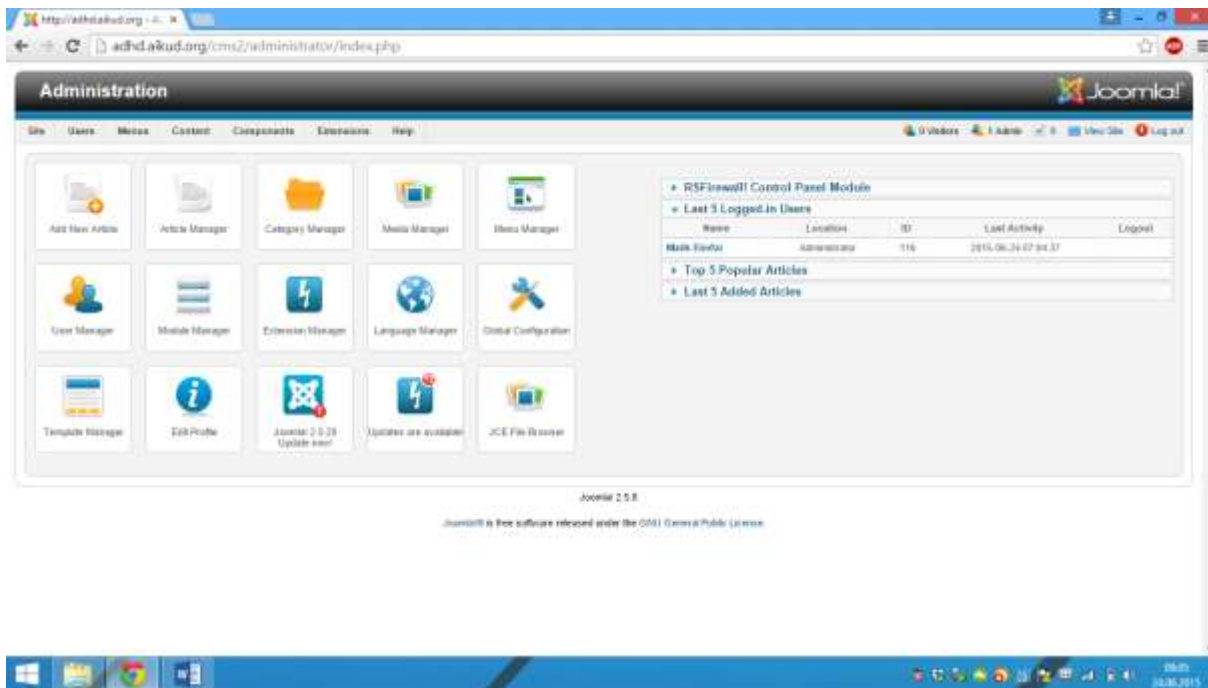


Abbildung 5: Back-End-Ansicht der Projekt-Homepage

Joomla kann mit unterschiedlichen Sprachen genutzt werden und funktioniert auch gut mit arabischen Texten. Die Projektseite hat eine deutsche und eine arabische Abteilung. Wird die Seite von einem Computer in einem arabischsprachigen Land angeklickt, öffnet sie sich automatisch auf Arabisch. Von Deutschland aus öffnet sie sich auf Deutsch. Auf allen Seiten kann oben rechts über kleine Symbole (deutsche Flagge und Flagge der arabischen Liga) auf die jeweils andere Sprache gewechselt werden. Die Inhalte sind weitgehend gleich (siehe Abbildung 6). Die Seite konnte daher gut zuerst auf Arabisch erstellt werden, da dies die Muttersprache des Autors ist. Später übersetzte er sie selber ins Deutsche. Die deutsche Übersetzung wurde von mehreren Personen geprüft und korrigiert, die zweisprachig sind und sowohl im Deutschen als auch im Arabischen muttersprachliche Kenntnisse haben.

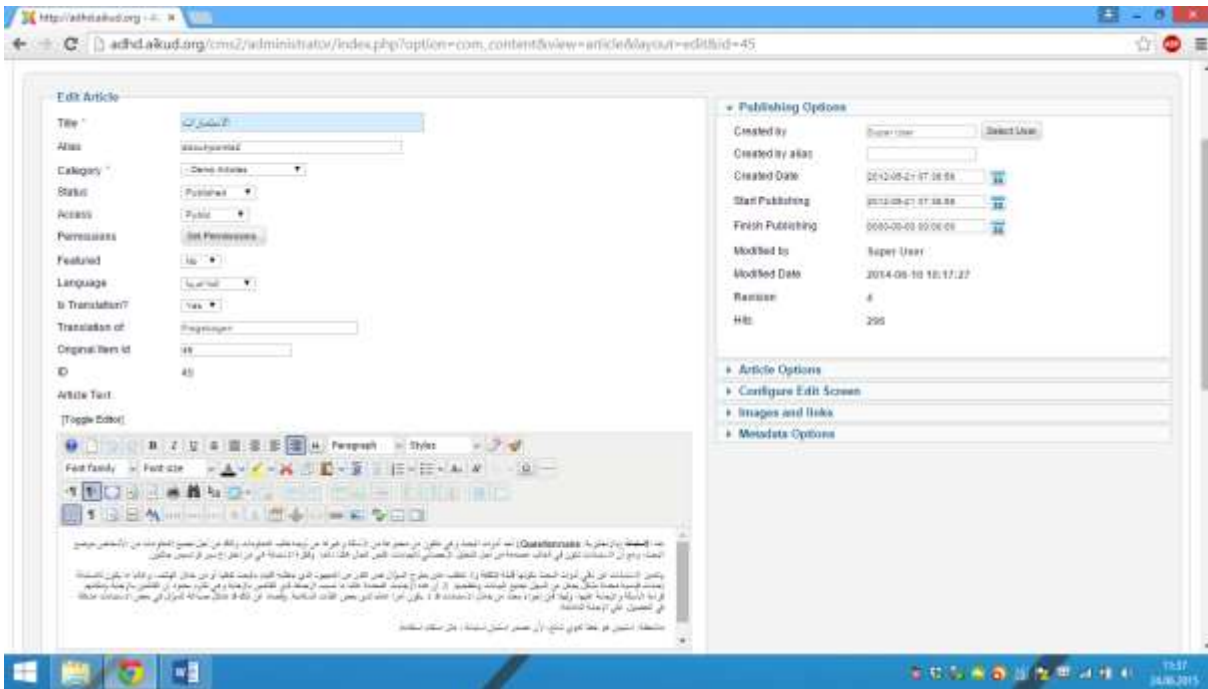


Abbildung 6: Screenshot der Back-End-Version des Artikels über die Bedeutung und den Nutzen von Fragebögen, auf Arabisch

Verschiedene Hintergründe und Designs sind wählbar. Es wurde ein heller, blau getönter Untergrund ausgesucht. Es sind hinter dem Text bunte – rote, blaue, orangefarbene und grüne - Streifen und Pfeile zu sehen, um einerseits Sachlichkeit durch die klaren, kräftigen Farben, aber auch Bewegung und Schwung zu vermitteln. Die Beschäftigung mit ADHS ist häufig belastend, so dass im Gegensatz dazu auf dieser Seite ein freundlicher, positiver Eindruck entstehen sollte. Fotos machen die Seite anschaulich: Ein Bild zeigt ein Kind, das sich die Haare rauft und den Eindruck macht, als ob es mit sich zu kämpfen hätte. Gleichzeitig strahlt es aber auch Mut und Energie aus. Es wurde ein Junge genommen mit dunkelblonden Haaren, der keiner bestimmten ethnischen Herkunft zuzuordnen ist (siehe Abbildung 7). Auf der arabischen Version der Seite war nur dieses eine Bild zu sehen.

Ein weiteres Bild, das auf der deutschen Internetseite zu sehen ist, zeigt eine Tafel, auf der mit bunter Kreide die Buchstaben ADHS stehen. Neben den Kreidestücken sind einige verschiedene Tabletten zu sehen. Das Bild erinnert daran, dass gerade die Schule vielen ADHS-Kindern Probleme macht, und an die Diskussion um medikamentöse Therapien. Die Bilder wurden käuflich erworben, so dass die Nutzung rechtlich möglich ist. Auf weitere Bilder wurde verzichtet, da im interkulturellen Zusammenhang die Gefahr bestehen kann, mit Bildern unbeabsichtigte Aussagen zu

machen, da die Nutzer der Seite Abbildungen anders interpretieren könnten als der Betreiber der Seite sie gemeint hat. Auch aus diesem Grund befindet sich auf den arabischsprachigen Seiten nur ein Bild.



Abbildung 7: Homepage, erste deutsche Ansicht

Die Seite ist von der Front-End-Ansicht wie folgt aufgebaut:

- a) Es gibt vier Unterseiten: *Home*, *Projekt*, *Fragebogen* und *mehr Informationen*.
- b) Die erste Seite (*Home*) beschreibt die Webseite und den sorgfältigen Umgang mit den erhobenen Daten.
- c) Unter *Projekt* wird das Forschungsprojekt beschrieben.
- d) Auf der Seite *Fragebogen* finden sich die Links zu den Eltern- und Lehrerfragebögen sowie zu den Critical Incidents (Ereignisse) und zu den Erläuterungen zu den Fragen.
- e) *Mehr Informationen* beinhaltet den Kontakt zum Autor und die Möglichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt ein Forum anzulegen.

Ein wichtiger Teil einer Joomla-Seite sind die eingestellten Artikel. Sie werden im Back-End in unterschiedlichen Kategorien und Unterkategorien angelegt und entsprechend sind sie auf der eigentlichen Internetseite später sichtbar. Im vorliegenden Fall findet der Nutzer zum Beispiel gleich auf der Eingangsseite einen Text, in dem beschrieben wird, welchen Zweck die Homepage hat, und an anderer Stelle eine Beschreibung,

wozu ein Fragebogen dient. An verschiedenen Stellen auf der Seite gibt es Einträge und Artikel über ADHS, die den Forschungshintergrund erläutern, medizinische Informationen geben oder andere Grundlagen vermitteln. Der Screenshot in Abbildung 8 zeigt einen Eintrag über Fragebögen von der Back-End-Seite.

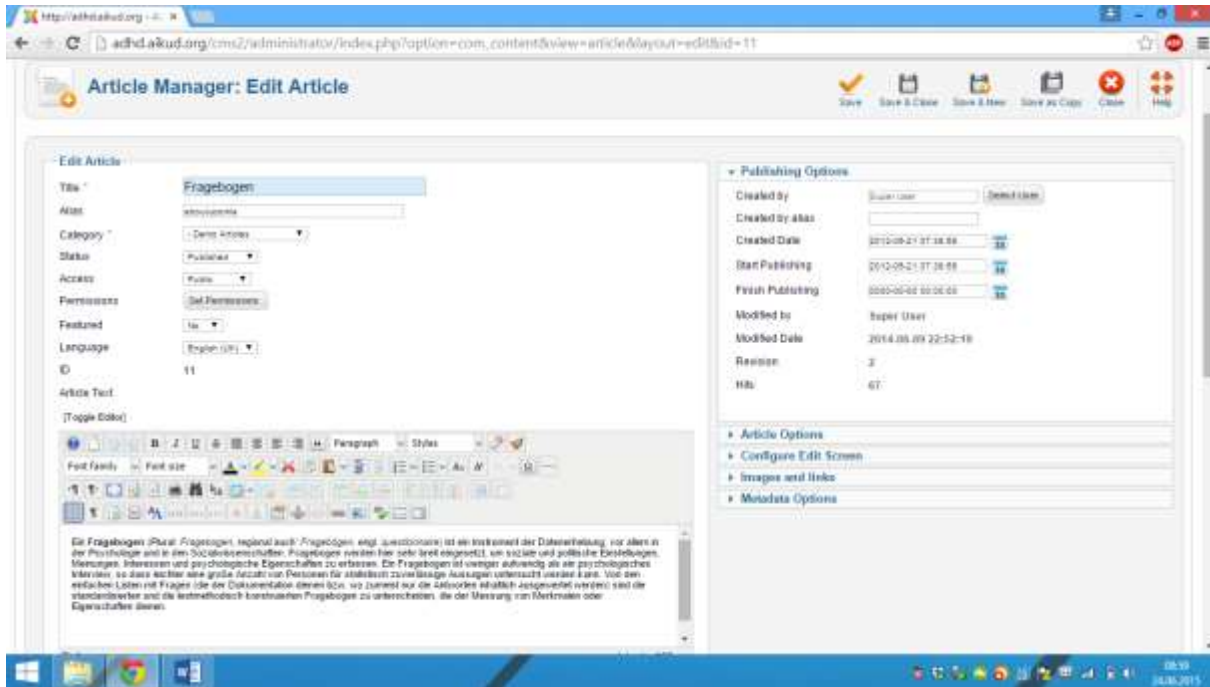


Abbildung 8: Ansicht der Back-End-Seite zum Schreiben und Bearbeiten von Artikeln

Nachdem die Webseite mit all ihren Funktionen fertig war, wurde sie in den nächsten Wochen und Monaten, das heißt in der ersten Jahreshälfte 2014 getestet. Es sollte sichergestellt sein, dass sie auf allen Endgeräten fehlerfrei funktionierte. Dazu wurde sie ausprobiert von Laptops und anderen Computern, von Tablets und von Smartphones. Sowohl Apple-Produkte als auch alle anderen Hersteller und Betriebssysteme wurden sorgfältig getestet. Die Seite sollte von allen Geräten nutzbar sein, das heißt, alle Inhalte sollten abruf- und lesbar sein. Außerdem mussten die Fragebögen und die Critical Incidents von allen Geräten ausfüllbar sein. Auch die Erläuterungen sowie die Rückmeldemöglichkeit zu den Erläuterungen wurden dabei getestet, ebenso wie die beiden Sprachen. Die Funktionstests wurden in Deutschland und in Saudi-Arabien durchgeführt.

Fehler, die bei diesen Tests noch sichtbar wurden, wurden beseitigt. Mitte Juni 2014 war die Entwicklung der Projektseite dann abgeschlossen und es konnte nun mit der Befragung aller vier Gruppen begonnen werden.

5.3.2 Erläuterungen zu den Fragen

Wie bereits dargelegt, gibt es eine ganze Reihe von Erhebungen über das Wissen von Lehrkräften und auch von Eltern über ADHS. In der Regel beschränken sich diese darauf, das Wissen abzufragen und anschließend richtige und falsche Antworten auszuzählen. Als abschließendes Ergebnis wird häufig formuliert, dass es Wissensdefizite gäbe und dass diese Lücken geschlossen werden müssten. An dieser Stelle endet für die meisten wissenschaftlichen Arbeiten ihre Aufgabe. Die Wissenslücken sind zwar erkannt worden, aber sie bestehen weiter. Auch wenn zu Beginn der Arbeiten auf die Wichtigkeit einer guten Informationsbasis bei Lehrkräften und Eltern hingewiesen wurde, gibt es keine Hinweise, wie diese Informationen verbessert werden und wie der Zugang dazu erleichtert werden kann. Die hier vorliegende Arbeit erweitert daher ihren Blick und fragt nicht nur Wissensstände ab, um zum Schluss etwaige Defizite zu bemängeln. Stattdessen bietet sie den Umfrageteilnehmenden die Möglichkeit, gleichzeitig mit der Befragungsteilnahme auch etwas über ADHS zu erfahren.

Wichtig ist der Blick auf den arabischen Teil der Internetseite. Es war dem Autor ein Anliegen, zu helfen die Informationslage in arabischen Medien zu verbessern. Auf arabischen Internetseiten gibt es kaum seriöse Informationen über ADHS. Auch gibt es wenige Bücher zu diesem Thema. Arabischsprachige Eltern sind weitgehend sich selbst überlassen, wenn sie Informationen über ADHS brauchen. Die Webseite dieses Forschungsprojektes möchte dazu beitragen, hier eine Informationslücke zu schließen. Die Seite soll nützliches, gut lesbares und verständliches aber dennoch wissenschaftlich fundiertes Material auf Arabisch bereitstellen.

Sowohl im Rahmen der online-Befragung als auch später mit Papier-Fragebögen erhielten die Befragten nach Ausfüllen des Fragebogens die Möglichkeit, sich Erläuterungen zu den Fragen anzusehen. Dies geschah bei der Befragung der Eltern und Lehrer in Deutschland und in Saudi-Arabien. Im online-Fragebogen wurden zu jeder Frage ausführliche Informationen hinterlegt. Wer eine Papierversion ausgefüllt hatte, bekam die Kommentare, nachdem der Fragebogen zurückgegeben wurde. Anschließend bekamen diese Personen außerdem den Fragebogen zu den Erläuterungen. Der Umfang dieser Informationen betrug je Item zwischen einigen

Sätzen und 2-3 Seiten. Wer über das hier angegebene hinaus weitere Kenntnisse sucht oder sich vernetzen möchte, hat auch hierzu die Möglichkeit. Zu jeder Information wurde die Quelle angegeben und es waren Links zu finden, die auf weitere Internetseiten verwiesen, wo mehr erfahren werden konnte. Die Informationen waren einfach formuliert und gut verständlich geschrieben, damit auch Laien davon einen Nutzen haben. Diejenigen, die den Bogen als Papierversion ausfüllten, erhielten nach Rückgabe umfangreiche Informationen in Form eines Heftes. Im Rahmen eines Forschungsdesigns in den Sozialwissenschaften schien es wichtig, nicht nur Wissen abzufragen und sich die Mitarbeit der Eltern und Lehrer zunutze zu machen. Stattdessen sollten auch vertrauenswürdige Informationen und Lernmöglichkeiten angeboten werden.

Dies gilt insbesondere für den arabischen Teil der Website und der Papierfragebögen. In Saudi-Arabien, aber auch in der arabischen Welt allgemein ist die Informationslage zu ADHS sehr gering. In Kapitel 4 wurde hierauf bereits näher eingegangen: Dort werden die Zugangswege beschrieben, die Eltern und Lehrer haben, wenn sie sich über ADHS informieren wollen. Es gibt nur sehr wenige arabischsprachige Informationen im Internet. Wenn überhaupt Informationen auf Seiten aus arabischen Ländern vorhanden sind, so sind diese häufig auf Englisch. Viele Eltern und auch Lehrer in arabischen Ländern verstehen natürlich nicht gut genug Englisch, um diese Seiten nutzen zu können. Wenn in arabischen Ländern Texte im Internet auf Englisch veröffentlicht werden, sind diese eher für Fachleute geschrieben. Mit englischen Texten können arabische Forscher einer internationalen Öffentlichkeit ihre Kenntnisse präsentieren. Durchschnittlich gebildete Personen, die etwas über ADHS wissen wollen, erreichen sie hiermit nicht. Daher war es bei der Entwicklung dieser Forschungsarbeit und der dazugehörigen Webseite wichtig, umfassende Informationen auf Arabisch bereit zu stellen. Die Eltern sollten sich in ihrem Wissensbedarf ernst genommen fühlen. Sie sollten von der Teilnahme an der Befragung profitieren und dabei etwas lernen können. Es wird daher auch überlegt, die Homepage auch nach Beendigung des Forschungsvorhabens bestehen zu lassen, damit sie weiterhin eine Hilfe für betroffene Eltern und Lehrkräfte ist.

5.3.3 Critical Incidents

Eine zusätzliche Ebene entsteht in den Befragungen durch die Thematik der Critical Incidents. Hier zeigt sich am deutlichsten der qualitative Aspekt der Befragung. Teilnehmende können relevante Ereignisse darstellen und ihre Erfahrungen im Bereich ADHS beschreiben. Sebihi (2007) erläutert die Entstehung von CI-Datenbanken im Internet. Auf ähnlichen Überlegungen basiert auch die hier durchgeführte Untersuchung: Datenbanken (oder Umfragen wie die hier verwendete), ermöglichen – wenn gewünscht – die Anonymität der Teilnehmenden, sind einfach zu bedienen und für eine Dokumentation schnell auszuwerten (Sebihi 2007, S. 38). Programme zur Erfassung von Critical Incidents werden besonders in der Medizin eingesetzt. Sie dienen dazu, Gefahrenquellen sichtbar zu machen. Dies geschieht, indem medizinisches Personal Fälle dokumentiert, in denen es (fast oder tatsächlich) zu Problemen gekommen ist. In Zukunft sollen dann solche Fehler oder Zwischenfälle vermieden werden.

Da CI-Datenbanken weder Qualität abbilden sollen noch zur Denunziation oder Bestrafung verwendet werden, sind sie auch in sozialwissenschaftlichen Zusammenhängen gut nutzbar. Sebihi hat das mit seiner Arbeit zur interkulturellen Kommunikation unter Studierenden eindrucksvoll gezeigt (Sebihi 2007). CIs können ohne Bewertung und ohne die Fälle als „gut“ oder „schlecht“ einzuordnen, erfasst werden. Die Ereignisse lassen sich dokumentieren und nach bestimmten Vorgaben wissenschaftlich auswerten. Soziales Verhalten kann beobachtet werden und zwar bei Ereignissen, die in bestimmter Hinsicht besonders sind und den handelnden Personen wichtig sind, wobei diese Wichtigkeit unterschiedliche, individuelle Gründe haben kann. Dadurch, dass die Ereignisse persönlich sind, können sie sehr konkret beschrieben werden und es sind keine abstrakten Begriffe und Verallgemeinerungen nötig. Diese sind auch nicht gewünscht.

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist interessant, dass zwischenmenschliche Vorgänge anders als im direkten Kontakt reflektiert werden können. In Bezug auf eine Untersuchung an einer Schule hat sich das so ausgewirkt: „Die Studie ergab, dass die beteiligten Lehrer eher als bei einer direkten Konfrontation bereit waren, Handlungen ihrer Kollegen zu kritisieren. Gleichzeitig sorgte die Diskussion aus der Distanz dafür, dass sie weitaus weniger emotionsgeladen war als erwartet“ (Sebihi 2008, S. 43). Die

so erreichte Neutralität und Sachlichkeit der Kommunikation hilft, die beschriebenen Fälle ohne Schuldzuweisungen oder andere komplexe beziehungsbezogene Gefühle auszuwerten und zu verstehen. Die Fälle und ihre Auswertung können auch nicht beteiligten Personen und Institutionen zugänglich gemacht werden, die aus dem zusammengetragenen Wissen lernen können:

Da „Erfahrungen partiell anderen Individuen bzw. Kollektiven vermittelt werden können, ist es nicht erforderlich, dass jedes Individuum ursprüngliche Erfahrungen immer selbst durchlebt. Mit dieser Überlegung sollen Perspektiven entstehen, aus CIs durch Einzel(fall-)Erfahrungen verallgemeinerbare Gesichtspunkte für systematisches Training und andere Vorbereitungsaktivitäten als Strategie der Problemvermeidung zu entwickeln“ (Sebihi 2007, S. 90).

Der Fragebogen zu Critical Incidents wurde auf Deutsch und auf Arabisch angefertigt. Er wurde nur den arabischen Eltern in Deutschland vorgelegt. Die dahinter stehende Überlegung war, dass er nicht für den arabischen Teil der Arbeit benötigt wurde: Innerhalb der arabischen Länder schien der Aspekt der kulturell bedingten besonderen Ereignisse nicht relevant. Hintergrund der Critical Incidents-Abfrage war das Forschungsinteresse, ob Einzelne Erfahrungen mit ADHS in Deutschland gemacht haben. Wichtig schienen besonders solche Erfahrungen, bei denen interkulturelle Aspekte eine Rolle spielten. Hierzu gehören zum Beispiel Erlebnisse arabischer Eltern im deutschen Gesundheitswesen oder Eindrücke arabischer Lehrkräfte in der Zusammenarbeit mit deutschen Pädagogen und Pädagoginnen oder anderen Fachkolleginnen und -kollegen.

Kapitel 6 wird näher darauf eingehen, wie hier die Rückläufe und die Teilnahmebereitschaft waren. Aus dem Antwortverhalten können – nicht nur anhand der konkreten Antworten, sondern auch aus zurückhaltender Teilnahme – Vermutungen über die Inhalte und auch über die Methode dieses Forschungsteils angestellt werden. Diese wiederum können möglicherweise für die Entwicklung von Hypothesen genutzt werden. Welche das sein können, wird im sechsten Kapitel beschrieben.

5.4 Befragte Personen: Hintergründe und Teilnahme

Ab Juni 2014 wurde mit der Befragung begonnen. Angesprochen waren vor allem die Eltern und Lehrkräfte mehrerer Schulen in Saudi-Arabien und in Deutschland. In Saudi-Arabien handelte es sich um Schulen des regulären Schulwesens. In Deutschland

bestehen neben dem staatlichen Schulsystem verschiedene Formen von Schulen und Bildungseinrichtungen für Kinder aus Migrationsfamilien. Diese sind zum Teil von den Familien selbst, von religiösen Gemeinden oder auch mit Unterstützung durch staatliche Stellen des Herkunftslandes gegründet worden. Vielfach werden sie ehrenamtlich und aus Spendenmitteln betrieben. Die arabischen Schulen in Deutschland, an denen Teilnehmende für die Untersuchung gefunden wurden, sind solche besonderen Schulen. Für ein besseres Verständnis dieser Strukturen beschreibt dieses Kapitel das Migrations-Schulwesen in Deutschland. Auch wird ein Einblick in das saudi-arabische Schulwesen gegeben, um gegebenenfalls wichtige Merkmale zu erkennen. Zunächst wird das Befragungsvorgehen kurz angerissen.

5.4.1 Befragungshintergrund: Schulische Kontexte

Die Befragung wurde gleichzeitig in Deutschland und in Saudi-Arabien durchgeführt. An dieser Stelle soll ein Blick darauf geworfen werden, um welche schulischen Kontexte es sich dabei jeweils handelt. Das Saudi-Arabische Schulsystem soll zunächst kurz dargestellt werden, damit deutlich wird, in welchem – vielleicht vom deutschen Schulwesen abweichenden – Zusammenhang die Befragung durchgeführt wurde. Dann soll auf das arabische Schulangebot in Deutschland eingegangen werden. Dieses ist Teil eines Bildungssystems, das parallel zum staatlichen Schulsystem der Mehrheitsgesellschaft besteht. Im Rahmen der Zuwanderung unterschiedlicher Gruppen nach Deutschland seit etwa der Mitte des 20. Jahrhunderts haben Migranten und Migrantinnen in dieser Diaspora Schulen ins Leben gerufen, die zu einem kleineren Teil anstelle einer regulären deutschen Schule besucht werden können. Zum größten Teil jedoch handelt es sich dabei um eine Schulform, die von Kindern parallel zum normalen Schulalltag besucht wird. An Nachmittagen und Wochenenden werden dort migrations- oder religionspezifische Bildungsangebote gemacht, die die deutsche Schule nicht vorsieht.

Schulsystem in Saudi-Arabien

Noch in den 1930er Jahren, als erstmals ein saudi-arabischer Staat ins Leben gerufen wurde, war das Bildungssystem auf einige wenige islamische Schulen begrenzt. Die Alphabetisierung und Bildung im Allgemeinen sind gut vorangekommen, obwohl das saudi-arabische Bildungswesen (genau wie die Nation selbst) noch relativ jung ist: Seit 1970 hat sich die Alphabetisierungsrate in den folgenden drei Jahrzehnten verdreifacht,

so dass sie mittlerweile bei mindestens 93 Prozent liegt (World Bank 2008, S. 176). Das Land hat eine sehr hohe Geburtenrate, was für den Staat bedeutet, dass das Bildungssystem sehr schnell ausgebaut werden muss. Zudem wird darüber diskutiert, wie das Schulsystem besser werden kann (Auswärtiges Amt 2015). Das Land benötigt deutlich mehr Lehrkräfte als es jetzt hat (UNESCO 2007, S. 55). Nicht nur die Anzahl der Lehrer ist wichtig, auch die Qualität des Unterrichts. Daher ist die Verbesserung der Lehrerausbildung ein wichtiges politisches Ziel (Grasedieck 2010, S. 121).

In den letzten ca. 15 Jahren sind viele Anstrengungen unternommen worden, das System zu verbessern. Das Bildungsministerium hat es sich zum Ziel gesetzt, junge Menschen so auszubilden, dass sie islamische Werte verinnerlichen und sich angesichts neuer Anforderungen und neuer technischer Möglichkeiten orientieren können und wohl fühlen (MOE 2015b). Sowohl in privaten als auch in öffentlichen Bildungseinrichtungen sind Qualitätsmanagement-Systeme vorgeschrieben (World Bank 2008, S. 93). Die Ausgaben für Bildung in Relation zu den allgemeinen Staatsausgaben wurden in den Jahren von 1970 bis 2000 verdreifacht (World Bank 2008, S. 105). Seit 2004 wurde unter König Abdullah viel Geld in Bildung investiert. Etwa ein Viertel des jährlichen Budgets geht seitdem in Bildung und Ausbildung (Auswärtiges Amt 2015). Das sind etwa 56 Milliarden US-Dollar. Es wurden außerdem ein oberster Rat für Bildung und Entwicklung gegründet sowie eine Firma für diesen Bereich (Tatweer Education Holding Company), die mit 9 Milliarden SR (etwa 2,5 Milliarden US-\$) ausgestattet wurde (MOE 2015c).

Bis heute ist das Schulwesen stark religiös geprägt (UNESCO 2007, S. 176). Ein Großteil der Unterrichtsstunden in der Schule im wöchentlichen Stundenplan ist Religionsunterricht. „Für die Studierenden ist es eine Selbstverständlichkeit - diese scheint auch nicht in Frage gestellt zu werden - dass der Glaube und die Unterrichtung in diesem zum Unterrichtsplan nicht nur in den unteren Schulformen, sondern auch den Universitäten und Colleges gehört“ (Grasedieck 2010, S. 12). Die meisten Studierenden sind in Gesellschafts- und Sozialwissenschaften eingeschrieben. Dies hängt damit zusammen, dass traditionell viele Universitätsabsolventen in den öffentlichen Dienst gegangen sind. Die heutige Wirtschaft braucht jedoch auch viele junge Menschen, die für Produktion, Technik und kommerzielle Dienstleistungen ausgebildet sind (World Bank 2008, S. 22). Daher verändert sich das Bildungssystem seit einigen Jahren. Die

Regierung möchte, dass die Bevölkerung gut vorbereitet ist für moderne Wirtschaftssysteme (Grasedieck 2010, S. 126). Auch wurden erste Bildungsmaßnahmen für Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren eingeführt. Inhaltlich soll über die Bildung ein Zugehörigkeitsgefühl zu Saudi-Arabien zu vermittelt werden, Mathematik, Informationstechnologie und andere wissenschaftliche Leistungen verbessert werden, auch Mädchen in technischen Themen geschult und Nachwuchskräfte auf Tätigkeiten in Regierung und Verwaltung vorbereitet werden. Der Bildungsplan des Bildungsministeriums sieht für die Jahre 2015 bis 2021 vor, dass fünf international vereinbarte Prinzipien in Saudi-Arabien umgesetzt werden sollen:

- Recht auf Bildung,
- Gleichheit,
- Integration,
- hohe Bildungsqualität,
- lebenslanges Lernen.

Besonders die ersten drei Punkte sind für den Zusammenhang dieser Arbeit besonders interessant. Auf dieser Grundlage könnten Schüler und Schülerinnen mit ADHS zukünftig sollen besser integriert werden (MOE 2015a).

In Bezug auf ADHS ist das saudi-arabische Bildungssystem noch wenig vorbereitet. An den Universitäten und Einrichtungen, an denen Lehramtsstudierende ausgebildet werden, ist ADHS bisher ein neues Thema. Es gibt sehr wenige Seminare oder Vorlesungen, in denen zukünftige Lehrer und Lehrerinnen über ADHS informiert werden. Es gibt normalerweise keine Lehrveranstaltungen, in denen es nur um ADHS geht oder die „ADHS“ im Titel haben. Es kommt vor, dass in Vorlesungen zu Lernbeeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen auch einzelne Stunden zu ADHS stattfinden. In diesen Fällen wird ADHS jedoch nur als eines von vielen Themen behandelt und damit nur kurz und oberflächlich. Neuerdings bieten die King Saud Universität in Riad und die Umm Al-Qura Universität in Mekka Vorlesungen zu ADHS an. So wurden im Jahr 2015 dort erstmals wöchentliche Lehrveranstaltungen für Lehramtsstudierende durchgeführt. Die Vorlesungen sind für Studierende, die Sonderpädagogik studieren. ADHS wird häufig vor allem als eine Lernbehinderung gesehen.

Für ausgebildete Lehrkräfte gibt es jedoch Möglichkeiten, sich zu ADHS fortzubilden: Der in Unterkapitel 3.4 schon erwähnte Verein AFTA bietet Seminare an, in denen Lehrer und Lehrerinnen Informationen über ADHS bekommen und einen hilfreichen Umgang mit der Störung erlernen können. Sie finden häufig als Blockseminare statt, zum Beispiel an zwei Tagen von 10 bis 17 Uhr. Allerdings gibt es diese Fortbildung nur in den größeren Städten des Landes, etwa in Dschidda und Riad. Zudem sind sie nicht kostenlos. Sie müssen häufig von den Teilnehmenden privat bezahlt werden. Gelegentlich schickt das Bildungsministerium Lehrkräfte in diese Seminare und übernimmt dann auch die Kosten. Vereine, die in der Arbeit mit ADHS tätig sind, ermöglichen es ebenfalls manchmal Interessierten, an den Seminaren teilzunehmen.

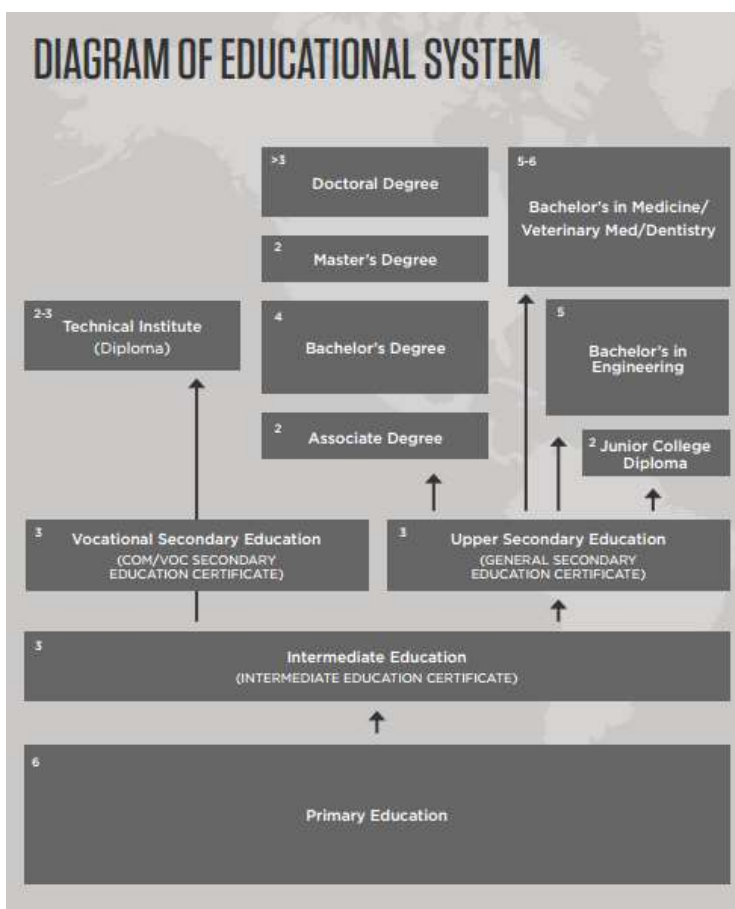


Abbildung 9: Bildungssystem in Saudi-Arabien (Clark 2014)

Zum Ende der sechsjährigen Primarschulzeit kann über eine Aufnahmeprüfung der Zugang zur weiterführenden Schule geschafft werden. Diese besteht aus drei Jahren Mittelschule und drei Jahren Sekundarschule. In diesen letzten drei Jahren kann ein beruflicher Schwerpunkt gewählt werden, und es können technische und andere berufliche Ausbildungen gemacht werden (Clark 2014). Abbildung 9 gibt eine Übersicht

über das saudi-arabische Bildungssystem. Nach Angaben des UNESCO-Bildungsberichtes werden in der Primarschule fast 100 Prozent der Jungen und 96 Prozent der Mädchen beschult. Im weiteren Schulverlauf sind es etwa 96 Prozent über beide Geschlechter in der Mittel- und 92 Prozent in der Sekundarschule. Die Zahl der Schüler stieg von 942.940 im Jahr 1980 auf 5.187.498 im Jahr 2014 in 34.749 Schulen (17.810 Mädchenschulen und 16.039 Jungenschulen). 501.111 Lehrerinnen und Lehrer arbeiten in Schulen (MGLTK 2015).

Die Hochschulausbildung dauert vier Jahre in den Sozial- und Humanwissenschaften und fünf bis sechs Jahre in den Bereichen Medizin, Ingenieurwissenschaften und Pharmazie. Mit der Eröffnung der King Saud Universität im Jahr 1957, die überhaupt die erste arabische Universität in den Golfstaaten war, begann das saudische Hochschulwesen. Heute gibt es 26 staatliche und 8 private Universitäten, über 30 Hochschulen und Fakultäten und mehr als 1,3 Million Studenten (91% von allen Schülern haben die Möglichkeit, zur Universität zu gehen). Es arbeiten mehr als 64.689 Dozenten und Lehrer im Land im Hochschulwesen (MOE 2015c). Hier können Diplome erworben werden und es besteht der Studienablauf aus Bachelor-, Master- und Doktoratsprogrammen. Fernlehrgänge sowie private Hochschulen, kommunale Bildungseinrichtungen, Auslandsstipendien sowie Mädchenhochschulen erweitern das Angebot. Im September 2009 wurde die „König-Abdallah-Universität für Wissenschaft und Technik“ gegründet. Hier studieren Männer und Frauen gemeinsam (Auswärtiges Amt 2015). Schon seit einigen Jahren gibt es insgesamt im Land mehr Schülerinnen und Studentinnen als männliche Schüler und Studenten (World Bank 2008, S. 30).

Private Bildungseinrichtungen spielen eine wichtige Rolle. Diese Einrichtungen werden vom Bildungsministerium überwacht, aber auch mit Geld und Materialien sowie Personal unterstützt. Auch englischsprachige Schulen sind vorhanden (Saudi Gazette 2015). „Als nützlichen Baustein einer auf Toleranz und moderne Inhalte ausgerichteten Lehre sehen viele auch das Studium im Ausland an, für das jedes Jahr Tausende Regierungsstipendien vergeben werden. Gegenwärtig studieren im Rahmen des König-Abdallah-Stipendienprogramms ca. 150.000 saudische Männer und Frauen im Ausland. Sie sind in mehr als 46 Länder entsandt“ (MOE 2015).

Arabische Schulen in Deutschland

Mit der Volkszählung 2011 wurden in Deutschland ca. 15 Millionen Menschen mit Zuwanderungshintergrund gezählt. Damit sind etwa 19 Prozent der Bevölkerung selbst eingewandert oder haben Eltern, die nach Deutschland eingewandert sind (Brinkmann 2014, S. 21). Laut statistischem Bundesamt lebten Ende 2014 etwa 7.240.000 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland. Das heißt, hier wurden nur Personen erfasst, die einen nicht-deutschen Pass haben.

Tabelle 8 gibt wieder, wie viele von diesen Ausländern aus einigen arabischen Ländern kamen. Es handelt sich hier um eine Auswahl an Herkunftsländern, die einen grundsätzlichen Eindruck vermitteln soll. Damit sind natürlich nicht alle arabischsprachigen und schon gar nicht alle muslimischen Personen berücksichtigt, da es weitere arabischsprachige Herkunftsländer gibt und weitere Länder, in denen nicht arabisch gesprochen wird, aber die Mehrheit der Bevölkerung muslimisch ist.

Staatsangehörigkeit	Personenanzahl	Durchschnittsalter in Jahren	in Deutschland geboren
Bahrain	292	32,3	1 %
Jemen	3.527	27,9	10,1 %
Jordanien	9.283	34,8	12,6 %
Katar	942	36,7	1,0 %
Kuwait	1.930	37,6	0,9 %
Libanon	35.041	34,4	19,9 %
Oman	571	32,5	0,2 %
Saudi-Arabien	4.756	29,1	4,2 %
Syrien	118.196	27,9	6,2 %
Vereinigte Arabische Emirate	2.885	36,6	0,7 %

Tabelle 8: Ausländische Bevölkerung am 31.12.2014 nach Staatsangehörigkeit und ausgewählten Merkmalen (Destatis 2015, S. 153 f., gekürzt)

Diese Tabelle zeigt zum einen, dass Migranten und Migrantinnen mit arabischem Hintergrund aus einer Vielzahl von Staaten zuwandern. Sie sind also keine homogene Gruppe. Aus Syrien stammt die größte Gruppe, aufgrund der politischen Situation dort.

Interessant sind die Zahlen zum Durchschnittsalter. Im Vergleich dazu: Das durchschnittliche Alter der Gesamtbevölkerung betrug 2013 42,8 Jahre bei Männern und 45,5 Jahre bei Frauen (BiB 2015). Etwa ein Viertel der deutschen Gesamtbevölkerung ist zwischen 40 und 59 Jahren alt, fast 17 Prozent sind älter als 65 Jahre (Statista 2015). Personen mit Zuwanderungshintergrund sind also im Durchschnitt deutlich jünger als die Gesamtbevölkerung. Dies gilt nicht nur für arabischstämmige Gruppen, sondern für viele Zugewanderte (Statistisches Bundesamt 2015, S. 42 ff.).

Das Durchschnittsalter gibt zwar keinen direkten Hinweis darauf, wie sich die Altersgruppen verteilen. Ob und wie viele Kinder vorhanden sind, lässt sich nicht konkret daraus ableiten. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass innerhalb dieser relativ jungen Bevölkerungsgruppen eher auch Kinder vorhanden sind, als wenn das Durchschnittsalter sehr hoch wäre. Die Prozentzahlen zu den in Deutschland Geborenen zeigen auch nur indirekt, dass viele Kinder und Jugendliche in den Gruppen vorhanden sind. Allerdings gilt, dass unter Migrantinnen allgemein mehr Mütter sind als unter nicht zugewanderten, deutschen Frauen. Zudem haben sie durchschnittlich mehr Kinder (Brinkmann 2014, S. 26). Auch ist der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland unter jungen Menschen und Kindern höher als in der Gesamtbevölkerung: Etwa 29 Prozent der unter 25-Jährigen und 35 Prozent der Kinder bis vier Jahren haben einen Migrationshintergrund im Vergleich zu etwa 19 Prozent insgesamt (Brinkmann 2014, S. 27). Die Zuwanderung in größerem Umfang aus Staaten wie dem Libanon oder Jordanien hat besonders in den letzten etwa zehn Jahren, nämlich im Zusammenhang mit kriegerischen Auseinandersetzungen in den Regionen stattgefunden. Daher kann geschlossen werden, dass die hier Geborenen noch jung sind. Viele von ihnen werden Kinder im schulpflichtigen Alter sein.

Die Ergänzung des Unterrichts in der deutschen Schule ist ein Grund für die Entstehung migrantischer Bildungseinrichtungen. Ein anderer Grund liegt darin, dass vielen Eltern ihre Herkunftskultur und –religion wichtig sind. Sie möchten sie an ihre Kinder weitergeben. „Eine intensive religiöse Orientierung der Erziehung hat aus elterlicher Sicht dabei unter anderem das Ziel, eine Rückbindung und ein Verstehen der Lebenswelt der Eltern zu gewährleisten, sowie dem Kind die Möglichkeit einer intellektuellen Auseinandersetzung mit der eigenen Tradition zu verschaffen“ (Uslucan

2014, S. 258). Dies ist in der Familie möglich, aber auch mithilfe außerfamiliärer Strukturen. Häufig spielt die Religion gerade in der Migrationssituation eine besondere Rolle (Uslucan 2014, S. 258). So kommt es zu einer „Rückbesinnung auf den Islam bzw. auf die religiöse Gemeinschaft als identitätsstiftende Kraft“ (Brinkmann 2014, S. 39). Es wird geschätzt, dass in Deutschland zwischen 3,8 und 4,3 Millionen Menschen islamischen Glaubens leben (Brinkmann 2014, S. 36). Von ihnen sind ungefähr 74 Prozent sunnitisch. Etwa 7 Prozent sind schiitisch; die meisten von ihnen kommen aus dem Nahen Osten oder dem Iran (Brinkmann 2014, S. 37).

Viele Eltern finden es schwierig, einerseits ihren Kindern traditionelle Werte zu vermitteln und ihnen andererseits Freiraum für ihre Entwicklung in der modernen Gesellschaft zu bieten. Dies gilt besonders für Familien in der Migration, in der viele die deutsche Gesellschaft als undurchsichtig erleben (Uslucan 2014, S. 257). Für sie sind islamische Werte eine Unterstützung, sich zurechtzufinden und die „richtige“ Erziehung zu wählen. Außerdem kann für ihre Kinder die Hinführung zu religiösen Werten eine Hilfe sein, denn wenn sie Gott als schützend und liebend kennenlernen, kann dies gut für ihr Selbstbewusstsein sein und „für Kinder mit Migrationshintergrund kann dies sogar einen Teil der im Alltag erfahrenen Zurückweisung und Entwertung kompensieren“ (Uslucan 2014, S. 269).

Für manche Zuwanderungsgruppen ist der Erhalt der Herkunftssprache ein Grund für die Gründung von eigenen Schulen. Es wird befürchtet, dass Kinder die Sprache ihrer Eltern zuhause nicht mehr lernen, was dann durch den zusätzlichen Unterricht ausgeglichen werden soll. In einigen Bundesländern hat diese Sorge auch die Bildungsministerien erreicht. Muttersprachlicher Unterricht direkt in der deutschen Schule soll den Bedarf decken. Das nordrhein-westfälische Ministerium für Schule schreibt auf seiner Internetseite (www.schulministerium.nrw.de, abgerufen am 3.6.2015):

„Schülerinnen und Schüler, deren Herkunftssprache nicht Deutsch ist, können am Unterricht in der Herkunftssprache (muttersprachlicher Unterricht) teilnehmen, wenn ein solcher angeboten wird. Der Unterricht in der Herkunftssprache ist ein Angebot, das die Stundentafel ergänzt. Unterricht in der Herkunftssprache trägt dazu bei, dass in Nordrhein-Westfalen junge Menschen heranwachsen, die neben Deutsch die Sprache ihrer Familie beherrschen, zum sprachlichen Reichtum im Land beitragen und ihre Berufschancen durch ihre Zweisprachigkeit erhöhen“ (MSW 2015).

Auch gibt es in deutschen Schulen die Möglichkeit, islamkundlichen Unterricht zu belegen:

„Für muslimische Schülerinnen und Schüler findet an einigen Hauptschulen in Nordrhein-Westfalen islamkundlicher Unterricht in deutscher Sprache statt. Ziel des Unterrichts ist es, den muslimischen Schülerinnen und Schülern die islamische Tradition in ihrer Geschichte, Ethik und Religion zu vermitteln“ (MSW 2015).

Diese Angebote belegen, dass Bedarf an der Vermittlung von Sprache und Religion der Herkunftsländer bei vielen zugewanderten Familien besteht. Doch dieses Angebot reicht nicht aus. Denn mit muttersprachlichem Unterricht ist sehr häufig Türkisch gemeint, da Familien mit türkeistämmigem Hintergrund die größte Zuwanderungsgruppe in Deutschland sind (Destatis 2015). An arabischsprachigem Unterricht mangelt es jedoch (Amendt 2014).

Für die Offline-Befragung ausgewählte Schulen

Da die Online-Befragung sehr langsam anlief und es sich zeigte, dass die Eltern und Lehrer zu wenig Interesse an einer Teilnahme hatten, wurde eine zusätzliche Offline-Befragung durchgeführt. Die Beschreibung dieser Weiterentwicklung folgt weiter unten. Es wurde dabei ein noch direkterer Kontakt zu den Schulen hergestellt. Teilweise wurden die Schulleiter um Mithilfe gebeten. Einige von ihnen teilten die Fragebögen an einige Klassen und Gruppen aus. Einige von ihnen unterstützten den Forschungsablauf auch dadurch, dass sie ihre Mitarbeitenden und die Eltern an das Ausfüllen der Bögen erinnerten. Die Freiwilligkeit und Anonymität der Teilnahme wurde dabei immer bedacht und aufrechterhalten.

An verschiedenen Schulen in Saudi-Arabien wurde die Untersuchung durchgeführt. Sie wurde offline in sechs Schulen erhoben: in der Stadt Yanbu-al Bahr und in drei Schulen in der Stadt Yanbu al NakhI. Es handelte sich um insgesamt fünf Jungenschulen und vier Mädchenschulen. Die Fragebögen wurden an die Eltern der Schüler und Schülerinnen der Grundschule sowie an die Lehrer und Lehrerinnen der Schule verteilt.

In Deutschland wurde offline in sieben Schulen erhoben. Die Fragebögen wurden an die Eltern der Schüler und Schülerinnen der Arabischen Schulen in Berlin, Bonn (zwei Schulen), Northeim, Mainz, Göttingen und Stuttgart verteilt:

- König Fahad Akademien in Berlin und in Bonn (Vollzeit-Schule)

Diese saudi-arabische Schule ist eine sogenannte Ergänzungsschule. Es werden hier Schüler und Schülerinnen von der 1. bis zur 12. Klasse in Vollzeit unterrichtet, so dass abschließend das saudi-arabische Abitur abgelegt werden kann. Außerdem kann das „International Baccalaureate Diploma“ gemacht werden, also ein Schulabschluss, der international anerkannt ist. Damit können die Schülerinnen und Schüler nach Abschluss dieser Schule zum Beispiel die für deutsche Universitäten benötigte allgemeine Hochschulreife erreichen und auf einer deutschen Universität studieren. Das Curriculum entspricht daher dem in Saudi-Arabien, es wird auf Arabisch unterrichtet. Die Hauptstelle der Schule befindet sich in Bonn, sie wurde im Jahr 1995 dort gegründet. Es sind hier 31 Lehrkräfte tätig und im Jahr 2013 hatte die Schule 230 Schülerinnen und Schüler. Im Jahr 2000 wurde eine weitere Schule in Berlin eröffnet (KFA 2015). Angefangen wurde dort mit 57 Schülern und Schülerinnen im ersten Jahr. 2013 waren es bereits 190. In Berlin unterrichten etwa 20 Lehrkräfte (KFA 2015).

- Libysche Schule in Bonn (Vollzeit-Schule)

Die libysche Schule in Bonn wurde 1982 gegründet, besteht also schon länger als die saudi-arabische Schule. Die Schule hat über 90 Schülerinnen und Schüler (2014: 91) und hatte 2014 19 Lehrkräfte. Ebenso wie die saudi-arabische ist die libysche Schule eine Ergänzungsschule, denn auch hier gibt es alle Klassen vom 1. bis 12. Schuljahr und es findet vollwertiger, anerkannter Unterricht statt. Die Schule kann sowohl mit dem internationalen Baccalaureate abgeschlossen als auch mit einem libyschen Abschluss beendet werden, der in etwa dem Abitur entspricht. Beide Abschlüsse berechtigen zu einem deutschen (oder anderen) Hochschulstudium (Mitteilung der libyschen Botschaft vom 08.09.15).

- Libanesische Schule in Northeim (Wochenend-Schule)

Diese Einrichtung wurde im Jahr 2009 in Nörten-Hardenberg gegründet. 2013 zog die ganze Schule nach Northeim um. Es arbeiten dort jeweils etwa sechs Lehrkräfte und es werden 62 Kinder unterrichtet.

- Mainz (Wochenend-Schule)

Der eingetragene Moschee-Verein Arab Nil-Rhein e.V. besteht seit 1998. Im Rahmen seiner sozialen Aktivitäten bietet er für Kinder im Grundschulalter Arabischunterricht, Religionsunterricht und Koranunterricht (Kuttab) sowie Nachhilfe an. Die Kinder besuchen das Angebot also neben dem regulären Schulunterricht an Nachmittagen und Wochenenden. Außerdem gibt es einen Kindergarten (Al Nur 2015)

- Göttingen (Wochenend-Schule)

Seit 2007 besteht dieses Angebot und es wird als Unterrichtsort das Nachbarschaftszentrum Göttingen genutzt. Es gibt dort 6 Lehrkräfte und 43 Schüler und Schülerinnen.

- Stuttgart (Wochenend-Schule)

Träger ist das Islamische Sozial- und Informationszentrum Stuttgart. Seit den 1990er Jahren besteht die spenden- und mitgliedsbeitragsfinanzierte Schule, die aus einer Elterninitiative hervorgegangen ist. Es unterrichten dort mindestens 10 Lehrer und Lehrerinnen. Neben dem Unterricht am Wochenende gibt es Freizeitaktivitäten und weitere Bildungsangebote (ISIZ 2015).

Es handelt sich also um verschiedene Schulformen, an denen die Befragung durchgeführt wurde und damit auch um unterschiedlich ausgebildete Lehrkräfte. Die libysche Schule in Bonn und die saudi-arabischen Schulen in Bonn und Berlin sind offizielle Vollzeitschulen, an denen anerkannte Schulabschlüsse erworben werden können. Daher sind hier ausgebildete Lehrer und Lehrerinnen tätig – ebenso wie an den Schulen in Saudi-Arabien, an denen die Forschung durchgeführt wurde. Als pädagogisch-fachliches Lehrpersonal bekommen sie ein Gehalt. Die Lehrenden an den Wochenendschulen dagegen (Stuttgart, Göttingen, Mainz und Northeim) sind nicht unbedingt ausgebildete Pädagogen und Pädagoginnen. Sie unterrichten an den Schulen, weil sie viel über islamische Religion wissen. Oder sie arbeiten an den Schulen, weil sie sich gut mit Arabisch auskennen und die Sprache nicht nur als Alltagssprache sprechen, sondern auch gut schreiben können und Hocharabisch und arabische Grammatik vermitteln können. Sie sind häufig ehrenamtlich tätig, da die Schulen wenig Geld haben. An diesen Schulen werden keine anerkannten Abschlüsse vergeben, so dass keine ausgebildeten Lehrkräfte gebraucht werden.

Tabelle 9 zeigt die Teilnahme der arabischen Lehrer in Deutschland und Tabelle 10 die Teilnahme der arabischen Eltern in Deutschland. Während bei den Lehrern etwas über 40 % der verteilten Fragebögen als gültige Bögen in die Erhebung einfließen konnten, war bei den Eltern nur ein knappes Viertel (23,61 %) der ausgegebenen Fragebögen gültig. Es ergab sich damit folgendes Bild zu den Rückläufen der Offline-Befragungen in den Schulen in Deutschland.

Offline-Befragung: Lehrer in Deutschland			
Schule	verteilte Fragebögen	zurückerhaltene Fragebögen	gültige Fragebögen
König Fahad Akademie in Berlin	26	21	9
König Fahad Akademie in Bonn	18	16	10
Libysche Schule in Bonn	12	4	4
Arabische Schule in Göttingen	6	6	6
Arabische Schule in Stuttgart	8	6	2
Arabische Schule in Mainz	10	8	3
Insgesamt	80	61	34

Tabelle 9: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - arabische Lehrer in Deutschland

Offline-Befragung: Eltern in Deutschland			
Schule	verteilte Fragebögen	zurückerhaltene Fragebögen	gültige Fragebögen
König Fahad Akademie in Berlin	120	58	31
König Fahad Akademie in Bonn	150	72	42
Libysche Schule in Bonn	70	17	11
Arabische Schule in Göttingen	13	3	3
Arabische Schule in Stuttgart	4	4	4
Arabische Schule in Mainz	90	20	13
Arabische Schule in Northeim	2	2	2
insgesamt	449	176	106

Tabelle 10: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - arabische Eltern in Deutschland

Bei den Teilnehmenden in Saudi-Arabien waren bei den Lehrkräften (Tabelle 11) ebenfalls ca. 40 % (78 von 190) und bei den Eltern (Tabelle 12) nur etwa 10 % der Fragebögen gültig und konnten verwendet werden.

Offline-Befragung: Lehrkräfte in Saudi-Arabien			
Schule	verteilte Fragebögen	zurückerhaltene Fragebögen	gültige Fragebögen
Tariq ibn Ziyad (Yanbu' al Bahr)	20	8	7
Ibn Rušd (Yanbu' al Bahr)	20	12	12
Hassan ibn Thabit (Yanbu' al Bahr)	20	10	6
Al Jabereha (Yanbu Al-Nakhal)	20	15	7
Al-Suwaiq (Yanbu Al-Nakhal)	20	11	8
Alebedahaeh Alsadesa	30	13	16
Al-Suwaiq alewille (Yanbu Al-Nakhal)	30	20	13
Almutawaste Alachrehe (Yanbu' al Bahr)	30	17	9
Insgesamt	190	106	78

Tabelle 11: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - Lehrer in Saudi-Arabien

Offline-Befragung: Eltern in Saudi-Arabien			
Schule	verteilte Fragebögen	zurückerhaltene Fragebögen	gültige Fragebögen
Tariq ibn Ziyad (Yanbu' al Bahr)	50	30	10
Ibn Rušd (Yanbu' al Bahr)	50	21	6
Hassan ibn Thabit (Yanbu'al Bahr)	50	17	5
Al Jabereha (Yanbu Al-Nakhal)	50	14	7
Al-Suwaiq (Yanbu Al-Nakhal)	50	12	2
Alebedahaeh Alsadesa	100	26	7
Al-Suwaiq alewille	50	16	5
Al Jabereha alewille	50	12	6
Almutawaste Alachrehe	50	15	3
Insgesamt	500	163	51

Tabelle 12: Verteilte, zurückerhaltene und gültige Offline-Fragebögen - Eltern in Saudi-Arabien

5.4.2 Ablauf und Weiterentwicklung der Befragung

Online-Befragung

Anfangs war es die Absicht, die Umfrage komplett online umzusetzen. Die Fragebögen wurden im Internet auf mehrere verschiedene Weisen verteilt und so gestreut, dass sie die Zielgruppen der Lehrer und Eltern erreichen sollten:

- Es gibt einige Facebook-ADHS Gruppen. An diese wurde der Link zur Projekt-homepage geschickt mit der Bitte, ihn innerhalb der Gruppen weiter zu versenden.
- Auch wurden arabische Facebook-Seiten in Deutschland angeschrieben, damit über diese der Link weiterversendet werden konnte.
- In Saudi-Arabien wurden Kontakte zu Personen genutzt, die an Schulen tätig sind, die sich unter anderem mit der Arbeit mit lernschwachen Schülern befassen. Sie bekamen ebenfalls den Link und sollten ihn weiterleiten.
- Es wurden Bildungsministeriumsvertreter in den ausgewählten saudi-arabischen Städten kontaktiert. Sie erklärten sich bereit, den Link in den Schulen ihrer Regionen zu verbreiten und die Schulen über die Befragung zu informieren.
- Verschiedene fachliche E-Mail-Verteiler wurden angeschrieben und ebenfalls gebeten, den Link möglichst breit an interessierte Personen zu streuen.
- Außerdem wurden Webseiten kontaktiert, die sich mit ADHS und Lernschwächen befassen, auch mit der Bitte, den Link zu veröffentlichen und zu verbreiten.
- Eine weitere Verbreitungsform war Twitter. Hier gibt es ADHS-Interessierte, die mit dem Link und den Informationen über das Projekt versorgt wurden und gebeten wurden, sich an der Befragung zu beteiligen. Es wurden unter anderem die Kontakte einer Person genutzt, die als Experte für ADHS und Lernschwächen gilt und eine große Zahl an Twitter-Followern hat.
- Darüber hinaus wurden die Fragebögen per WhatsApp versendet. Es wurden verschiedene WhatsApp-Gruppen genutzt. Teilweise handelte es sich um Gruppen, die sich speziell mit den Themen ADHS und Lernschwäche befassen. Teilweise waren es studentische Gruppen, die als Netzwerk fungierten und gebeten wurden, den Link breit zu streuen.
- Da die Zielgruppe arabischer Eltern und Lehrer in Deutschland relativ klein und speziell ist, wurden hier die Schulen direkt angeschrieben. Sie wurden telefonisch und per Post kontaktiert, über das Vorhaben informiert und um Teilnahme

gebeten. Trotz anfänglicher großer Hilfsbereitschaft waren die Rückläufe äußerst gering.

Die Eltern und Lehrkräfte, die für die Befragung gewonnen werden sollten, erhielten über diese Wege den Link zur Homepage (<http://adhd.aikud.org/cms2/>) mitgeteilt. Sie wurden so über die Untersuchung informiert und sie wurden gebeten, daran teilzunehmen. Der Online-Fragebogen wurde im Verlauf der Befragungszeit insgesamt 2.410 mal abgerufen. Die Aufteilung der Abrufe unter den vier befragten Gruppen teilt sich auf wie in Tabelle 13 dargestellt. Dennoch war im Endeffekt die Beteiligung sehr gering: Es kamen nur sehr wenige ausgefüllte Fragebögen zurück, nämlich 164 (siehe Tabelle 13). Ein weiteres Problem war, dass nur ein Teil der zurückgegebenen Fragebögen in die Befragung aufgenommen werden konnte. Viele Fragebögen waren ungültig.

Als ungültig wurde ein Fragebogen dann gewertet, wenn

- nur ein schriftlicher Kommentar (z.B. „Ich kenne mich mit ADHS nicht aus.“) vermerkt war;
- wenn keine oder zu wenige Items als „richtig“ oder „falsch“ eingeschätzt oder mit „weiß nicht“ beantwortet wurden;
- wenn nur oder fast nur „weiß nicht“ angekreuzt war;
- wenn bei allen Items die gleiche Antwort angegeben wurde, wenn also zum Beispiel überall „richtig“ angekreuzt war.

Als Grundregel galt: Fragebögen mit weniger als 30 eingeschätzten Items wurden als ungültig gewertet.

Online-Fragebögen	Anzahl der Abrufe	ausgefüllte Fragebögen	gültige Fragebögen
Eltern in Saudi-Arabien	586	74	38
arabische Eltern in Deutschland	194	11	6
Eltern insgesamt	780	85	44
Lehrer in Saudi-Arabien	1.541	78	65
arabische Lehrer in Deutschland	89	1	0
Lehrer insgesamt	1.630	79	65
Abrufe insgesamt	2.410	164	109

Tabelle 13: Abrufe und Rücklauf der Online-Fragebögen

Offline-Befragung

Aufgrund des geringen Rücklaufs musste nach einem anderen Vorgehen gesucht werden. Nach etwa drei Monaten Laufzeit, in der es zu wenige Rückmeldungen aus der Online-Befragung gab, wurde entschieden, dass eine andere Form der Befragung zusätzlich gefunden werden musste. Ende September bzw. Anfang Oktober 2014 wurde schließlich der Entschluss gefasst, die Umfrage auch offline durchzuführen. Tatsächlich gab es hier einen relativ guten Rücklauf, wie Tabelle 14 zeigt.

Offline-/Papier-Fragebögen	verteilte Fragebögen	ausgefüllte Fragebögen	gültige Fragebögen
Eltern in Saudi-Arabien	500	163	51
arabische Eltern in Deutschland	449	176	106
Eltern insgesamt	949	339	157
Lehrer in Saudi-Arabien	190	106	78
arabische Lehrer in Deutschland	80	61	34
Lehrer insgesamt	270	167	112
Fragebögen insgesamt	1.219	506	269

Tabelle 14: Verteilte, ausgefüllte und gültige Offline-Fragebögen

Da zu Anfang keine Offline-Befragung vorgesehen war, musste der Fragebogen nachträglich noch als Papier-Version erarbeitet werden. Dies war wieder organisatorisch aufwändig. Außerdem mussten die Erläuterungen ausgedruckt werden. Sie sollten so aufbereitet werden, dass sie den Eltern ausgehändigt werden konnten und dass sie für die Eltern attraktiv und interessant waren. Sie wurden daher zu einem Heft zusammengestellt, das mit einem Deckblatt versehen wurde. Auf dem Deckblatt befindet sich eine Abbildung des „Zappelphilipp“ in Kombination mit arabischer Überschrift (siehe Abbildung 10). Auf diese Weise konnte die interkulturelle Ausrichtung des Forschungsvorhabens schön und ästhetisch ansprechend dargestellt werden. Zuvor mussten einige Überlegungen angestellt werden, wie die Ausgabe und das Wiedereinsammeln der Fragebögen organisatorisch bewältigt werden konnten. Zudem konnten die Erläuterungen nicht zusammen mit dem Fragebogen ausgegeben werden, da die Eltern und Lehrer sie natürlich erst nach Ausfüllen des Bogens bekommen sollten. Es wurde daher beschlossen, denjenigen Teilnehmenden, die einen Bogen

ausgefüllt hatten, das Heft mit den Erläuterungen – wie eine Belohnung – zu geben, sobald der ausgefüllte Fragebogen abgegeben wurde.

دليل إجابات فقرات مقياس المعرفة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط
الحركي الزائد ADHS



Abbildung 10: Titelblatt des arabischen Heftes zur Befragungsteilnahme. (nach www.internetmaerchen.de, am 24.10.2014)

Die nächste Weiterentwicklung betraf die Auswertung der offline eingereichten Fragebögen. Das Online-Verfahren hatte eine automatisierte Auszählung der Antworten eingebaut, mit dem die Statistiken errechnet werden konnten, auf denen die Befunde basieren. Ein solches Verfahren gab es für die Papier-Fragebögen nicht und es musste nun eine gute Lösung gefunden werden. Es wurde damit begonnen, dass alle Ergebnisse manuell in ein Tabellenprogramm übertragen wurden. Dieses Vorgehen stellte sich jedoch bald als aufwändig heraus, da es in dem Tabellenprogramm keine ausreichenden Auswertungsmöglichkeiten gab. Aus diesem Grund wurde überlegt, die Daten manuell auf der Homepage in die Fragebögen einzugeben. Das führte jedoch dazu, dass die Online-Daten verfälscht wurden. Denn so wurde nicht erfasst, wie viele der verteilten Papier-Fragebögen zurückgekommen waren und auch nicht, wie viele von

den zurückgekommenen Papier-Fragebögen gültig waren. Die Statistik verschob sich also dahingehend, dass die Anzahl der Aufrufe stieg (durch die manuelle Eingabe der offline-Bögen), dass die Zahl der ausgefüllten Bögen aber in gleichem Maße stieg, was das Verhältnis zwischen Aufrufen und ausgefüllten Bögen beeinflusste. Außerdem gab es bei diesen manuell eingegebenen Bögen keine ungültigen, was hier wieder zu einer Verzerrung der Werte führte. Trotz dieser Bedenken wurde die Entscheidung getroffen, dennoch genau so zu verfahren. Es wurde aber eine Lösung gefunden, die manuell eingegebenen Fragebögen so zu markieren, dass sie bei einer späteren Auszählung herausgefiltert werden konnten. So können die statistischen Ungenauigkeiten zwar nicht ganz ausgeräumt, aber zumindest nachvollziehbar dokumentiert werden.

Rückläufe gesamt

Beide Befragungen zusammen, Online- und Offline-Befragung, führten zu einer aussagekräftigen Stichprobe (siehe Tabelle 15). Tabelle 15 gibt einen Überblick über die Verteilung der gültigen Fragebögen.

Stichprobe	
Befragungsteilnehmende	gültige Fragebögen
Eltern, online	44
Eltern, offline	157
Eltern insgesamt	201
Lehrer, online	65
Lehrer, offline	112
Lehrer insgesamt	177
Stichprobe insgesamt	378

Tabelle 15: Stichprobe, bestehend aus online und offline Teilnehmenden

Damit waren 109 gültige Fragebögen von Eltern und 269 von Lehrkräften in die Befragung eingeflossen, also etwa 71 % offline und ca. 29 % online (s. Abbildung 11).

Fehler! Es ist nicht möglich, durch die Bearbeitung von Feldfunktionen Objekte zu erstellen.

Abbildung 11: prozentuale Verteilung der Offline- und Online-Beteiligung

5.5 Zusammenfassung

Diese Forschungsarbeit basiert auf empirischen, qualitativen und quantitativen Untersuchungen. In empirischer Forschung sind einige ethische Aspekte zu berücksichtigen. Dementsprechend wurden hier Vertraulichkeit und Datenschutz sichergestellt und das Eindringen in die Privatsphäre geschah „mit Fingerspitzengefühl“. Der Autor war sich dessen bewusst, dass er mit seiner Persönlichkeit und seinem Vorgehen die Befragung beeinflusste. Auch die Vorerfahrungen der Befragten und die Rahmenbedingungen der Untersuchungsphasen sind als Beeinflussungsfaktoren zu bedenken, was in Kapitel 6 eine Rolle spielen wird. In einer interkulturell angelegten Untersuchung wie dieser waren außerdem Überlegungen zu beiden Ländern anzustellen und kulturelle und sprachliche Aspekte zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurde bei der Erstellung des Fragebogens in mehreren Schritten vorgegangen und alle Entwürfe wurden genau getestet.

Bei der Erarbeitung des Fragebogens wurde unter anderem KADDS zu Rate gezogen, ein häufig genutztes und anerkanntes Instrument bei der Erforschung von Wissen und Einstellungen zu ADHS. Die Items der hier vorliegenden Untersuchung sind verschiedenen Subskalen, also Themenbereichen zugeordnet und es gibt immer drei Antwortmöglichkeiten („richtig“, „falsch“, „weiß nicht“). Zusätzlich zu den geschlossenen Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gab es ein vorgeschaltetes Leitfadeninterview und einen Fragebogen zu Critical Incidents. Dieser wurde nur den Teilnehmenden in Deutschland vorgelegt, da es um interkulturelle Erfahrungen von arabischen Familien in Deutschland geht. Die Fragebögen gab es auf Deutsch und auf Arabisch. Hier konnten Erlebnisse beschrieben, gesammelt und ausgewertet werden, die ungewöhnlich – gut gelungen oder schwierig – waren. Eine online-Fassung der Fragebögen wurde ins Internet gestellt, aber auch eine Papierversion wurde den Beteiligten angeboten. Allen Beteiligten wurden nach der Bearbeitung der Bögen umfangreiche Informationen über ADHS zur Verfügung gestellt. Da zu diesen auch Rückmeldungen abgegeben werden konnten, entstand so ein interaktives

Forschungsdesign, von dem nicht nur die forschende, sondern auch die beforschte Seite profitieren konnte.

Die Fragebögen gingen an die Lehrer und Lehrerinnen sowie Eltern verschiedener Schulen des regulären Schulwesens in Saudi-Arabien sowie des außerschulischen migrationsbezogenen Bildungswesens in Deutschland. In beiden Bereichen spielen religiöse Formen und Inhalte eine wichtige Rolle – in Saudi-Arabien als Teil der Schultraditionen und in Deutschland als Gegengewicht zu manchmal fehlenden Wertorientierungen. Das saudi-arabische Schulwesen ist stark im Wandel. Es ist noch vergleichsweise jung, aber dennoch traditionell geprägt und es wird dort von offizieller Seite versucht, den schnellen global-gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung zu tragen. Neben der inhaltlichen Verbesserung des Unterrichtes finden sich auch erste Programme zur Integration lernschwacher Schülerinnen und Schüler und in diesem Zusammenhang auch von Kindern mit ADHS. Diese Programme sind aber noch nicht flächendeckend. Da auch der Hochschulbereich von vielen religiösen Studiengängen bestimmt ist, fehlt es zum Teil noch an qualifiziertem pädagogischem und sonderpädagogischem Personal für die betroffenen Kinder.

In Deutschland dient das Migrationsschulwesen eher dazu, in einer modernen Welt bestimmte Traditionen gegenüber westlichen Einflüssen zu bewahren. Eine Vielzahl der Migrantinnen und Migranten in Deutschland sind aus arabisch-muslimischen Ländern. Das bedeutet zwar nicht, dass sie eine kulturell oder religiös einheitliche Gruppe darstellen. Was jedoch viele arabische Familien charakterisiert, ist, dass sie im Durchschnitt relativ jung sind und es daher vergleichsweise viele Kinder und Jugendliche arabischer Herkunft in Deutschland gibt. Bei ihnen entsteht Bedarf an zusätzlichen Bildungsangeboten, die über das hinausgehen, was in der deutschen Schule gelernt wird. Da zudem viele deutsche Schulen nicht ausreichend interkulturell geöffnet sind, suchen Eltern mit Migrationshintergrund oft Anschluss an ihre entsprechende Community. Hier werden dann auch Schulschwierigkeiten oder Aspekte wie ADHS thematisiert.

6 Ergebnisse

In den Kapiteln 2 und 3 wurden die thematischen und theoretischen Hintergründe dieser Arbeit dargelegt. Im weiteren Verlauf ging es dann um den Forschungsprozess. Während Kapitel 4 die quantitativen und qualitativen Untersuchungsteile begründete, auf bereits vorliegende Erkenntnisse aufbaute sowie weitere Vorüberlegungen erläuterte, behandelte Kapitel 5 die Entwicklung des Forschungsdesigns, die Erarbeitung der on- und offline-Befragungen, die demografischen Hintergründe der Befragungsteilnehmenden sowie die Durchführung und den Ablauf der Befragungen im Rahmen dieser Untersuchungen.

In diesem Kapitel geht es nun um die Auswertung der Befragungen. Zunächst wird auf Aspekte der Reliabilität und Validität der Untersuchungsergebnisse eingegangen. Dann geht es um die Ergebnisse im Einzelnen. Arabische Eltern und Lehrer in Deutschland und Saudi-Arabien werden in ihrem Antwortverhalten verglichen. Es werden Bezüge zur Frage hergestellt, welche Bedeutung ADHS für die Befragten hatte, ob sie Erfahrungen im Zusammenleben oder im Unterrichten von Kindern mit ADHS hatten. Alle 39 Items werden analysiert, ebenso wie die Auswertung der beiden weiteren Umfrageteile: Wie bewerten die Teilnehmenden die Kommentare, die sie nach der Beantwortung der Fragen lesen konnten und welche Erkenntnisse lassen sich aus den Fragen zu relevanten Ereignissen, also den sogenannten Critical Incidents, ziehen.

6.1 Analysen, Statistische Auswertung

6.1.1 Korrespondenzanalyse

Zur Überprüfung der Validität der Items wurde eine Korrespondenzanalyse durchgeführt. Durch Korrelationen der transformierten Variablen wurden zwei Dimensionen errechnet. Ziel dieser Berechnung war es, herauszufinden, welche Subskalen sich gebildet hätten, wenn man hier nur rechnerisch mit den kleinsten Abständen vorgegangen wäre. Die Diskriminationsmaße der 39 Items in den zwei so entstandenen Dimensionen zeigt: Wenn die Dimensionen mit den drei ursprünglichen Skalen verglichen werden, dann ist deutlich zu sehen, dass die Items nicht eindeutig den ursprünglichen Skalen zuzuordnen sind (Tabelle 16).

Die Items, deren Diskriminationsmaße bei $< 0,1$ liegen, können vernachlässigt werden, da hier keine Aussage zu machen wäre. Die verbleibenden Items ergeben folgendes Bild: Die Dimension 1 ist eine Mischung aus Items von Subskala 1 (kursiv), Subskala 2 (fettgedruckt) und Subskala 3 (unterstrichen). Die Dimension 2 hat weniger Items und besteht aus einer Kombination von wenigen Items aus allen Subskalen (1 kursiv, 2 fettgedruckt und 3 unterstrichen). Die entsprechenden Items laden aber bei einigen Fällen sowohl auf Dimension 1 als auch auf Dimension 2. Damit sind sie keiner von beiden klar zuzuordnen. Die 39 Items klären in 14% Varianz von Dimension 1 und in 6,9% Varianz von Dimension 2. Insgesamt ist die aufgeklärte Varianz als niedrig einzuschätzen.

Aufgrund dieser Erkenntnis war es sinnvoll, im weiteren Analyseverlauf mit den ursprünglichen Subskalen zu rechnen. Diese hatten trotz der in den obigen Abschnitten beschriebenen Schwächen die besseren Werte bei der inneren Konsistenz. Hinzu kommt, dass die zwei Dimensionen auch schwierig theoretisch zu deuten sind, da die Items von allen drei Skalen stark in den beiden Dimensionen vermischt sind und nicht eindeutig irgendwelchen konkreten Konstrukten zugeordnet werden können.

	Dimension		Mittelwert
	1	2	
<i>Item1</i>			,027
<i>Item2</i>			,034
<i>Item4</i>	,156		,079
<i>Item7</i>	,112		,087
<i>Item11</i>	,222		,154
<i>Item13</i>	,156	,117	,137
<i>Item24</i>	,204		,143
<i>Item26</i>			,074
<i>Item27</i>			,064
<i>Item28</i>			,049
<i>Item29</i>	,141		,119
<i>Item33</i>	,387		,220
<i>Item34</i>	,306		,176
<i>Item38</i>	,108		,080
Item3	,121	,069	,095
Item9			,042
Item10	,227		,119
Item12	,265		,166

<i>Item14</i>	,212		,120
Item16	,109		,095
Item17	,368	,109	,239
Item18	,327	,182	,254
Item19	,282	,143	,212
Item21	,138		,114
Item23		,126	,100
Item30		,196	,116
<u>Item5</u>	<u>,149</u>		<u>,106</u>
<u>Item6</u>			<u>,021</u>
<u>Item8</u>	<u>,330</u>		<u>,166</u>
<u>Item15</u>			<u>,038</u>
<u>Item20</u>	<u>,226</u>		<u>,128</u>
<u>Item22</u>			<u>,044</u>
<u>Item25</u>			<u>,020</u>
<u>Item31</u>			<u>,053</u>
<u>Item32</u>		<u>,175</u>	<u>,092</u>
<u>Item35</u>	<u>,138</u>		<u>,103</u>
<u>Item36</u>	<u>,122</u>		<u>,062</u>
<u>Item37</u>	<u>,117</u>		<u>,102</u>
<u>Item39</u>			<u>,053</u>
Gesamtsumme für Aktive	5,489	2,716	4,102
% der Varianz	14,073	6,965	10,519

Tabelle 16: Diskriminationsmaße, Zuordnung der Items zu zwei errechneten Dimensionen

Die Leitfrage der Korrespondenzanalyse lautete: „Lassen sich in den Daten Gemeinsamkeiten im Antwortverhalten erkennen?“ Das wäre zum Beispiel dann der Fall gewesen, wenn viele Probanden bei einer Reihe von Items gleich geantwortet hätten. Diese Frage lässt sich verneinen: Es lassen sich keine Gemeinsamkeiten im Antwortverhalten erkennen, da die Korrelationen zwischen den einzelnen Items sehr niedrig ausgeprägt sind ($r < 0,2$) und damit keine starken positiven Korrelationen zu beobachten sind.

6.1.2 Reliabilität

Sowohl Kuder-Richardson als auch Cronbachs Alpha sind Messmethoden für Konsistenzanalyse. Mit beiden wird die Reliabilität gemessen, also die Verlässlichkeit und Ge-

nauigkeit einer Untersuchung oder eines Untersuchungsteils. Sie wird mit einem Reliabilitätskoeffizienten bestimmt und kann unter anderem anhand der inneren Konsistenz des jeweiligen Testes erfasst werden (Lienert 1967, S. 15). Konsistenz heißt, dass alle Items, die sich auf einen bestimmten Aspekt beziehen, tatsächlich diesen Aspekt messen. Hierbei wird also rechnerisch festgestellt, inwieweit passende Items gewählt wurden, ohne dass auf die Inhalte der Items eingegangen wird. Die inhaltliche Genauigkeit, der Interpretationswert, ist ebenfalls wichtig, aber sie ist keine Frage der Reliabilität, sondern der Validität (vgl. Lienert 1967, S. 14 f.).

Bei Umfragen, in denen die Antworten binär oder dichotom sind (also entweder mit Null oder mit einem Punkt bewertet werden können), lässt sich Kuder-Richardson gut anwenden. Der Wert, der mit der Kuder-Richardson-Formel errechnet wird, liegt stets zwischen Null und eins. Je höher der Wert ist, desto höher ist die Reliabilität (vgl. Mathieu 2014, S. 162).

In unserer Umfrage wurde mit Kuder-Richardson berechnet, wie konsistent die drei Subskalen waren und wie konsistent die Umfrage insgesamt. Ein Wert bis 0,6 gilt als zu niedrig und steht für eine geringe Konsistenz (vgl. Mathieu 2014, S. 163). Tabelle 17 gibt die Werte für die drei Subskalen und die Gesamtumfrage wieder. Daraus lässt sich erkennen, dass die Subskala 2 als konsistent gelten kann. Für die anderen beiden Subskalen gilt dies nicht. Die Umfrage als ganze weist ebenfalls mit über 0,8 einen hohen Wert auf.

Subskala 1 (Symptome/Diagnostik)	0,6457807
Subskala 2 (Behandlung/Ursache)	0,70467227
Subskala 3 (Allgemein)	0,52852063
Gesamtumfrage	0,81927571

Tabelle 17: Konsistenzwerte, Kuder-Richardson

6.1.3 Prüfung der Normalverteilung/Häufigkeiten

Zur Prüfung der Normalverteilung wurden die Schiefe und die Kurtosis berechnet. Der Wert für die Schiefe darf zwischen -2 und + 2 liegen, der für die Kurtosis zwischen -3 und + 3. In unserer Untersuchung lagen bei allen drei Subskalen und bei der Gesamtumfrage sowohl die Schiefe als auch die Kurtosis stets zwischen diesen Werten. Damit sind die Skalen normal verteilt. Diese Normalverteilung der Variablen ist die Vorausset-

zung für die Weiterberechnung mit metrischen Analysen, so dass ein T-Test und ein ANOVA-Test durchgeführt werden konnten. Tabelle 18 zeigt die Häufigkeiten. Es wurden die Prozentwerte dargestellt, da diese aussagekräftiger sind als die absoluten Zahlen und da auch im weiteren Verlauf des Kapitels in den Darstellungen die Prozentangaben zugrunde gelegt werden. Dies dient der Vereinheitlichung der Darstellungsweisen und ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit. Die vier Diagramme in Abbildung 12 stellen die Normalverteilung für alle drei Subskalen und die Gesamtumfrage in grafischer Form im Überblick dar.

		Subskala 1, Symptome/Diagnostik, korrekte Antworten in Prozent	Subskala 2, Behandlung/Ursache, korrekte Antworten in Prozent	Subskala 3, Allgemein, korrekte Antworten in Prozent	Gesamtumfrage, korrekte Antworten in Prozent
N	Gültig	378	378	378	378
	Fehlend	0	0	0	0
	Mittelwert	50,9639	34,4794	36,5684	41,0933
	Standardabweichung	19,08783	20,71181	17,15124	15,72947
	Schiefe	-,192	,488	,157	,022
	Standardfehler der Schiefe	,125	,125	,125	,125
	Kurtosis	-,658	-,566	-,415	-,683
	Standardfehler d.Kurtosis	,250	,250	,250	,250
	Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00
	Maximum	100,00	83,33	84,62	76,92

Tabelle 18: Häufigkeiten, Prüfung der Normalverteilung

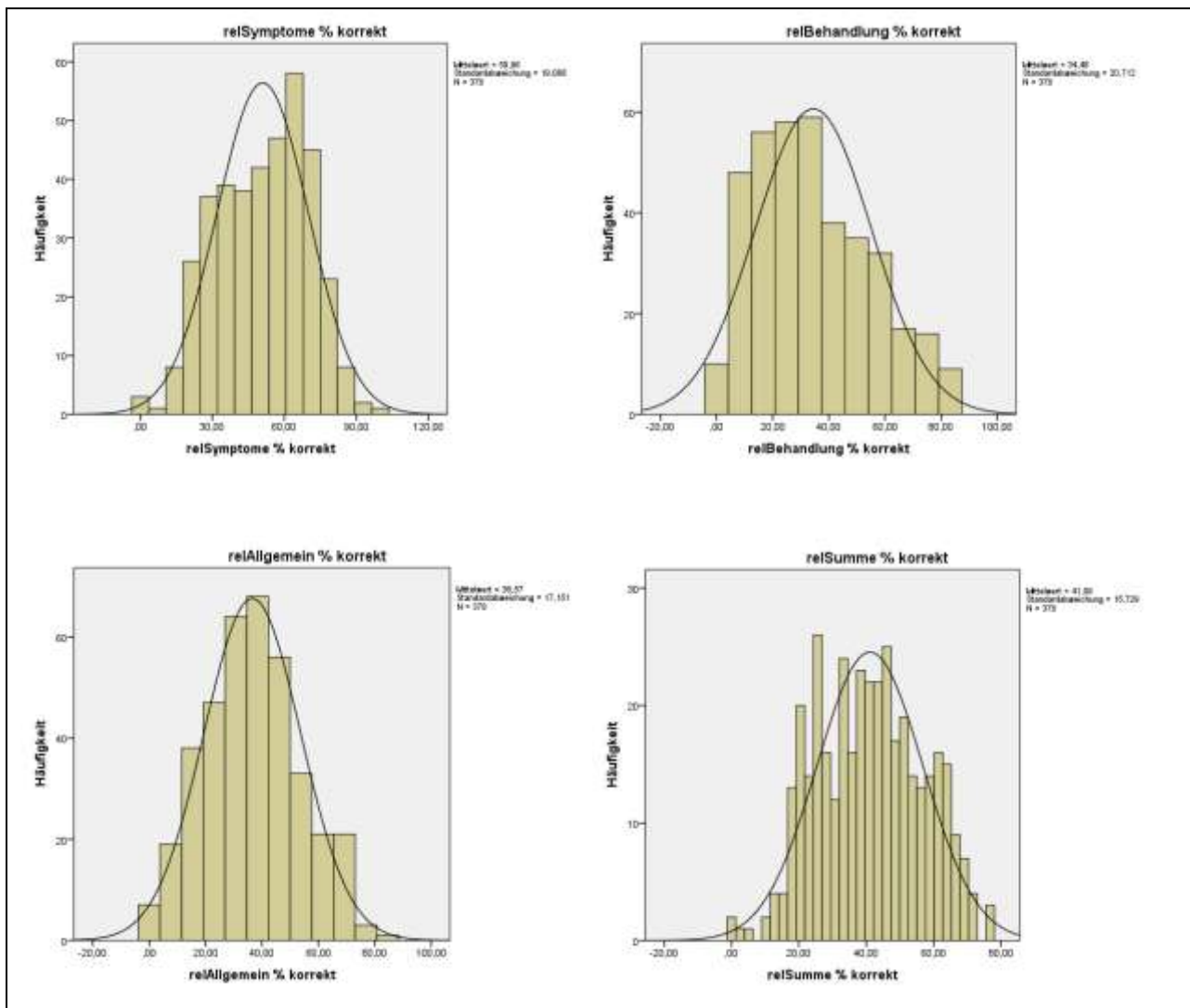


Abbildung 12: Normalverteilung für alle drei Subskalen und die Gesamtumfrage

6.1.4 T-Tests: Erfahrung und Ländervergleich

Die Überlegungen zur Entwicklung von Hypothesen führten bei der Betrachtung der Items zu der Frage, inwieweit sich die unterschiedlichen Gruppen (jeweils arabische Eltern in Deutschland, Lehrer in Deutschland, Eltern in Saudi-Arabien und Lehrer in Saudi-Arabien) miteinander vergleichen lassen. Die Sicht auf die Befunde aus den Items (siehe Unterkapitel 6.2 und 6.3) lässt einige ungefähre Vergleiche zu. Weitere Aufschlüsse gibt die ebenfalls durchgeführte Varianzanalyse, deren Ergebnisse weiter unten beschrieben werden. Was jedoch in diesen Betrachtungen noch fehlte, war die Frage: Beeinflusst es das Antwortverhalten von Lehrern, ob sie ein Kind mit ADHS im Unterricht haben oder nicht? Wenn ja, in welcher Weise? Die gleiche Überlegung gilt für Eltern, die ein Kind mit ADHS haben: Antworten sie anders als Eltern, die kein Kind mit ADHS in ihrer Familie haben?

Bedeutung der Erfahrung mit einem ADHS-Kind für das Wissen

Um Erkenntnisse über diese Zusammenhänge zu bekommen, wurde ein T-Test für unabhängige Gruppen durchgeführt. Damit sollte berechnet werden, ob es signifikante Unterschiede in den Antworten – also in Bezug auf ihr Wissen - zwischen Eltern und Lehrern mit und ohne ADHS-Kind gibt.

Zunächst werden diese Berechnungen für **Lehrkräfte** dargestellt. Tabelle 19 zeigt die Mittelwerte zu diesen Zusammenhängen bei den Lehrern. Die sich daraus ergebenden Signifikanzen können Tabelle 20 entnommen werden. Werte von unter 0,05 stellen signifikante Unterschiede dar. Es ist daher ersichtlich, dass nur für Subskala1 (Symptome/Diagnostik) signifikante Abweichungen im korrekten Antwortverhalten von Lehrkräften mit ADHS-Kind im Unterricht gegenüber Lehrkräften ohne ADHS-Kind zu erkennen sind. Zieht man die prozentualen Mittelwerte aus Tabelle 19 heran, ergibt sich: ca. 47 % der Antworten der Lehrer ohne ADHS-Kind in Bezug auf Subskala 1 (Symptome/Diagnostik) waren richtig und ca. 53 % der Antworten waren richtig bei den Lehrern, die ein Kind mit ADHS unterrichten. Es wird also - erwartungsgemäß - deutlich, dass Lehrkräfte, die in einer Klasse mit mindestens einem ADHS-Kind arbeiten, mehr Wissen über Symptome und Diagnostik von ADHS haben. Diese Erkenntnis stimmt mit dem überein, was Sciutto, Terjesen und Bender Frank herausgefunden haben (2000): In ihrer us-amerikanischen Studie hatten Lehrer und Lehrerinnen mehr Wissen über Diagnostik und Symptomatik von ADHS als über andere Themen, und diejenigen, die mit einem ADHS-Kind gearbeitet hatten, hatten mehr Wissen über ADHS.

Die Erkenntnis aus der hier vorliegenden Untersuchung lässt sich als Hypothese formulieren:

Hypothese: Arabische Lehrkräfte, die in einer Klasse mit mindestens einem ADHS-Kind arbeiten, haben mehr Wissen über Symptome und Diagnostik von ADHS als arabische Lehrkräfte, die kein von ADHS betroffenes Kind in ihrem Unterricht haben.

Ich habe mindestens ein Kind mit ADHS im Unterricht	H	Mittelwert	
Subskala 1, Symptome/Diagnostik,	Nein	67	46,6952
	Ja	109	53,4078
Subskala 2, Behandlung/Ursachen	Nein	67	31,3431
	Ja	109	31,0392
Subskala 3, Allgemein,	Nein	67	34,5575
	Ja	109	38,1083
Gesamtuntersuchung,	Nein	67	37,9255
	Ja	109	41,4254

Tabelle 19: Mittelwerte, korrekte Antworten bei Lehrkräften nach Subskala und Gesamtuntersuchung

		Signifikanz (2-seitig)
Subskala 1, Symptome/Diagnostik	Varianzgleichheit angenommen	,030
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,041
Subskala 2, Behandlung/Ursachen	Varianzgleichheit angenommen	,922
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,924
Subskala 3, Allgemein	Varianzgleichheit angenommen	,145
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,146
Gesamtuntersuchung	Varianzgleichheit angenommen	,141
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,158

Tabelle 20: T-Test für die Mittelwertgleichheit, Signifikanzen in den Abweichungen im Antwortverhalten von Lehrkräften mit und ohne ADHS-Kind

Für die beiden anderen Subskalen und für die Gesamtuntersuchung konnten keine signifikanten Abweichungen im Antwortverhalten gefunden werden (da $p > 0,05$). Beim Thema Behandlung/Ursachen und bei den allgemeinen Fragen spielte es also statistisch in dieser Umfrage keine nennenswerte Rolle, ob Lehrkräfte Erfahrung mit ADHS im Arbeitsalltag haben oder nicht. Ihr Antwortverhalten hing damit nicht zusammen. Das bedeutet, dass auch ihr Wissen – zumindest über Behandlungsformen und Ursachen sowie allgemeine Aspekte - mit dieser (vorhandenen oder fehlenden) Erfahrung nicht zusammenhängt.

Die gleiche Berechnung wurde durchgeführt, um die korrekten Antworten der **Eltern** in Bezug zu setzen zu ihrer persönlichen Situation: Es wäre zunächst zu erwarten, dass Eltern, die selber ein Kind haben, dass an ADHS leidet, „Experten“ dieser Störung sind. Dieser Effekt war bei den Lehrern zwar nicht sehr deutlich, aber doch erkennbar, besonders in Bezug auf Fragen der Behandlung und der Ursachen (Subskala 2). Bei den befragten Eltern ergibt sich hier nun eine interessante Beobachtung: Nicht nur haben Eltern mit ADHS-Kind schlechter als Eltern ohne Kind in den Befragungen abgeschnitten. Sie haben sogar häufiger falsch oder mit „weiß nicht“ geantwortet als Eltern ohne ADHS-Kind. Tabelle 21 zeigt die Mittelwerte: Die Mittelwerte der korrekten Antworten liegen bei Eltern ohne ADHS-Kind („Nein“) in zwei Subskalen und für die Gesamtuntersuchung wider Erwarten höher als die Mittelwerte der Eltern mit ADHS-Kind („Ja“). Allerdings muss auch dazu gesagt werden, dass die meisten Abweichungen nicht als signifikant gelten können. Das zeigt Tabelle 22, die nur in der Subskala 2 (Behandlung/Ursachen) Signifikanzen ($< 0,05$) aufweist.

Ich habe ein Kind mit ADHS.		H	Mittelwert
Subskala 1, Symptome Diagnostik	Nein	132	52,1648
	Ja	68	48,8446
Subskala 2, Behandlung/ Ursachen	Nein	132	39,3307
	Ja	68	33,3328
Subskala 3, Allgemein	Nein	132	36,1882
	Ja	68	36,8772
Gesamtuntersuchung	Nein	132	42,8899
	Ja	68	40,0837

Tabelle 21: Mittelwerte, korrekte Antworten bei Eltern nach Subskala und Gesamtuntersuchung

		Signifikanz (2-seitig)
Subskala 1, Symptome/Diagnostik	Varianzgleichheit angenommen	,226
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,219
Subskala 2, Behandlung/Ursachen	Varianzgleichheit angenommen	,053
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,037
Subskala 3, Allgemein	Varianzgleichheit angenommen	,802
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,800
Gesamtuntersuchung	Varianzgleichheit angenommen	,243
	Varianzgleichheit nicht angenommen	,221

Tabelle 22: T-Test für Mittelwertgleichheit, Signifikanz in den Abweichungen im Antwortverhalten von Eltern mit und ohne ADHS-Kind

Die Boxplots in den Grafiken zeigen, ob Befragte mit und ohne ADHS-Kind unterschiedlich viel über ADHS wissen. Abbildung 13 bestätigt das eben beschriebene Ergebnis, dass bei Lehrern, die Arbeitserfahrung mit einem ADHS-Kind haben, dies eine Auswirkung auf ihr Antwortverhalten hat, zumindest in der Subskala Symptome/Diagnostik. Dort haben Lehrer mit einem betroffenen Kind im Unterricht ein eher besseres Wissen als ohne. Das zeigt der blau markierte Bereich um den Median. Die blaue Box markiert den Bereich der Standardabweichungen um den Median, das heißt die schwarze horizontale Linie in der blauen Box. Dieser reichte bei Lehrern ohne ADHS-Kind weiter in einen niedrigeren Prozentbereich als bei ADHS-erfahrenen Lehrern. Bei den drei anderen Subskalen macht die Erfahrung keinen Unterschied: ob Lehrer ein Kind mit ADHS unterrichten oder nicht, hat keinen nennenswerten Einfluss auf ihre Antworten, also auf ihr Wissen.

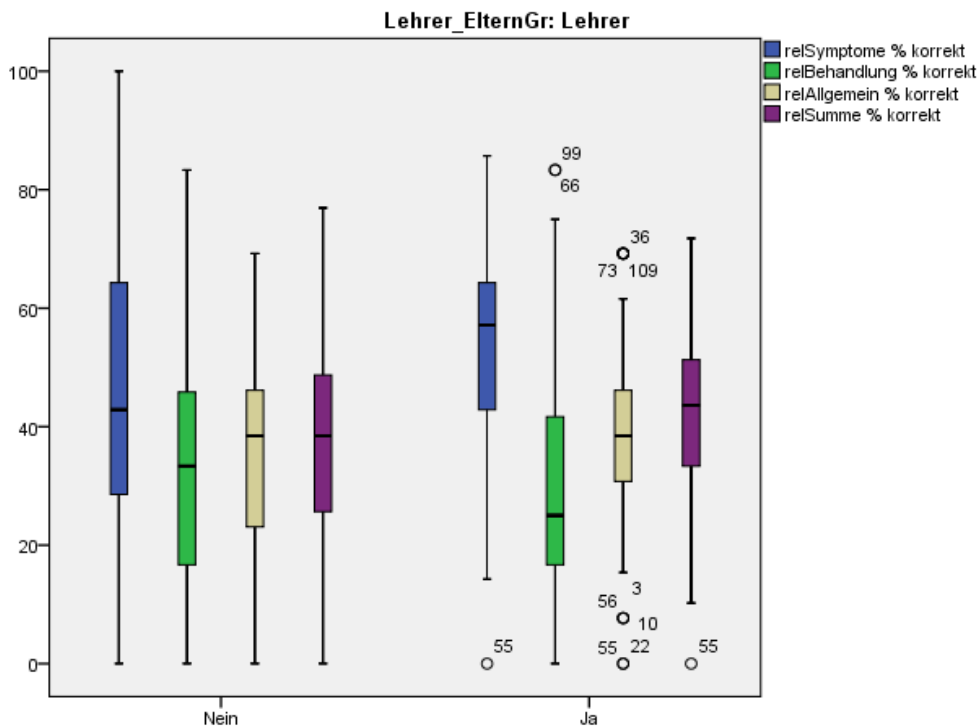


Abbildung 13: Lehrer: Ich habe mindestens ein Kind mit ADHS im Unterricht: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten

Die Boxplot-Abbildung 14 zeigt das Antwortverhalten von Eltern, die selber ein Kind mit ADHS in der Familie haben, und von Eltern, die kein betroffenes Kind haben. Hier ist zu sehen, dass Eltern besonders in der Subskala Behandlung/Ursache (grüne Markierung) unterschiedlich antworten. Auch hier wird – wie oben anhand der Mittelwerte beschrieben - deutlich, dass gerade Eltern, die ein ADHS-Kind haben („Ja“), eher weniger richtige Antworten gegeben haben, dass also dort das Wissen eher geringer ist.

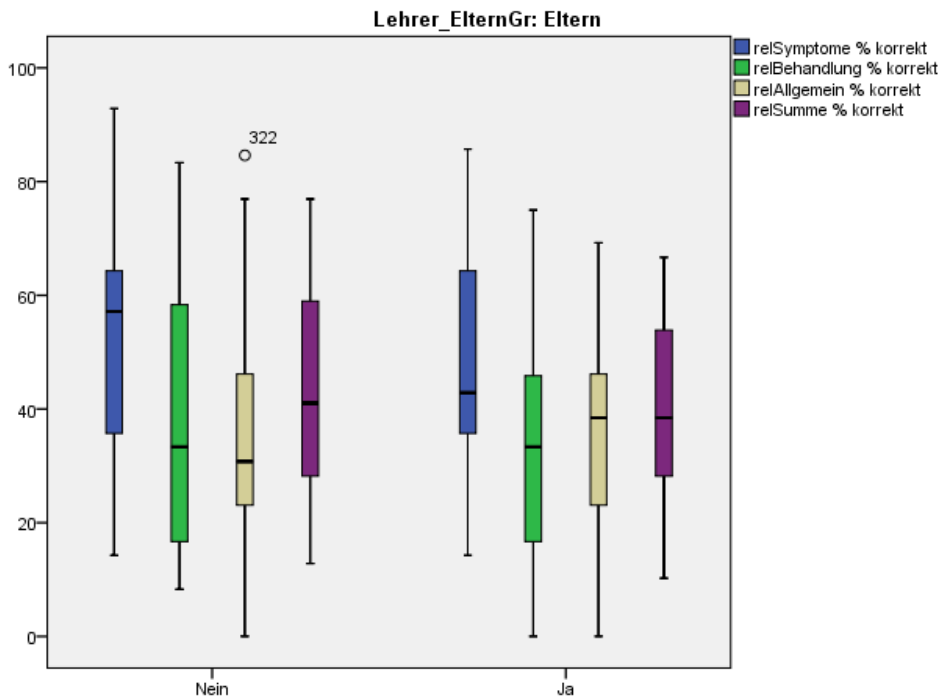


Abbildung 14: Eltern: Ich habe ein Kind mit ADHS: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten

Bezüglich der Frage, ob die Erfahrungen von Lehrern und Eltern mit ADHS einen Einfluss auf ihr Wissen über ADHS haben, lassen sich weitere Hypothesen formulieren.

Hypothese: Lehrkräfte², die arbeitsbezogene Erfahrung mit mindestens einem ADHS-Kind haben, haben mehr Wissen über Symptome und Diagnostik von ADHS als Lehrkräfte ohne diese Erfahrung.

Wichtig bei dieser Hypothese ist, dass sie nur für Symptome und Diagnostik gilt und nicht für Behandlung und Ursachen oder für allgemeine Fragen zu ADHS.

Eine weitere Hypothese ergibt sich aus den Ergebnissen bezüglich des Antwortverhaltens von Eltern. Im Vergleich hatten Eltern mit einem ADHS-Kind in der Familie – entgegen erster Erwartungen – nicht mehr Wissen über ADHS als Eltern ohne ein solches Kind.

Hypothese: Eltern, die ein eigenes Kind mit ADHS haben, haben nicht mehr Wissen über ADHS als Eltern ohne ein betroffenes Kind. Teilweise (hier in Bezug auf Behandlung und Ursachen) haben sie sogar geringeres Wissen.

² Es sei hier noch einmal daran erinnert, dass die vorliegende Untersuchung sich mit arabischen Eltern und Lehrkräften in Deutschland und in Saudi-Arabien befasste, alle Aussagen können deshalb auch nur auf diese Personengruppen bezogen sein.

Ländervergleich

In den oben beschriebenen T-Tests wurde die Gesamtheit der Eltern und der Lehrer untersucht, die korrekt geantwortet hatten. Gefragt wurde nach der Bedeutung der Erfahrung im Umgang mit einem ADHS-Kind. Es wurde dort bisher keine Unterscheidung getroffen, ob die korrekt antwortenden arabischen Lehrer und Eltern in Deutschland oder in Saudi-Arabien lebten. In einer vierten Auswertung wurden nun diese ländervergleichenden Zusammenhänge hergestellt. Es wurde überlegt, die Berechnungen noch nach Lehrern und Eltern aufzuteilen. Allerdings hätten sich dann sehr kleine Stichproben ergeben, deren Untersuchung kaum noch aufschlussreich gewesen wäre. Zum Beispiel gab es in dieser Befragung in Deutschland 46 Befragte (Eltern und Lehrer zusammen), die ein Kind mit ADHS in ihrem persönlichen Umkreis haben. Würde man diese noch nach Lehrern und Eltern aufteilen, um auch diese länderbezogen zu untersuchen, ergäben sich zu kleine Gruppen für eine rechnerisch verlässliche Auswertung.

Diese Berechnung der Daten ergab folgende Ergebnisse für Lehrer und Eltern zusammengefasst, in **Deutschland**:

Ich habe ein Kind mit ADHS (im Unterricht)	H	Mittelwert	
Subskala 1, Symptome/ Diagnostik	Nein	100	55,2858
	Ja	46	52,3302
Subskala 2, Behandlung/ Ursachen	Nein	100	43,4997
	Ja	46	34,9633
Subskala 3, Allgemein	Nein	100	38,8457
	Ja	46	40,3007
Gesamtuntersuchung	Nein	100	46,1790
	Ja	46	42,9770

Mittelwerte, korrekte Antworten bei Eltern und Lehrern nach Subskala und Gesamtuntersuchung, in Deutschland

Für die in Deutschland lebenden Befragten gilt wieder, dass die Mittelwertabweichung vor allem in Bezug auf die Subskala Behandlung und Ursachen (2) signifikant ist. Es gilt auch wieder, dass hier das Wissen bei den Eltern und Lehrkräften ohne von ADHS betroffenem Kind besser war als das von Eltern und Lehrern mit einem solchen Kind. Die

arabischen Eltern und Lehrer in Deutschland scheinen danach mehr über die Behandlung und Ursachen von ADHS zu wissen, wenn sie selbst gar kein ADHS-Kind haben oder unterrichten.

Interessant ist daher nun das Ergebnis der T-Test-Berechnungen für Eltern und Lehrer (zusammengenommen) in **Saudi-Arabien**. Hier ergeben sich sehr deutliche Signifikanzen: in zwei der drei Subskalen und für die Gesamtuntersuchung bestehen relevante Unterschiede zwischen den korrekten Antworten der Personen, die ein ADHS-Kind haben, und denen, die keines haben. Bei der einen Subskala, die keine Signifikanzen aufweist, handelt es sich auffälliger Weise um die Skala Behandlung/Ursachen. Diese war bei den Befragten in Deutschland die einzige gewesen, die signifikante Unterschiede aufgewiesen hatte. In Tabelle 23 sind die Mittelwerte zu sehen. Es sind wieder die Subskalen hervorgehoben, die deutliche Signifikanzen im Bereich von $< 0,05$ aufweisen.

Ich habe ein Kind mit ADHS (im Unterricht)		H	Mittelwert
Subskala 1, Symptome/Diagnostik	Nein	99	45,3106
	Ja <u>Abweichung signifikant</u>	131	51,4175
Subskala 2, Behandlung/Ursachen	Nein	99	29,7138
	Ja	131	30,8518
Subskala 3, Allgemein	Nein	99	32,4002
	Ja <u>Abweichung signifikant</u>	131	36,6994
Gesamtuntersuchung	Nein	99	36,2079
	Ja <u>Abweichung signifikant</u>	131	40,1841

Tabelle 23: Mittelwerte, korrekte Antworten bei Eltern und Lehrern nach Subskala und Gesamtuntersuchung, in Saudi-Arabien

Bei der Berechnung zu Teilnehmenden in Saudi-Arabien ist insofern interessant, dass ihr Antwortverhalten tatsächlich erwartungsgemäß ausfällt: Lehrer und Eltern ohne ADHS-Kind hatten eher weniger Wissen und gaben weniger korrekte Antworten als Personen mit einem betroffenen Kind.

Doch darüber hinaus ist auch festzuhalten: Über alle Befragten in Saudi-Arabien ist die Quote der richtigen Antworten niedrig. Die Diagramme in Abbildung 15 und 16 zeigen dies: Die farbigen Balken der häufigen Antworten sind in Saudi-Arabien mit ungefähr 30 bis 44 % korrekten Antworten insgesamt niedriger als in Deutschland, wo etwa um 60 % (Skala Symptome/Behandlung) und um 40% (bei den anderen Skalen) der Antworten korrekt waren.

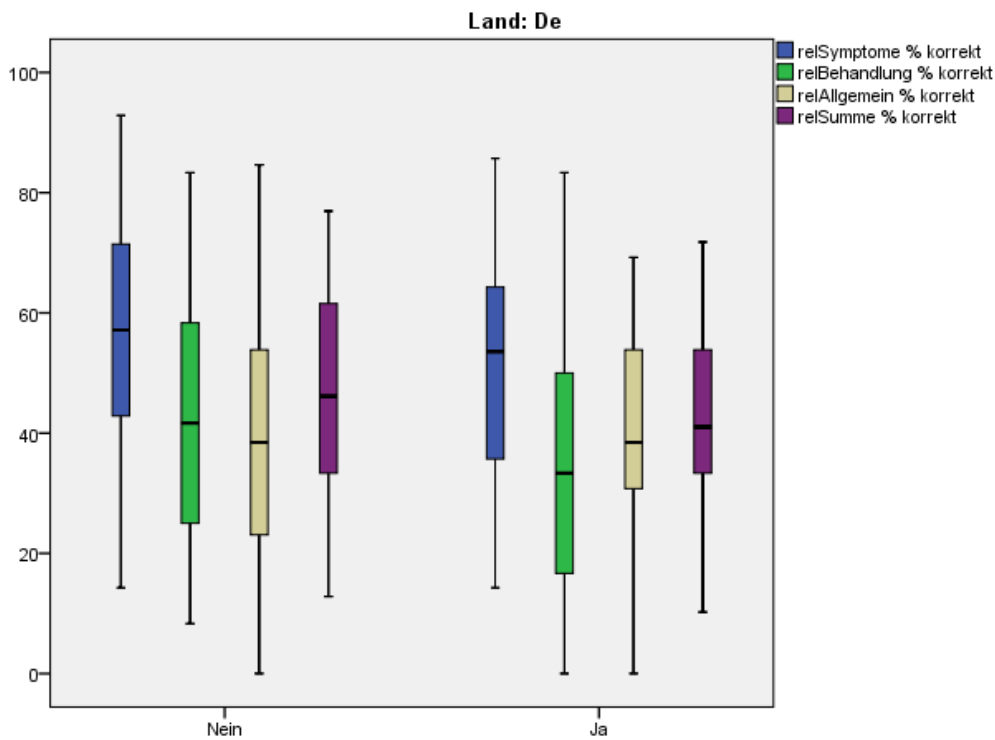


Abbildung 15: Eltern und Lehrer in Deutschland: Ich habe ein Kind mit ADHS: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten

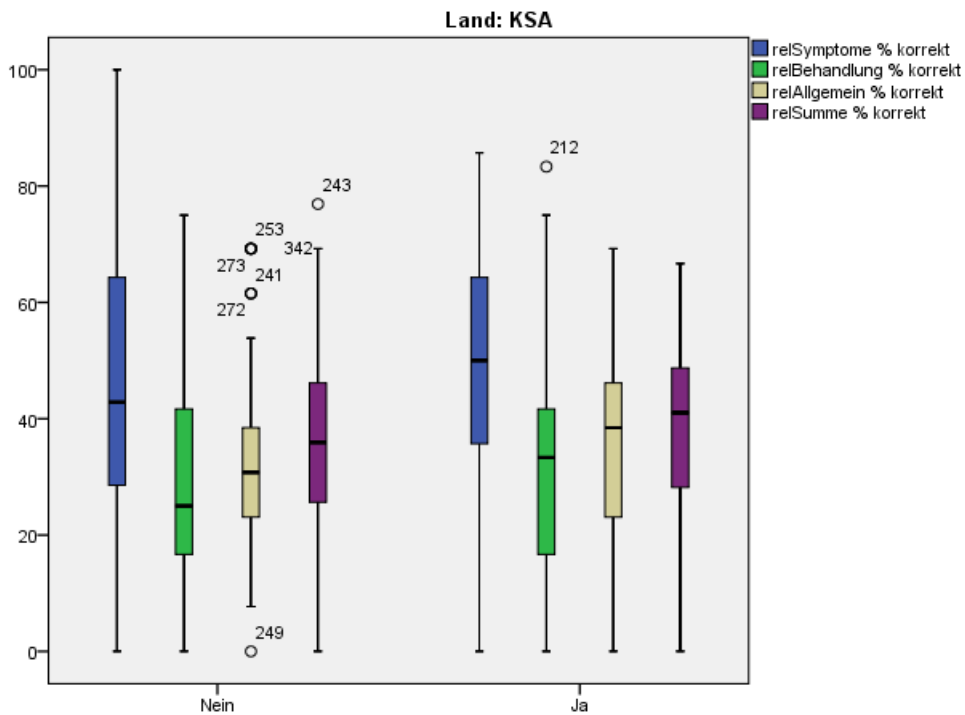


Abbildung 16: Eltern und Lehrer in Saudi-Arabien: Ich habe ein Kind mit ADHS: Nein/Ja. Verteilung der korrekten Antworten

An dieser Stelle lässt sich eine weitere Hypothese formulieren.

Hypothese: Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien ohne persönliche Erfahrung im Umgang mit einem ADHS-Kind haben eher weniger Wissen über ADHS als vergleichbare Personen mit einem betroffenen Kind.

Oder umgekehrt formuliert:

Hypothese: Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien mit persönlicher Erfahrung im Umgang mit einem ADHS-Kind haben eher mehr Wissen über ADHS als vergleichbare Personen ohne ein betroffenes Kind.

In einem zusammenfassenden Vergleich der korrekten Antworten von Lehrkräften und Eltern in Saudi-Arabien und arabischer Eltern und Lehrkräfte in Deutschland lassen sich die Unterschiede deutlich erkennen: Zählt man die korrekten Antworten unabhängig von den Subskalen aus, ergibt sich, dass sehr viele Personen mit einem ADHS-Kind mehr Wissen über ADHS hatten als vergleichbare Personen ohne ADHS-Kind. Diese Beobachtung entspricht den Erwartungen. Nur bei einer Gruppe war es anders, nämlich

bei den arabischen Eltern in Deutschland. Hier hatten Eltern eines von ADHS betroffenen Kindes eher weniger Wissen als Eltern ohne ein solches Kind. Über die ganze Untersuchung lässt sich feststellen, dass für die Gesamtheit der Befragten, also für alle Gruppen zusammen, gilt: Lehrkräfte und Eltern mit einem ADHS-Kind in ihrem persönlichen Umfeld haben nicht mehr Kenntnisse über ADHS als solche ohne ADHS-Kind. Es gibt bei den Personen ohne ADHS-Kind sogar etwas mehr Wissen als bei denen mit einem betroffenen Kind. Im Folgenden sind diese Ergebnisse in grafischer und in tabellarischer Form zu sehen (Abbildung 17 und Tabelle 24).

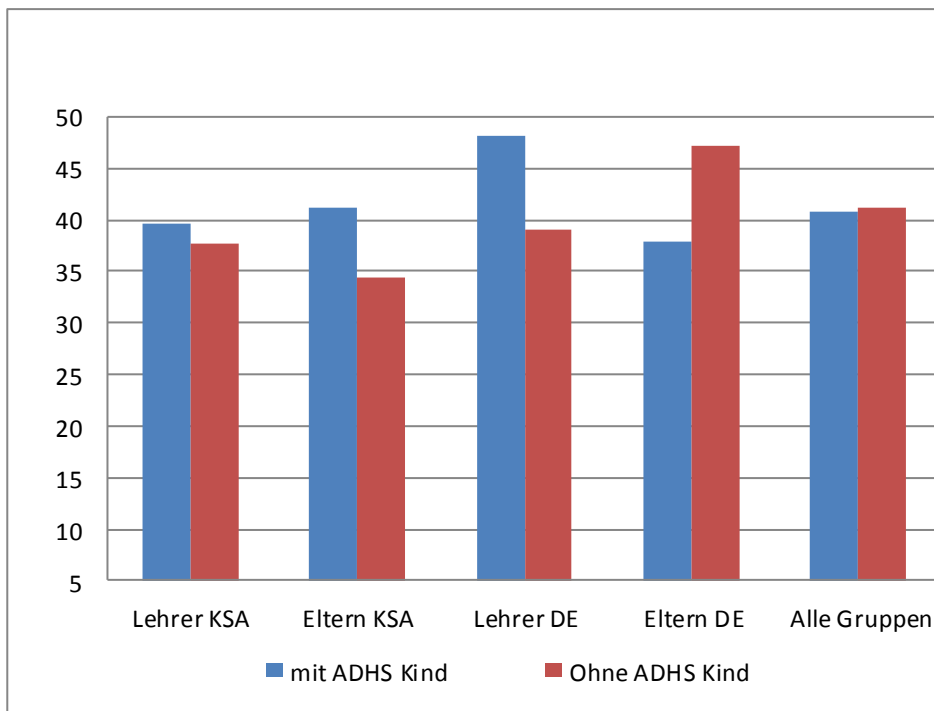


Abbildung 17: Korrekte Antworten in Prozent bei allen vier Befragtengruppen, nach persönlicher Erfahrung mit einem ADHS-Kind

	Lehrer in Saudi-Arabien	Eltern in Saudi-Arabien	Lehrer in Deutschland	Eltern in Deutschland	alle Gruppen
mit ADHS-Kind	39,64	41,26	48,11	37,93	40,82
ohne ADHS-Kind	37,67	34,38	39,10	47,14	41,22

Tabelle 24: Korrekte Antworten in Prozent bei allen vier Befragtengruppen, nach persönlicher Erfahrung mit einem ADHS-Kind

Hypothese: Die befragten Lehrkräfte und Eltern sowohl in Saudi-Arabien als auch in Deutschland, die keine persönliche Erfahrung im Umgang mit einem ADHS-Kind haben, haben etwas mehr Wissen über ADHS, als vergleichbare Personen, die ein betroffenes Kind in ihrer Familie oder ihrem Unterricht haben.

Wichtig ist aber auch, dass insgesamt das Wissen nicht ausreichend ist. Unabhängig von Vergleichen zwischen den Gruppen lässt sich festhalten, dass alle Befragtengruppen recht niedrige Werte bei den korrekten Antworten aufweisen. Mit etwa 48 % korrekten Antworten verfügen die Lehrkräfte in Deutschland über das meiste Wissen über ADHS. Doch selbst diese 48 % können nicht als genug gelten³. Weniger als die Hälfte der Items korrekt zu beantworten, die alle wichtige Informationen über ADHS betreffen, ist zu wenig. Sowohl Lehrkräfte als auch Eltern sind Schlüsselpersonen im Leben der Kinder und ihre Einschätzungen beeinflussen deren weiteres Leben. Es ist daher diese zentrale Hypothese aus den Befragungen abzuleiten:

Hypothese: Die befragten Lehrkräfte und Eltern sowohl in Saudi-Arabien als auch in Deutschland verfügen über zu wenig (geringes/nicht ausreichendes) Wissen über ADHS.

6.1.5 ANOVA: Land als signifikante Variable

Mit einem T-Test können Vergleiche zwischen zwei Gruppen angestellt werden. Um nun aber Beziehungen herzustellen zwischen Eltern und Lehrern einerseits und der Frage, ob sie in Deutschland oder in Saudi-Arabien leben andererseits, wurde eine Varianzanalyse durchgeführt (ANOVA). Auch für diese ist die Normalverteilung, die oben beschrieben wurde, eine wichtige Voraussetzung.

Um zu messen, ob es in Bezug auf die Antworten und das Wissen der Befragten einen Unterschied macht, ob ein Lehrer oder ein Elternteil in Deutschland oder in Saudi-Arabien lebt, wurde dieses Verfahren gewählt. Es sollte damit herausgefunden werden, ob das Wissen der Befragten eher etwas damit zu tun hat, dass die Personen Eltern

³ Dieses Urteil ist vom Verfasser willkürlich gesetzt, weil es mit dem vorliegenden Forschungsmaterial zu diesem Fragebogen keine direkten Vergleichsmöglichkeiten gibt.

oder Lehrer sind, oder ob es eher davon abhängt, ob sie in Deutschland oder in Saudi-Arabien leben.

Die Berechnungen wurden als univariate Varianzanalyse durchgeführt. Die vier Zwischensubjektfaktoren waren bei Land „Deutschland“ und „Saudi-Arabien“ und bei den Befragten „Lehrer“ und „Eltern“. Die Auswertung ergab, dass nur bei der Frage nach dem Land signifikante Abweichungen zu erkennen waren. Setzte man die Antworten der Lehrer mit denen der Eltern in Beziehung, ergab sich bei diesem Prüfverfahren insgesamt keine nennenswerte Abweichung. Auch bei einer Verknüpfung von Eltern und Lehrern mit dem jeweiligen Land war keine Signifikanz festzustellen. Lediglich der Vergleich der Länder brachte signifikante Abweichungen hervor. Diese Beobachtung gilt für alle Subskalen und für die Gesamtuntersuchung (siehe Tabelle 25).

	Signifikanz			
	Subskala 1 (Symptome/ Diagnostik)	Subskala 2 (Behandlung/ Ursachen)	Subskala 3 (Allgemein)	Gesamtuntersuchung
Land	,004	,000	,011	,000
Lehrer_ElternGr	,311	,119	,327	,855
Land * Lehrer_ElternGr	,723	,437	,945	,857

Tabelle 25: Signifikanzen in Bezug auf Land, auf Eltern und Lehrer sowie auf Land und Eltern/Lehrer

Auch in Diagrammform lässt sich anschaulich zeigen, dass das Land, in dem die Befragten leben, eine wichtige Auswirkung auf das Antwortverhalten hat, wie die Abbildung 18 zeigt. Die Linien, die das Wissen der Lehrer und das der Eltern abbilden, liegen nahe beieinander. Das Gefälle ergibt sich stets nur in Bezug auf das Land.

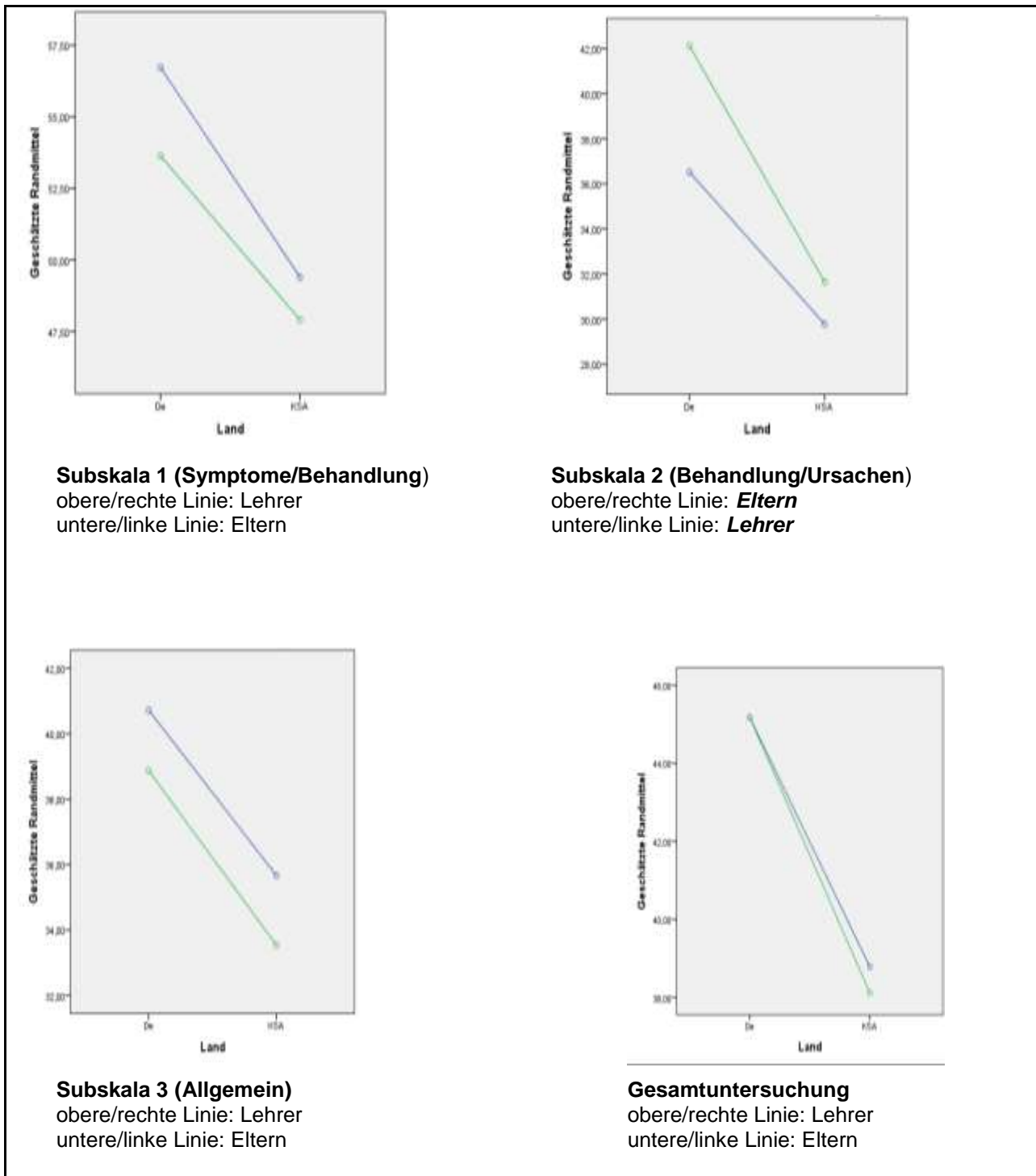


Abbildung 18: Ergebnis ANOVA 1: nur Landeffekt signifikant.

Vergleich Deutschland/Saudi-Arabien, Lehrer/Eltern

Auch die umgekehrte Darstellung in Abbildung 19 – hier ausgewählt für die Gesamtuntersuchung - macht deutlich, dass das Land die ausschlaggebende Variable ist und somit einen signifikanten Land-Effekt bei der Varianzanalyse darstellt. Die geraden Linien zeigen, dass das Wissen sowohl der Eltern als auch der Lehrer in Deutschland auf einer Ebene ist und das der Eltern und Lehrer in Saudi-Arabien ebenfalls. Jedoch liegt

die „Wissens-Linie“ der Befragten in Saudi-Arabien deutlich unter der der in Deutschland Befragten.

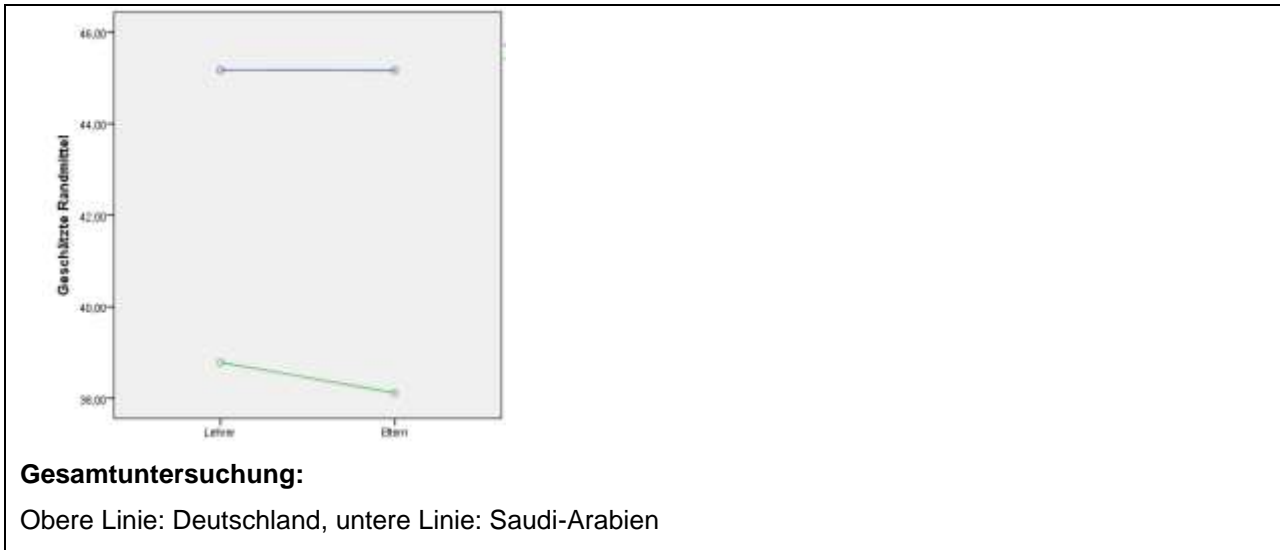


Abbildung 19: Ergebnis ANOVA 2: nur Landeffekt signifikant.

Vergleich Lehrer/Eltern in Deutschland und Saudi-Arabien

Aufgrund dieser Beobachtungen kann wieder eine Hypothese festgehalten werden.

Hypothese: (Die befragten) Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien haben insgesamt eher weniger Wissen über ADHS als arabische Lehrkräfte und arabische Eltern in Deutschland.

6.2 Items: Korrekte Antworten

Der Fragebogen sowohl für Eltern als auch für Lehrer, sowohl auf Deutsch als auch auf Arabisch, besteht aus 39 Items, die in frei gewählter Reihenfolge aufgelistet sind. Sie sind mal richtig, mal falsch und sind inhaltlich – in Vorbereitung auf die Auswertung - aus Forschungssicht jeweils einer von drei Subskalen zugeordnet. Diese werden im nachfolgenden Abschnitt näher beschrieben. Relevant für die Auswertung sind die korrekten Antworten, die – je nach Formulierung des Items - mal „richtig“ und mal „falsch“ lauten können. Die Kategorie „weiß nicht“ wird wie eine nicht korrekte Antwort gezählt. Sie diene in erster Linie dazu, die Befragten nicht in die Verlegenheit zu bringen, bei Nichtwissen raten zu müssen. Das hätte das Befundbild verfälscht. Das Konzept, eine dritte, neutrale Antwortmöglichkeit einzuführen, geht unter anderem auf das von Scituo

und anderen entwickelte Befragungsinstrument KADDS zurück (Sciutto/ Terjesen/ Bender Frank 2000).

6.2.1 Korrekte Beantwortung der einzelnen Items

Es wurden die korrekten Antworten ausgezählt, um sich aufgrund der Verteilung ein Bild machen zu können über Wissensbereiche und Fehlannahmen. Die korrekten Angaben über die gesamte Stichprobe sind sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Items verteilt (siehe Abbildung 20). Besonders viele korrekte Antworten gab es zum Beispiel bei den Items 1, 2, 11, 13, 16 und 39. Dabei handelt es sich um Aussagen zu Konzentrations- und Leistungsfähigkeit sowie Impulsivität von Kindern mit ADHS, zu den Merkmalen von ADHS und zur Kooperation zwischen Schule und Familie. Davon sind die Items 1, 2, 11 und 13 der Subskala Symptome/Diagnostik zugeordnet. Die Items 23, 30 und 32 waren von weniger als 10 % aller Befragten korrekt eingeschätzt worden, 21, 22 und 25 von weniger als 20%. Sie beziehen sich auf zuckerhaltige Ernährung, Heilung durch Sport und die Quote betroffener Kinder sowie psychischer Belastung der Mutter in der Schwangerschaft, Umgang von ADHS-Kindern mit neuen Situationen sowie die Frage, ob betroffene Kinder eher auf ihren Vater hören. Sie waren den Subskalen Behandlung/Ursachen und Allgemeines zugeordnet.

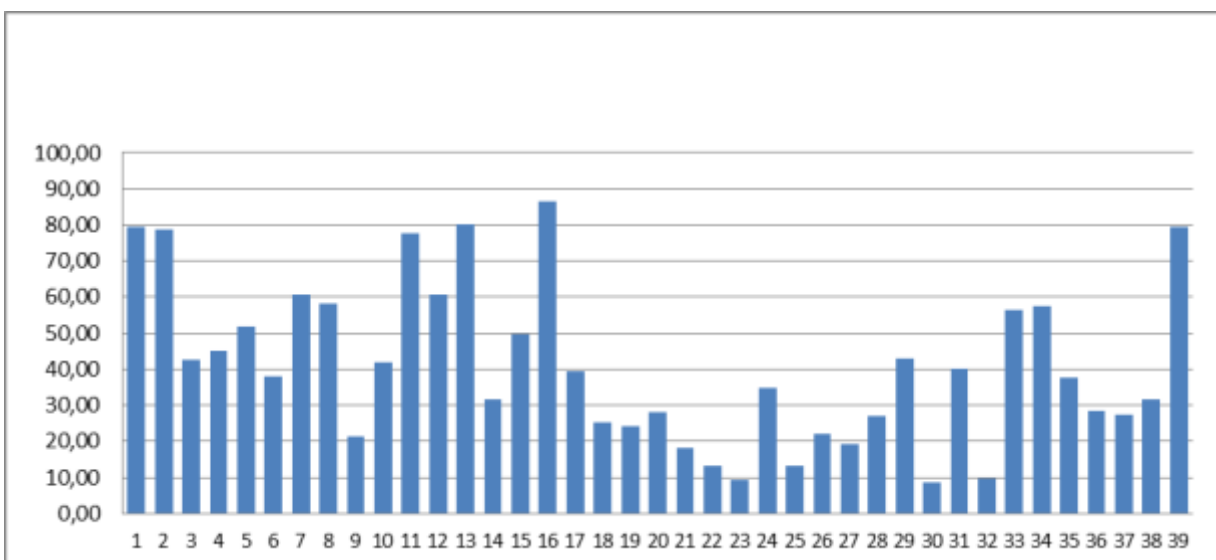


Abbildung 20: Korrekte Antworten pro Item, gesamte Stichprobe (in %)

Die korrekten Antworten der Lehrkräfte in Saudi-Arabien sind weitgehend ähnlich verteilt wie die der gesamten Stichprobe (siehe Abbildung 21). Die meisten korrekt eingeschätzten Items waren ebenfalls die Aussagen mit den Nummern 1, 2, 11, 13, 16 und

39. Die wenigsten korrekten Antworten mit unter 10 % gab es bei den Items 30 und 32. Weniger als 20 % der Befragten schätzten die Items 21, 22 und 25 korrekt ein. Diese Items betreffen den Aspekt psychischer Probleme während der Schwangerschaft der Mutter, die Fähigkeit betroffener Kinder sich in neue Situationen einzudenken, Zucker in der Ernährung und die Beziehung zu den Vätern. Sie waren in die Subskalen Behandlung/Ursachen (21, 30) und Allgemeines eingeordnet (22, 25, 32) worden. Bei Item 23 (Frage nach der zuckerhaltigen Ernährung) gab es überhaupt keine korrekte Antwort.

Die Frage nach der Rolle von Zucker und überhaupt der Ernährung für die Entstehung von ADHS scheint sehr wichtig zu sein. Obwohl wissenschaftliche Erkenntnisse widerlegen, dass es einen Zusammenhang gibt (Ohan et al. 2008, S.444), hält sich dieses Gerücht hartnäckig. Bereits 2004 hatte Bekle in ihrer Untersuchung festgestellt, dass es bei Lehrkräften und bei auf Lehramt Studierenden viele falsche Annahmen über die Ernährung im Zusammenhang mit ADHS gab (Bekle 2004). Es kann an dieser Stelle eine erste Hypothese formuliert werden:

Hypothese: Über die Bedeutung der Ernährung für die Entstehung von ADHS gibt es weit verbreitete Fehlannahmen bei Lehrkräften und bei Eltern.

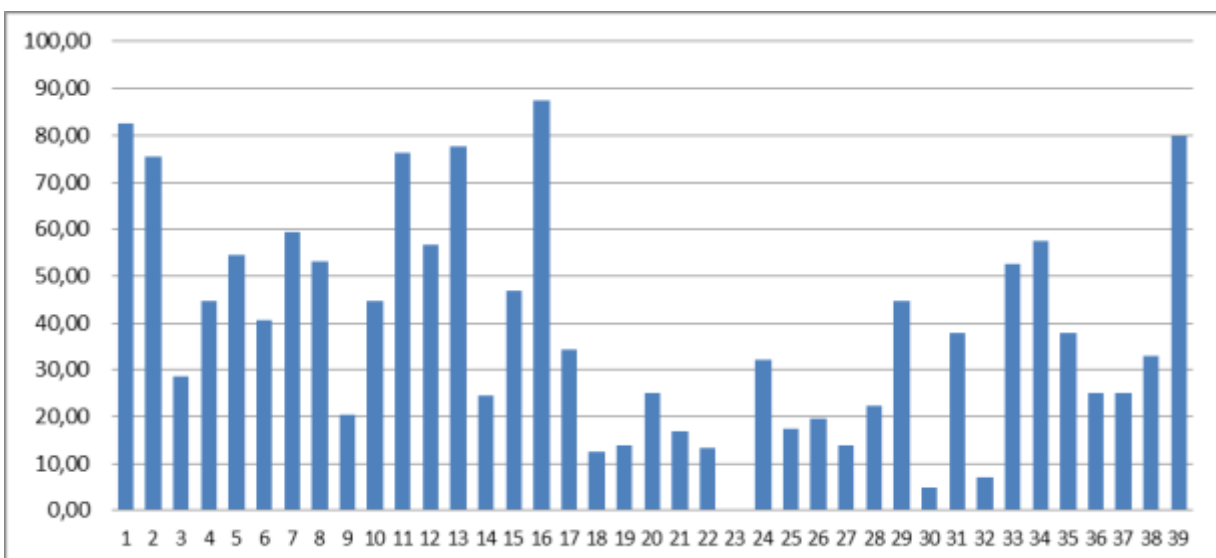


Abbildung 21: Korrekte Antworten pro Item, Lehrkräfte in Saudi-Arabien (in %)

Bei den Eltern in Saudi-Arabien (Abbildung 22) gab es ebenfalls viele korrekte Antworten bei den Items 1, 2, 11, 13, 16 und 39. Kaum korrekte Antworten sind auch hier wieder bei den Items 30 und 32 und wenige korrekte Antworten bei 21, 22 und 25 zu finden.

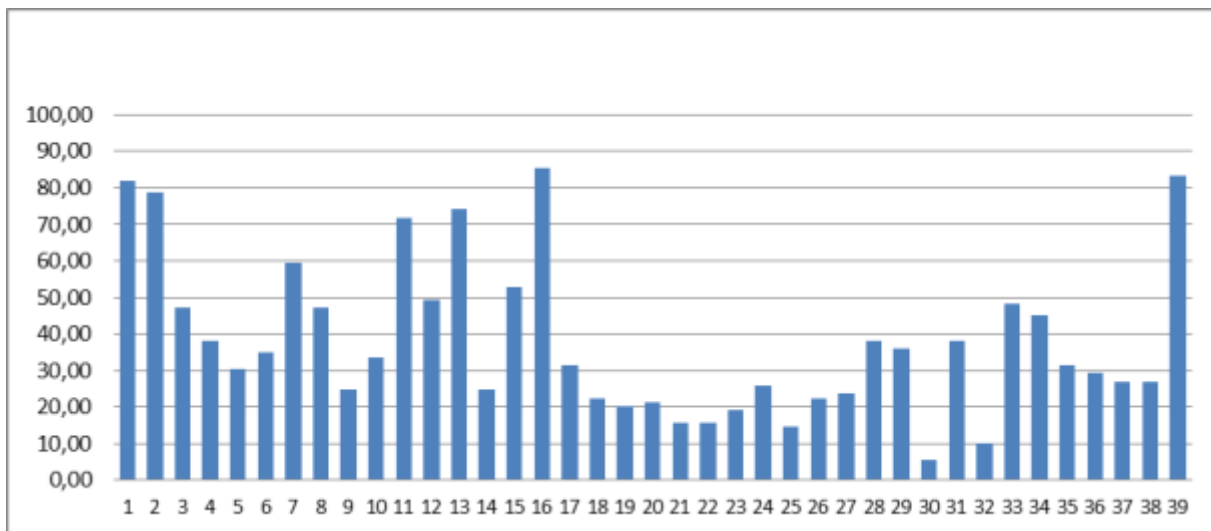


Abbildung 22: Korrekte Antworten pro Item, Eltern in Saudi-Arabien

Auch von den in Deutschland tätigen arabischen Lehrkräften (Abbildung 23) haben viele die Aussagen 1, 2, 11, 13, 16 und 39 korrekt eingeschätzt. Falsche Einschätzungen gibt es auch hier bei den Items 21, 22, 23, 25, 30 und 32.

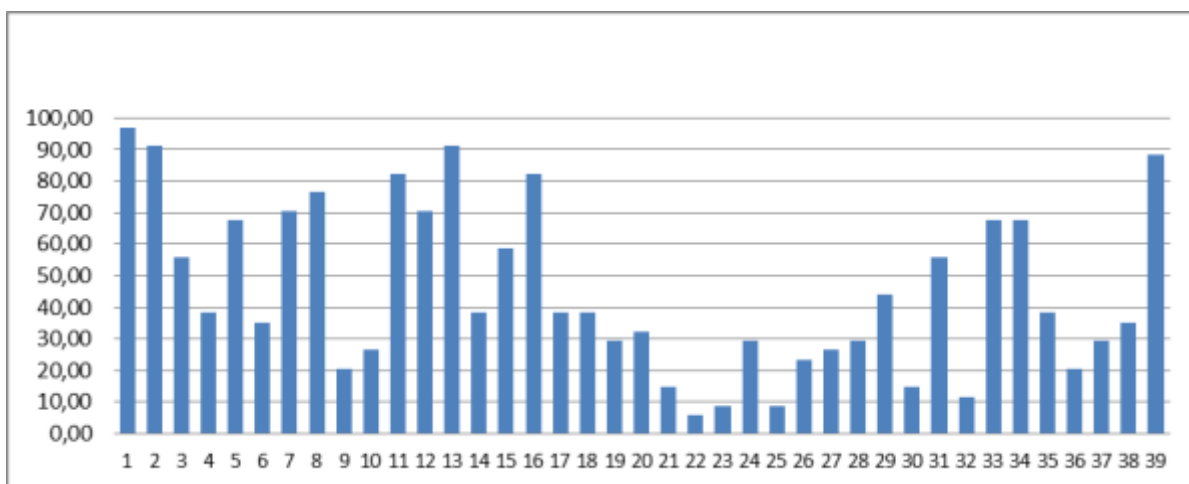


Abbildung 23: Korrekte Antworten pro Item, Lehrkräfte in Deutschland (in %)

Für Eltern in Deutschland (siehe Abbildung 24) gilt: Besonders viele korrekte Antworten gab es bei den Items 11, 13 und 16. Die Items, bei denen andere Gruppen sehr hohe Wert bei korrekten Angaben erzielt hatten, liegen auch hier im oberen Bereich, aber –

anders als bei den anderen drei Gruppen – bei unter 80 %. Items 11 und 13 betreffen die Leistungsfähigkeit und Merkmale von ADHS (Subskala Symptome/Diagnostik), bei 16 geht es um die Kooperation zwischen Schule und Familie (Subskala Behandlung/Ursache). Dass unter 10 % der Befragten korrekt geantwortet haben, ist nur bei Item 25 zu verzeichnen („Kinder mit ADHS gehorchen normalerweise eher ihren Vätern als ihren Müttern“, Subskala Allgemeines). Die Items 22, 23, 30 und 32 haben auch in dieser Gruppe nur zwischen 10 und 20 % der Befragten korrekt beantwortet (Subskalen Behandlung/Ursachen und Allgemeines).

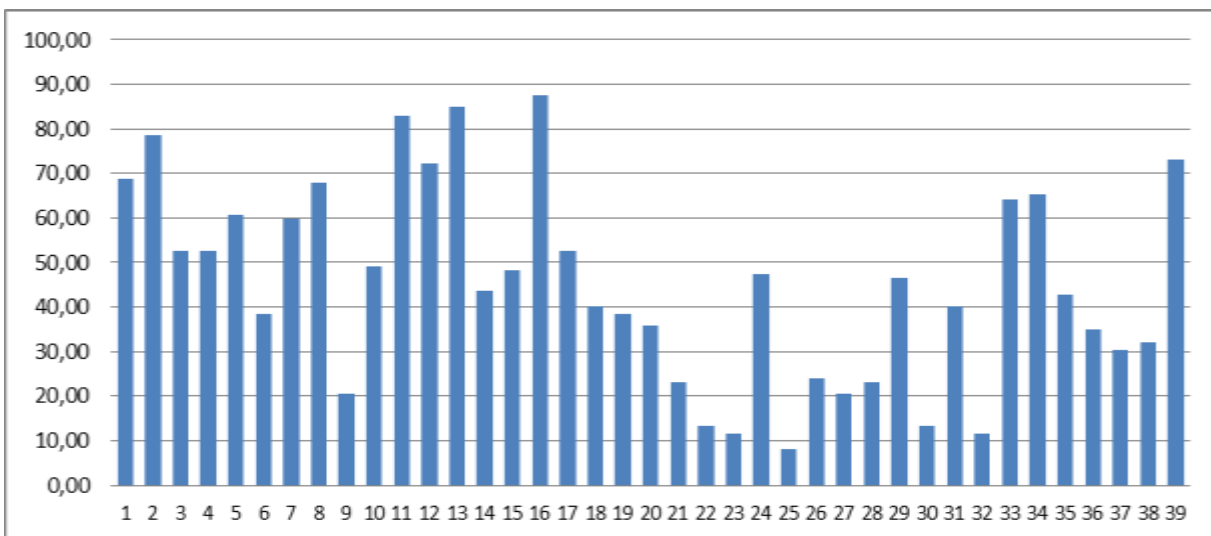


Abbildung 24: Korrekte Antworten pro Item, Eltern in Deutschland (in %)

Einige falsche Antworten betreffen die Aspekte zuckerhaltige Ernährung, Heilung durch Sport, psychischer Belastung der Mutter in der Schwangerschaft und ob betroffene Kinder eher auf ihren Vater hören. Das sind alles Erziehungsthemen, so dass daraus an dieser Stelle eine Hypothese formuliert werden soll:

Hypothese: Besonders wenig Wissen gibt es bei den Befragten in Bezug auf die Rolle der Erziehung/Verhaltensweisen in der Familie auf ADHS.

6.2.2 Befragtengruppen, Subskalen

Um vergleichen zu können, ob es eine Auswirkung auf das Wissen der Befragten hat, ob sie persönlichen Umgang mit einem an ADHS erkrankten Kind haben, wurden sie am Anfang danach gefragt. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten hat die Frage be-

jaht. Das weist darauf hin, dass mehr persönlich Betroffene an der Umfrage teilgenommen haben.

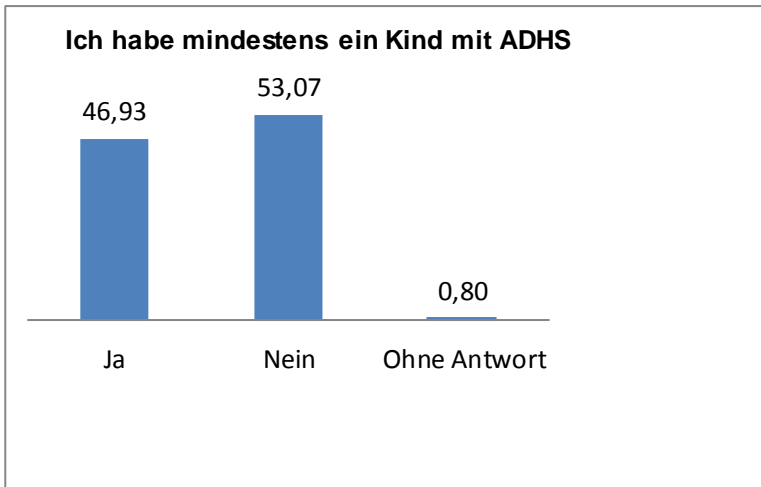


Abbildung 25: Lehrkräfte und Eltern mit einem ADHS-Kind im Unterricht oder in der Familie

Die Fragebögen beginnen mit einer Abfrage soziodemographischer Merkmale. Eltern und Lehrkräfte, die ein Kind mit ADHS in der Familie oder im Unterricht haben, wurden nach Geschlecht, nach der besuchten Schule und dem Alter der Kinder gefragt. Die nachfolgende Abbildung 26 zeigt die Verteilung, wobei hier nur die Fragebögen von Eltern und Lehrkräften berücksichtigt wurden. In der Abbildung ist sichtbar, dass es sich um etwas mehr Jungen als Mädchen handelte, was der allgemeinen Erkenntnis entspricht, dass mehr Jungen als Mädchen von ADHS betroffen sind.

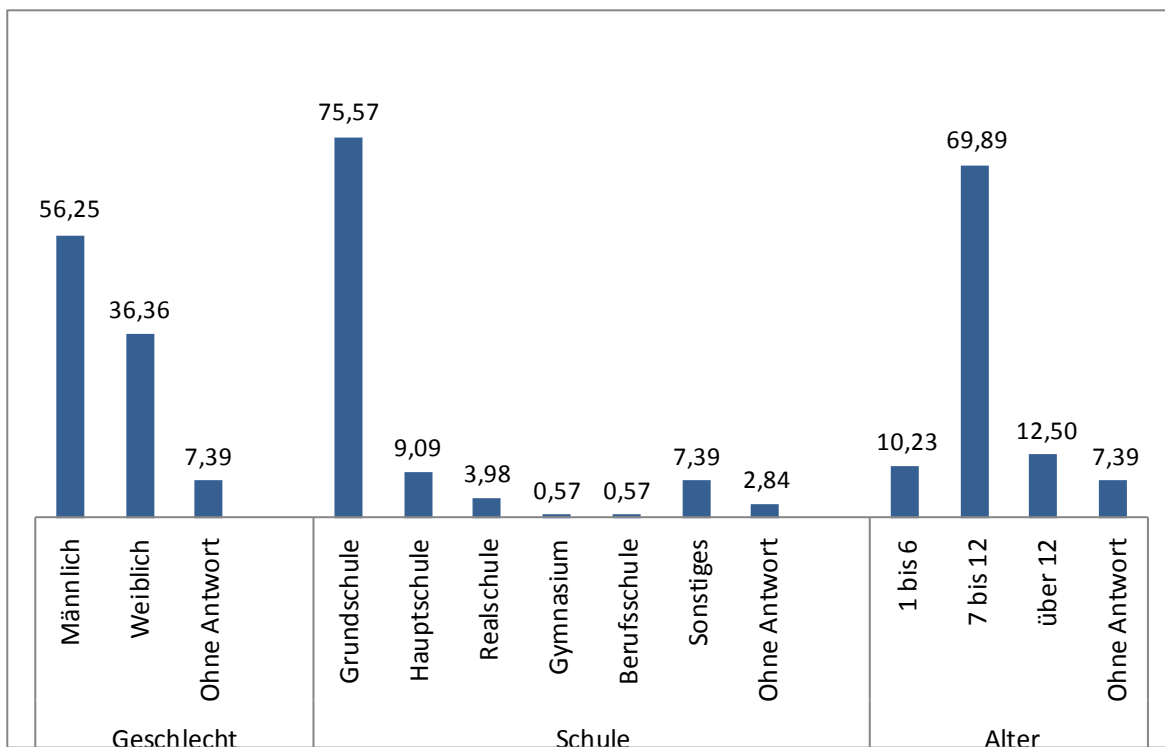


Abbildung 26: Eltern und Lehrer mit mindestens einem ADHS-Kind: Geschlecht, Schule und Alter des betroffenen Kindes

Die 39 Items des Fragebogens waren – in Anlehnung an KADDS (Sciutto/ Terjesen/ Bender Frank 2000) und weitere in der Forschung verwendete Fragebögen - drei Subskalen zugeordnet:

- Symptome und Diagnostik (14 Items),
- Behandlung und Ursachen von ADHS (12 Items),
- Allgemeines zu Wissen und Haltungen (13 Items).

Zu Symptomen und Diagnostik gehörten Items, die Aussagen über Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer machen, über Absichtlichkeit des Verhaltens, Ausprägung der Störung, Gewalttätigkeit der betroffenen Kinder oder Diagnosevoraussetzungen. In der Subskala Behandlung und Ursachen werden Aspekte abgefragt, die mit Erziehung, Medikamenten, biologischen Ursachen, Fernsehen und Computer oder Ernährung und Bewegung zu tun haben. In der dritten Subskala werden Punkte thematisiert, die allgemein das Wissen und die Einstellungen zu ADHS erfragen, wie Komorbiditäten, Krankheitswertigkeit, Fähigkeiten und Probleme Betroffener oder ADHS im Erwachsenenalter.

Die korrekten Antworten verteilten sich auf diese Subskalen wie folgt: Über alle Zielgruppen lagen die Befragten in 50,83 % der Fälle mit ihrer Einschätzung der Items zu Symptomen und Diagnostik korrekt. Die Aussagen zur Behandlung und zu Ursachen von ADHS bewerteten insgesamt 33,99 % aller Befragten mit der korrekten Antwort. Die Items zu allgemeinen Themen wurden von allen Teilnehmenden zu 36,47 % korrekt beantwortet. Insgesamt gibt es also zu Themen der Symptomatik und Diagnostik von ADHS das meiste Wissen. Auffällig ist jedoch, dass fast die Hälfte der Befragten auch bei diesen Fragen die falsche Antwort ausgewählt hat oder mit "weiß nicht" geantwortet hat. Über die richtige Behandlung und die Ursachen von ADHS gab es vergleichsweise besonders wenige korrekte Kenntnisse.

Dieses Ergebnis widerspricht teilweise dem, was West und andere 2005 feststellten: Lehrerinnen, Lehrer und Eltern wussten dort relativ gut über Ursachen von ADHS Bescheid. Über die Symptome hatten sie weniger Wissen. Allerdings wussten sie auch sehr wenig über Behandlungen (West et al. 2005). Ähnliches wie in der hier vorliegenden Untersuchung stellten Perold, Louw und Kleynhans fest (2010). Das insgesamt unbefriedigende Wissen von Grundschullehrkräften in Südafrika war besonders gering in Bezug auf Behandlungsmöglichkeiten. Symptome und Diagnosen waren etwas besser bekannt.

Abbildung 26 zeigt die korrekten Antworten als Übersicht. In Bezug auf die vier Befragtengruppen und innerhalb der Subskalen ergeben sich folgende Befunde bei den korrekten Antworten:

Gruppen

Die **an saudi-arabischen Schulen tätigen Lehrkräfte** kreuzten die Aussagen zu Symptomen und Diagnostik zu 49,40 % korrekt an. Bei den Items über die Behandlung und die Ursachen von ADHS lagen diese Lehrer bei 28,73 % richtig. Die allgemeinen Aussagen zum Themenbereich ADHS wurden von den Lehrern in Saudi-Arabien zu 35,66 % korrekt beantwortet. Die Lehrer kennen sich also mit dem Bereich Symptomatik und Diagnostik besser aus als mit den anderen Themen. Am wenigsten Informationen haben sie über Ursachen und Behandlungsaspekte.

Die **Eltern in Saudi-Arabien** wussten bei den Aussagen zu Symptomen und Diagnostik in 47,91 % der Fälle die korrekte Antwort. Bei den Aussagen über Behandlung und Ursachen von ADHS lagen die Eltern bei 31,65 % der Items richtig. Die allgemeinen Aussagen zu ADHS wurden von den Eltern in Saudi-Arabien zu 33,54 % korrekt beantwortet. Die Eltern sind zusammenfassend gesagt bei den Symptom- und Diagnostikfragen am besten informiert und bei denen zur Behandlung und zu den Ursachen am schlechtesten.

Die an arabisch-islamischen Schulen **in Deutschland unterrichtenden Lehrkräfte** beantworteten die Items über Symptome und Diagnostik zu 56,72 % korrekt. Die Aussagen zum Themenbereich Behandlung/Ursachen beantworteten die Lehrer in Deutschland zu 36,52 % korrekt. Die Items zu ADHS im Allgemeinen konnten sie zu 40,72 % korrekt einschätzen. Die Lehrer kennen sich also mit dem Bereich Symptomatik und Diagnostik besser aus als mit den anderen Themen. Am wenigsten Informationen haben die Befragten zur Behandlung und zu den Ursachen.

Arabische **Eltern in Deutschland** beantworteten 53,16 % der Items über Diagnose und Symptome von ADHS auf korrekte Weise. Die Items zur Behandlung und zu den Ursachen von ADHS wurden in 41,74 % der Fälle korrekt eingeschätzt. Die Aussagen zu ADHS im Allgemeinen beantworteten die Eltern in Deutschland zu 38,53 % korrekt. Die Eltern in Deutschland mit arabischer Herkunft haben – wie alle anderen Gruppen – beim Themenfeld Symptome und Diagnosen die meisten korrekten Einschätzung abgegeben. Die wenigsten Informationen haben sie zu allgemeinen Themen.

Abbildung 27 zeigt die beschriebenen Verteilungen der korrekten Antworten nach Subskalen als Diagramm in einer Übersicht.

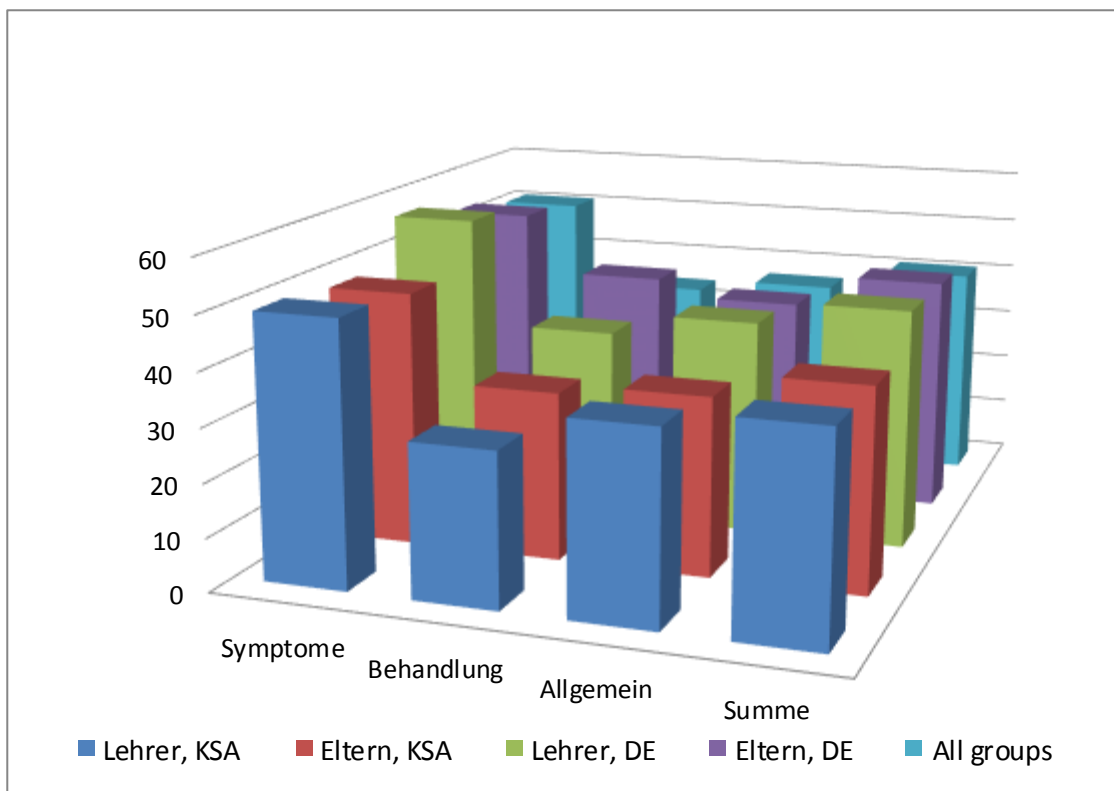


Abbildung 27: Verteilung der korrekten Antworten innerhalb der Befragtengruppen nach Subskala

Subskalen

Im Vergleich der drei Subskalen zeigt sich, dass die meisten korrekten Antworten in der Subskala **Symptome und Diagnostik** gegeben wurden. Innerhalb dieser waren es die Lehrer in Deutschland, die den höchsten Prozentsatz an korrekten Einschätzungen hatten (56,72 %). Diese Gruppe weicht damit um etwa 6 Prozentpunkte vom Durchschnitt aller vier Gruppen ab, der ungefähr bei 50 % liegt. Den niedrigsten hatten mit 47,91 % die Eltern in Saudi-Arabien. Hier liegt der Wert etwa um 2 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt.

Innerhalb der Subskala **Behandlung**, zu der auch Ursachen gehören, wurden die meisten korrekten Antworten von den Eltern in Deutschland gegeben mit 41,74 %. Die wenigsten korrekten Einschätzungen gab es bei den Lehrern in Saudi-Arabien (28,73 %). Der Durchschnitt aller vier Gruppen betrug hier 33,99 %.

Die meisten korrekten Antworten in der Subskala **Allgemein** gab es bei den Lehrern in Deutschland, die mit 40,72 % den höchsten Prozentsatz an korrekten Antworten hatten. Damit liegen sie ungefähr 4 Prozentpunkte über dem Durchschnitt, während die Gruppe

mit der niedrigsten Quote an korrekten Antworten, die Eltern in Saudi-Arabien (33,54 %), etwa 3 Punkte darunter liegt.

Eine weitere Hypothese lässt sich daher aus den oben beschriebenen Befunden ableiten:

Hypothese: Befragte Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien und auch arabische Lehrkräfte und Eltern in Deutschland haben mehr Wissen über Symptome und Diagnostik von ADHS als über Behandlung und Ursachen sowie über allgemeine Aspekte von ADHS.

6.3 Items: Ergebnisse und Interpretationen zu den einzelnen Aussagen des Fragebogens

Die Eltern und Lehrer sollten bei jedem Item entscheiden, ob die Aussage richtig oder falsch ist. Wenn sie es nicht wussten, antworteten sie mit „weiß nicht“. Erst nach dem Antworten konnten sie sich die Kommentare ansehen. Die Kommentare waren bewusst nicht immer aus wissenschaftlichen Büchern, sondern auch von Internetseiten. Diese sind häufig für Laien besser verständlich und die Links können auch als Informationsquellen bei weiteren Fragen genutzt werden.

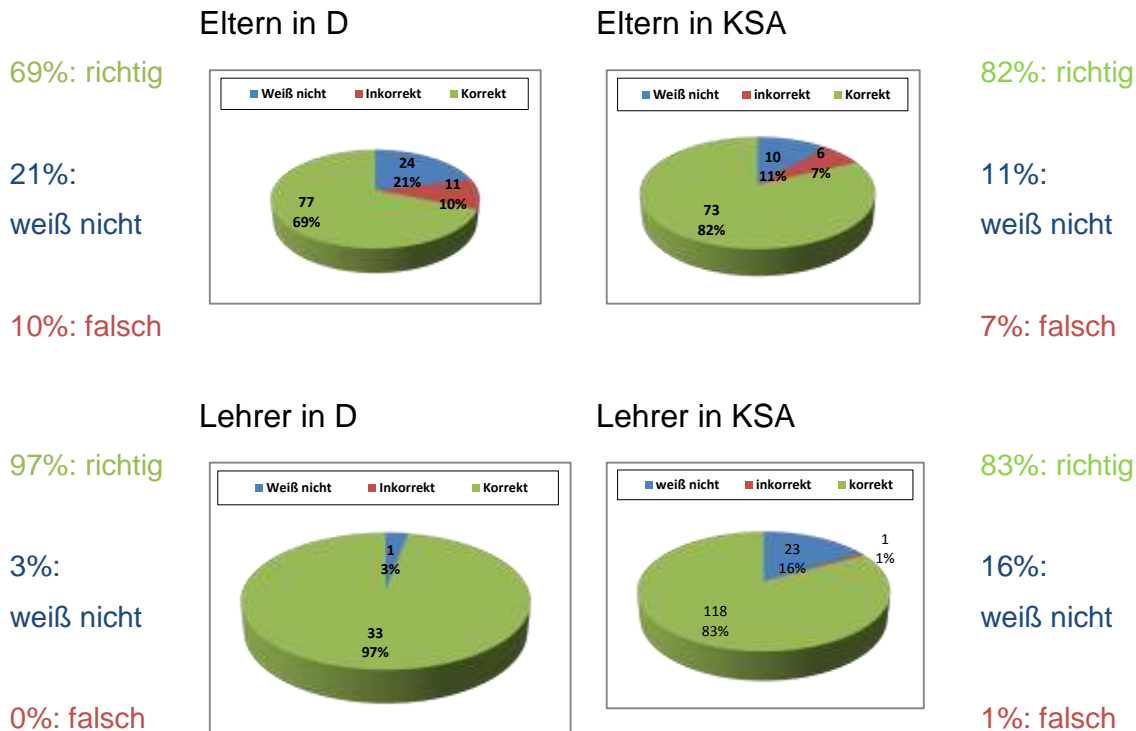
Item 1:

Kinder mit ADHS verhalten sich ausdauernder, wenn sie interessanten, spannenden Aktivitäten nachgehen.

Kommentar:

Es ist richtig, dass Kinder mit ADHS unkonzentriert sind bei Routineaufgaben. Aber sie können Dinge gut, die sie interessieren. So kommen sie in einen Teufelskreis: Sie bringen bei diesen Themen große Leistungen. Viele Lehrer glauben dann, dass das Kind kann, wenn es nur will. (vgl. BZgA 2014, S. 9).

Befunde:



Interpretation:

In allen vier Gruppen (Eltern in Deutschland, Eltern in Saudi-Arabien, Lehrer in Deutschland, Lehrer in Saudi-Arabien) wusste die Mehrheit der Befragten, dass die Aussage korrekt ist, dass sich ADHS-Kinder bei interessanten Aufgaben besser konzentrieren können. Niemand unter den Lehrern in Deutschland und sonst nur zwischen 1 und 10 % glaubte, dass die Aussage falsch sei. Hier waren es eher die Eltern, die dies meinten. Etwas mehr Eltern in Deutschland als in Saudi-Arabien hielten diese Aussage für falsch. Von den in Deutschland arbeitenden Lehrern glaubte keiner, dass sie falsch wäre. Auch waren unter den Lehrern in Deutschland nur 3 % unsicher. Bei den in Saudi-Arabien lebenden Lehrern war nur 1 % der Meinung, die Aussage sei falsch. Jedoch gaben 16 % an, sich nicht sicher zu sein. Dies deutet darauf hin, dass einige sich zumindest vorstellen konnten, dass besonders Kinder mit ADHS interessante Aufgaben brauchen, obwohl dies kein Alltagswissen ist, das sich direkt aus der Beobachtung ergibt. Unter den Lehrern in Deutschland waren nur 3 % unsicher.

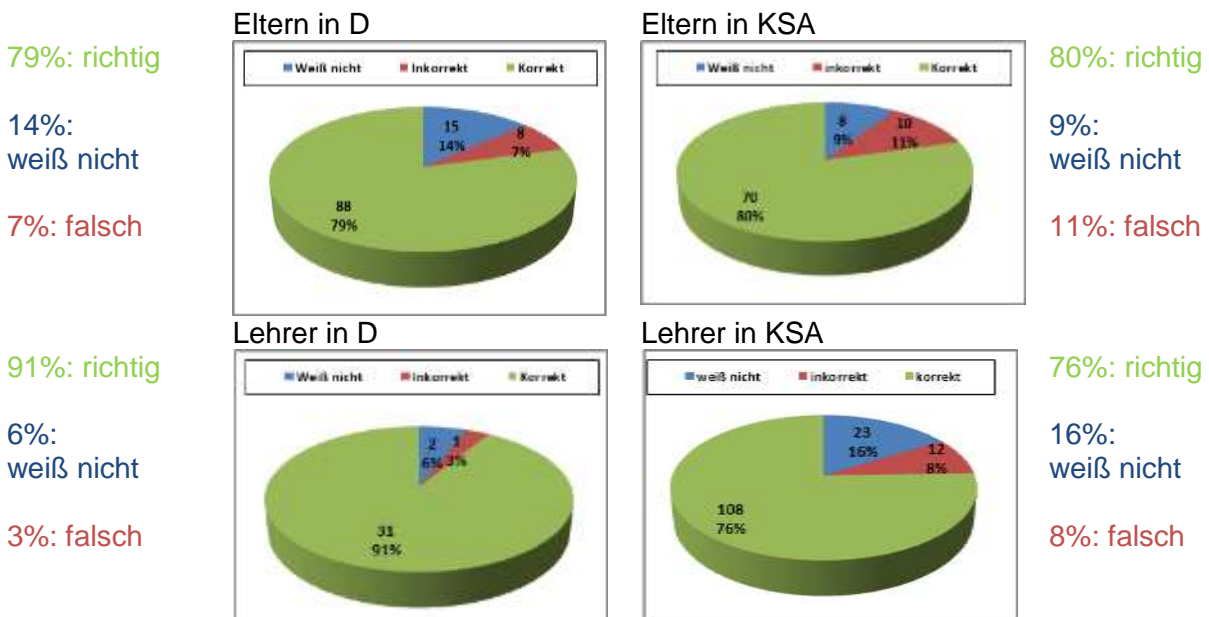
Item 2:

Kindern mit ADHS fällt es schwer, eine Tätigkeit über eine lange Zeitdauer hinweg auszuführen. Sie bevorzugen eher kurze Tätigkeiten.

Kommentar:

Es ist wahr, dass sich ADHS-Kinder mit ausgeprägter Hyperaktivität häufig nicht lange alleine beschäftigen können. Viele von ihnen sind „zappelig“ und spielen wenig ausdauernd. Kaum haben sie mit einem Spiel begonnen, wechseln sie zum nächsten. Dabei klagen sie oft über Langeweile. ADHS-Kinder sind beim Spielen oft sehr ausgelassen, teils ungeschickt und denken nicht an Gefahren (Selbsthilfegruppe Wunderkind 2015).

Befunde:



Interpretation:

91 % der Lehrer in Deutschland hielten die Aussage für richtig, dass Kinder mit ADHS kurze Tätigkeiten lieber machen. Damit hatten sie das beste Wissen. Es gibt jedoch keine sehr großen Unterschiede zwischen den Gruppen. Auffällig ist, dass die Lehrer in Saudi-Arabien nur zu 76 % glaubten, dass dieses Statement richtig sei. Aber viele von ihnen waren sich nicht sicher (16 %). Bei den Lehrkräften in Saudi-Arabien ist das Ergebnis sehr ähnlich wie bei den Eltern in Deutschland: 79 bzw. 76 % hatten korrektes Wissen, 14 bzw. 16 % wussten es nicht und 7 bzw. 8 % glaubten, es sei falsch, dass ADHS-Kinder eher kurze Tätigkeiten mögen.

Item 3:
ADHS ist eine Folge falscher Erziehung.

Kommentar:

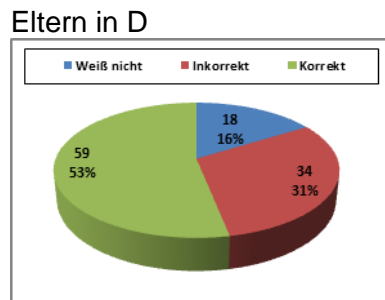
Diese Aussage ist so nicht richtig. Probleme in der Familie, zum Beispiel viele Konflikte, Stress oder ein niedriger sozioökonomischer Status, können auch Gründe dafür sein, dass ein Kind an ADHS leidet. Diese Probleme sind, wie auch die Erziehung, nicht alleinige Ursachen für ADHS, können aber ungünstige zusätzliche Ursachen sein (vgl. Davison et al. 1998, S. 495).

Befunde:

53%: richtig

16%:
weiß nicht

31%: falsch



Eltern in KSA



48%: richtig

26%:
weiß nicht

26%: falsch

56%: richtig

21%:
weiß nicht

23%: falsch



Lehrer in KSA



29%: richtig

42%:
weiß nicht

29%: falsch

Interpretation:

Bei dieser Aussage gibt es sehr unterschiedliche Ergebnisse in unserer Befragung. Die Aussage ist nicht korrekt. Zwischen 29 und 56 % der Befragten wussten das. Damit ist der Unterschied zwischen der Gruppe, die am besten informiert ist (Lehrer in Deutschland mit 56 %), und der, die am wenigsten Informationen hat (Lehrer in Saudi-Arabien mit 29 %), bei diesem Item relativ groß. Bei den Lehrern in Saudi-Arabien gab es mit 42 % „weiß nicht“-Antworten auch vergleichsweise viele Personen, die sich unsicher waren, so dass dort insgesamt 71 % dieses Item nicht korrekt beantworteten. Falsch eingeschätzt hat diese Frage überall etwa ein Viertel bis ein Drittel der Befragten, das heißt sie denken, ADHS ist eine Folge falscher Erziehung. Denkbar ist, dass hier unterschiedliche Erziehungsverhalten und Werte eine Rolle spielen, da in Saudi-Arabien eher auf angemessenes Verhalten geachtet wird, während in Deutschland eher die Befindlichkeit des einzelnen Kindes beobachtet wird. Angesichts ganz unterschiedlicher Familiengrößen und den höheren Kinderzahlen in saudi-arabischen Familien sind solche Erziehungswerte dort sinnvoll.

Item 4:

ADHS ist kein absichtliches Verhalten (das Kind will sich eigentlich nicht so verhalten).

Kommentar:

Richtig, das Kind mit ADHS zeigt nicht absichtlich dieses Verhalten, um andere zu ärgern oder zu provozieren. Im Gegenteil: betroffenen Kindern hilft es, wenn sie in der Familie und in der Schule nicht die Schuld an ihrem Verhalten bekommen oder sie sogar dafür bestraft werden. Die Aussage „ADHS ist kein absichtliches Verhalten“ ist also richtig (vgl. Davison et al. 1998, S. 493ff.).

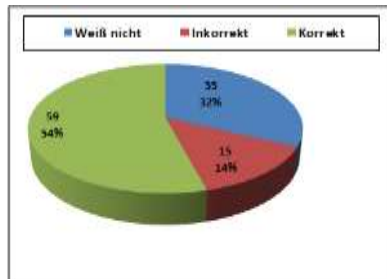
Befunde:

54%: richtig

32%:
weiß nicht

14%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



38%: richtig

41%:
weiß nicht

21%: falsch

41%: richtig

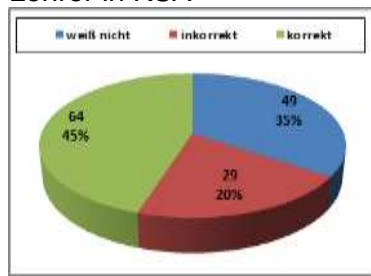
25%:
weiß nicht

34%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



45%: richtig

35%:
weiß nicht

20%: falsch

Interpretation:

Ein Teil der Befragten wusste, dass ADHS-Verhalten nicht absichtlich ist, besonders die Eltern in Deutschland (54 %). Es ist jedoch bedenklich, dass noch deutlich mehr Eltern und Lehrer sich vorstellen können, dass die Kinder sie und andere Menschen „ärgern“ wollen. Bei den Eltern in Saudi-Arabien (insgesamt 62 %) und bei den Lehrern in Saudi-Arabien (insgesamt 55 %) und in Deutschland (insgesamt 59 %) waren es jeweils deutlich mehr als die Hälfte, die entweder „weiß nicht“ oder „falsch“ angegeben haben.

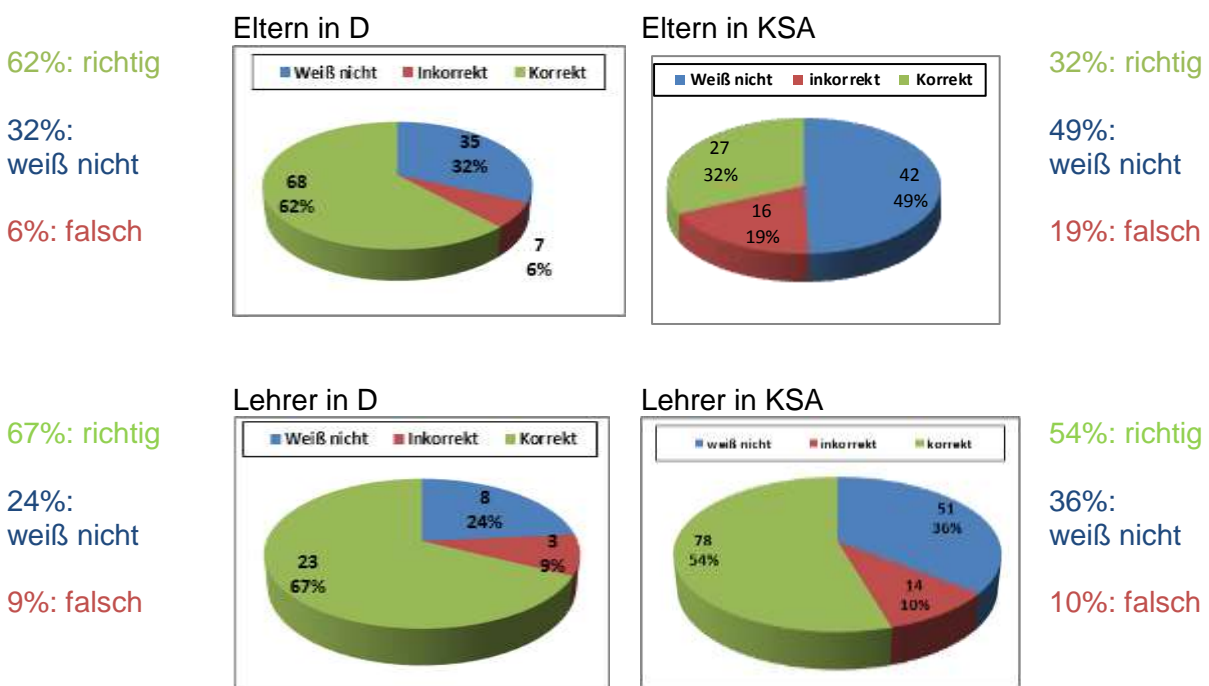
Item 5:

Die meisten Kinder mit ADHS leiden an weiteren Störungen, die von ADHS verursacht werden.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig. Zum Beispiel ist ADHS von Verhaltensstörungen schwer abzugrenzen und gelegentlich treten beide zusammen auf. Auch Aggressivität kann eine Komorbidität zu ADHS sein. Soziale Störungen sind ein weiteres Problem, das ADHS oft mit sich bringt, da das Verhalten der Kinder oft falsch verstanden wird (vgl. Davison et al. 1998, S. 494f.). Auch die Lese-Rechtschreibstörung wird als Begleiterscheinung genannt. (vgl. Möller et al. 2001, S. 418.) Psychosomatische Störungen, emotionale Labilität und vermindertes Selbstwertgefühl haben ebenfalls ihre Ursache oft in der ADHS (vgl. Möller et al., 2001. S. 433.)

Befunde:



Interpretation:

Bei dieser Aussage weicht die Antwortenverteilung der Eltern in Saudi-Arabien deutlich von dem der anderen drei Gruppen ab: Bei Eltern in Deutschland und den beiden Lehrer-Gruppen wurde diese Aussage mehrheitlich als korrekt erkannt. Jeweils maximal 10 % hielten die Aussage für falsch und etwa ein Viertel bis ein Drittel der Befragten wusste es nicht. Aber die Eltern in Saudi-Arabien antworteten nur zu 32 % korrekt, zu 19 % nicht korrekt. Ein sehr großer Anteil von fast der Hälfte (49 %) antwortete mit „weiß nicht“. Die Lehrer in Deutschland sind hier am besten informiert. Danach kommen die in Deutschland lebenden arabischen Eltern.

Item 6:

ADHS ist eine der häufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

Kommentar:

Tatsächlich ist ADHS eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Man nimmt an, dass weltweit etwa 5 % aller Kinder und Jugendlichen unter den damit verbundenen krankhaften Störungen der Aufmerksamkeit und an motorischer Unruhe leiden (vgl. Schmiedeler 2013, S. 143).

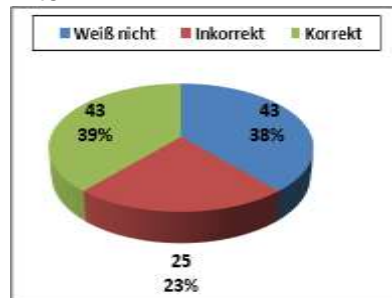
Befunde:

39%: richtig

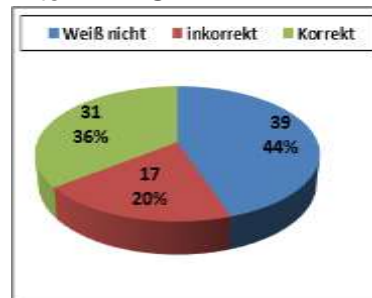
38%:
weiß nicht

23%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



36%: richtig

44%:
weiß nicht

20%: falsch

35%: richtig

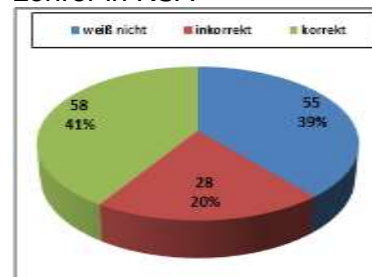
36%:
weiß nicht

29%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



41%: richtig

39%:
weiß nicht

20%: falsch

Interpretation:

Die Antwortenverteilung ist bei dieser Aussage in allen vier Gruppen sehr ähnlich: Etwa gleich wenig Befragte wussten hier die Antwort. Sehr viele Teilnehmende wussten nicht, dass ADHS eine der häufigsten Störungen ist. Insgesamt gibt es hier überall recht niedrige Wissensstände. Mit nur 41 % korrekten Antworten haben die saudi-arabischen Lehrer die meisten korrekten Antworten im Vergleich der vier Gruppen. Dennoch wussten auch hier insgesamt 59 % die korrekte Antwort nicht (39 % „weiß nicht, 20 % haben sie nicht korrekt beantwortet). Auch bei den anderen Gruppen ist es immer über die Hälfte der Befragten, die nicht wissen, wie weit verbreitet ADHS wirklich ist. Überhaupt ist festzuhalten, dass psychische Störungen bei Kindern oft nicht wahrgenommen oder erkannt werden, obwohl internationale Studien gezeigt haben, dass „nach dem derzeitigen Forschungsstand (...) von Sechs-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Höhe von ca. 18%“ auszugehen ist (Ihle/ Esser 2007, S. 13).

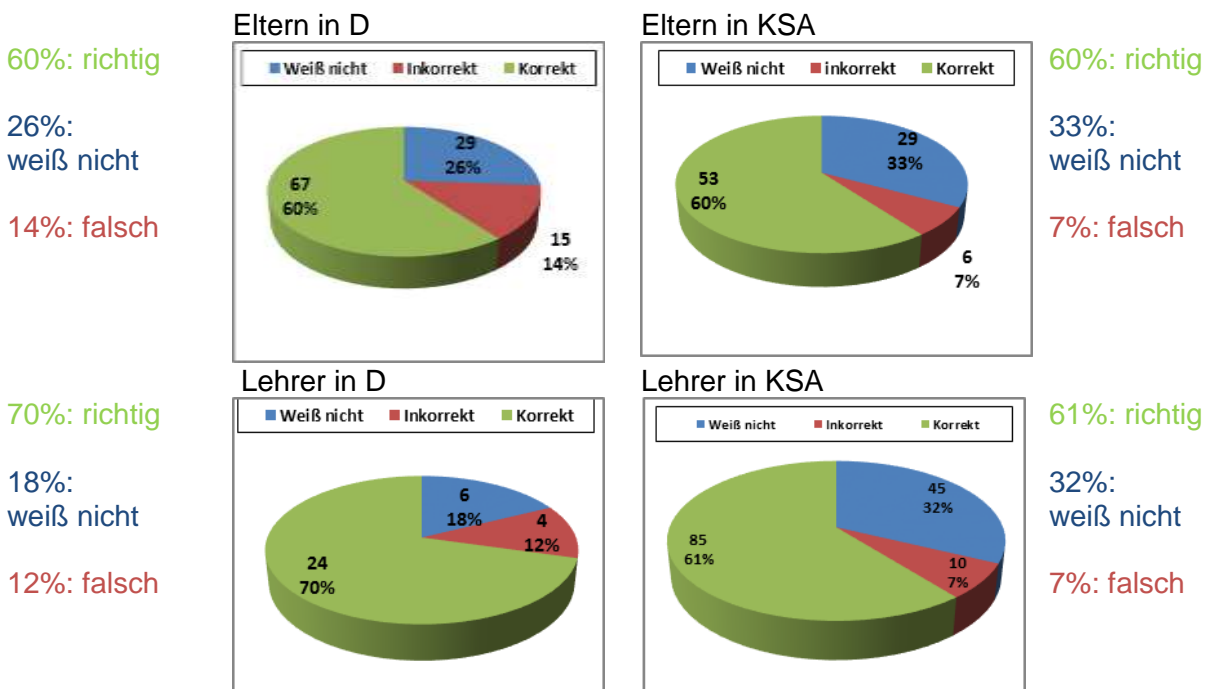
Item 7:

ADHS kann entweder leicht oder stark ausgeprägt sein.

Kommentar:

Es ist wahr, dass die Schwierigkeiten unterschiedlich stark können. Bei manchen Kindern gibt es zum Beispiel in der Schule große Probleme. Viele Kinder mit ADHS können aber einen normalen Alltag führen (vgl. Möller et al. 2001, S. 62.). Auch im Verlauf sind Unterschiede nachweisbar. Während sich die Symptomatik bei einem Teil der Betroffenen im Jugendalter zurückbildet, bleibt sie bei einem anderen Teil bestehen und kann sich auch zu anderen psychischen Erkrankungen entwickeln (vgl. Möller et al. 2001, S. 434).

Befunde:



Interpretation:

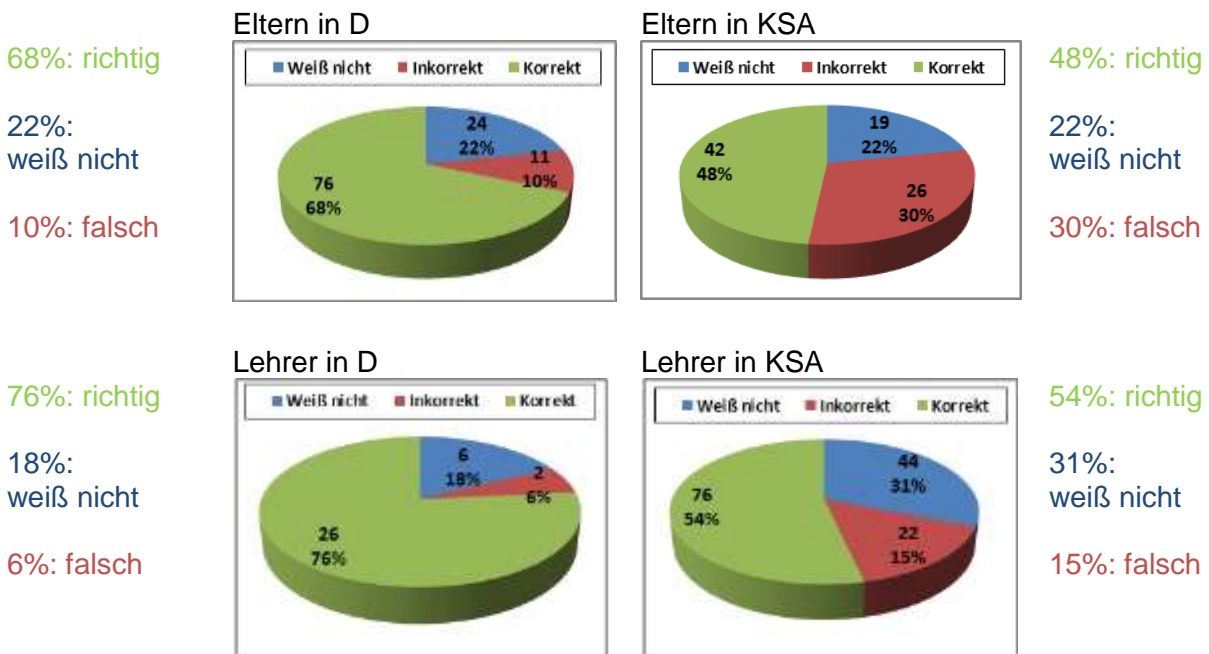
Insgesamt ist der Befund hier deutlich: Die Mehrheit der Eltern und Lehrer in beiden Ländern wusste, dass ADHS unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Bei den Eltern waren es jeweils 60 %, bei den Lehrern in Saudi-Arabien 61 % und bei den Lehrern in Deutschland 70 %. Damit ist diese letzte Gruppe besonders gut informiert. Unter den jeweils verbleibenden 30 bis 40 % ist die Verteilung zwischen nicht korrekter Antwort und „weiß nicht“ so, dass es in allen vier Bereichen mehr unsichere Befragte gibt. Betrachtet man nur die nicht korrekten Antworten, so sind die Eltern und die Lehrer in Saudi-Arabien mit jeweils 7 % die kleinsten Gruppen. Dagegen gingen von den befragten Eltern und Lehrern in Deutschland 12 bzw. 14 % davon aus, dass ADHS nicht unterschiedlich intensiv sein kann. Damit fehlt einem relativ großen Anteil der Befragten ein wichtiges Wissen, das den Umgang mit betroffenen Kindern beeinflussen kann, nämlich dass ADHS-Kinder sehr unterschiedlich betroffen sein können.

Item 8:
ADHS ist nur eine „Modeerscheinung“.

Kommentar:

ADHS ist keine „Modeerscheinung“ und nicht mal eine moderne Zivilisationskrankheit. Darauf weist die Geschichte vom Zappelphilipp hin, die bereits 1848 veröffentlicht wurde (Hoffmann 2007). Es wird zwar davor gewarnt, die Diagnose zu voreilig zu stellen, da nicht bei jedem auffallend ungestümen Kind eine Störung vorliegt (vgl. Davison et al. 1998, S. 494). Doch die großen Klassifikationsmanuale ICD-10 und DSM-V sehen ADHS als eine kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung mit klar festgelegten Symptomen und Diagnosevorgaben (vgl. Falkai/ Wittchen 2015, S. 633 f. und DIMDI 2014, ADHS unter F90-98).

Befunde:



Interpretation:

Fast die Hälfte der Lehrer und Eltern in Saudi-Arabien glaubt, dass ADHS keine Krankheit ist. Dies unterstreicht den Mangel an grundlegenden Informationen in Saudi-Arabien, vor allem in dieser Hinsicht. Von den Eltern in Saudi-Arabien wussten nur 48 %, dass ADHS keine Modeerscheinung ist. Von den Eltern in Deutschland wussten es 68 %. Bei den Lehrern in Saudi-Arabien war es etwas mehr als die Hälfte (54 %), bei den Lehrern in Deutschland über drei Viertel (76 %). Den besten Wissensstand hatten die Lehrer in Deutschland auch deshalb, weil nur 6 % nicht korrekt geantwortet haben.

Item 9:

Es gibt wirksame Medikamente und Therapien zur Behandlung von ADHS.

Kommentar:

Es ist richtig, dass es sowohl Medikamente als auch andere Therapien gibt, mit denen ADHS wirksam behandelt werden kann. Studien haben gezeigt, dass Medikamente oft hilfreich sind, dass aber die Erwartungen, die in der Schule gestellt werden, von vielen Kindern trotzdem nicht erfüllt werden können. Das Einüben von Lernprinzipien, Verhaltenstherapien und eine gute Unterstützung der Familie sind häufig hilfreich. Bei manchen Kindern sind Medikamente in Kombination mit anderen Therapien sinnvoll, bei manchen Kindern reichen nicht-medikamentöse Hilfen (vgl. Davison et al. 1998, S. 498f.).

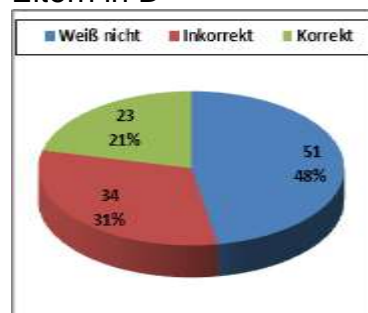
Befunde:

21%: richtig

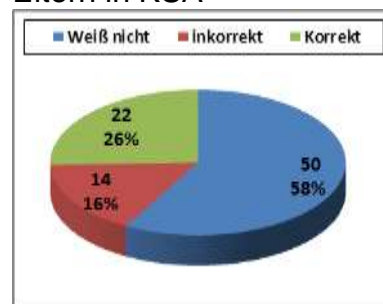
48%:
weiß nicht

31%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



26%: richtig

58%:
weiß nicht

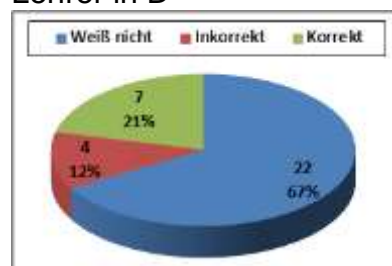
16%: falsch

21%: richtig

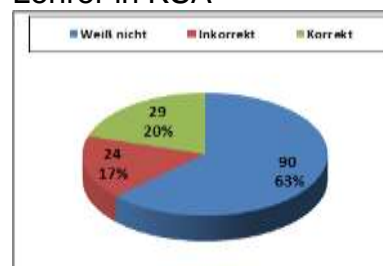
67%:
weiß nicht

12%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



20%: richtig

63%:
weiß nicht

17%: falsch

Interpretation:

Der Anteil der Befragten, die die Aussage korrekt einschätzten, ist in allen vier Gruppen ähnlich gering und liegt zwischen 20 und 26 %. Die Befunde zeigen bei allen Gruppen viel Ratlosigkeit: 79 % der Eltern und der Lehrer in Deutschland und 80 % der Lehrer in Saudi-Arabien wussten nicht, ob diese Aussage richtig oder falsch ist. Möglicherweise liegt dies auch an dem Wort „wirksam“. Denn es gibt bisher wenige Kinder, die von ADHS geheilt wurden. Gemeint ist der Begriff „wirksam“ so, dass es Therapien gibt, mit denen ein Kind und sein Umfeld gut mit ADHS gut leben können. Auffallend viele Eltern in Deutschland haben die Aussage falsch beantwortet. 31 % glaubten nicht an wirksame Behandlungen. Dieser Befund weist nicht nur auf mangelndes Wissen hin, sondern lässt sich auch so interpretieren, dass Eltern vielleicht auch die Erfahrung gemacht haben und außerdem die Erwartung haben, dass Medikamente und Therapien nicht wirken oder dass viel Zeit vergeht, bis erste Erfolge zu sehen sind.

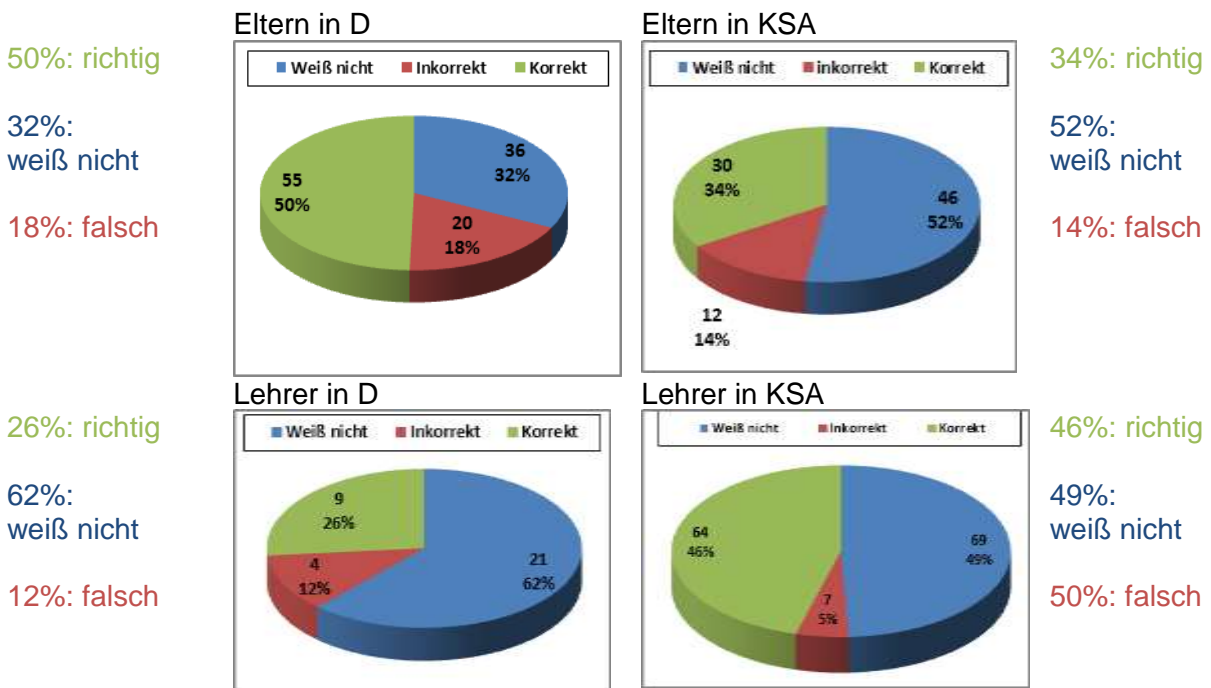
Item 10:

ADHS ist die Folge einer Störung des Nervensystems.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig. Bei ADHS kommen verschiedene Faktoren zusammen, unter anderem besteht häufig eine Störung des Nervensystems. Bildgebende Verfahren haben Auffälligkeiten in einzelnen Abschnitten des Gehirns gezeigt, die zu den ADHS-Symptomen passen (vgl. Petermann/ Toussaint 2009, S. 83).

Befunde:



Interpretation:

Die Antwortenverteilung ist hier unterschiedlich. Eltern in Deutschland haben zur Hälfte die Aussage als richtig erkannt, Eltern in Saudi-Arabien zu einem Drittel, Lehrer in Deutschland auch zu einem Drittel und Lehrer in Saudi-Arabien wiederum zu ungefähr der Hälfte. Auffällig ist, dass insgesamt große Unsicherheit zu dieser Aussage besteht. Mit Ausnahme der Eltern in Deutschland, von denen „nur“ etwa ein Drittel „weiß nicht“ angegeben haben, sind bei allen anderen Befragten sehr viele dabei, die nicht wussten, ob ADHS eine Nervenstörung ist: 62 % der Lehrer in Deutschland waren sich unsicher und etwa die Hälfte der Eltern und der Lehrer in Saudi-Arabien. Bei den Lehrern in Saudi-Arabien fällt auf, dass es nur 5 % falsche Antworten gab, so dass fast die ganze zweite Hälfte der Befragten korrekt geantwortet hat. Bei dieser Frage gab es also insgesamt recht viele Personen, die richtig informiert waren, und viele, die sich unsicher waren.

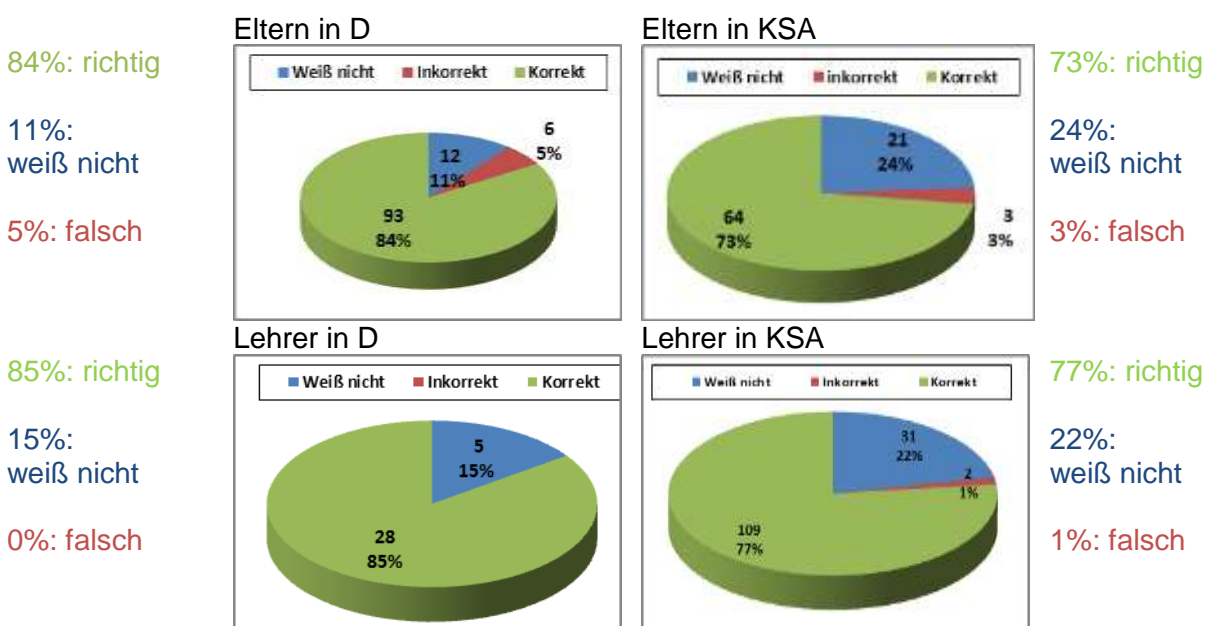
Item 11:

ADHS hat viele Symptome (Merkmale), die bei jedem Betroffenen etwas anders aussehen können.

Kommentar:

Es ist richtig, dass es ADHS in verschiedenen Formen und Abstufungen gibt. Bei jedem Betroffenen kann die Störung anders sein (vgl. BZgA 2014, S. 6 ff.) Die Begleiterscheinungen sind auch immer verschieden. Zudem verändern sie sich mit dem Alter. Im Kindergarten ergeben sich andere Probleme als in der Schule oder im Jugendalter. Auch gibt es Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Es gibt Kinder, die hyperaktiv sind, und andere, die unaufmerksam sind; und dann gibt es auch noch viele Kinder, die beides haben, also das Hyperaktivitäts-Aufmerksamkeitsstörungsdefizit (familie.de 2015).

Befunde:



Interpretation:

Bei diesem Item gibt es große Ähnlichkeiten in der Antwortenverteilung in den vier Gruppen. Ganz besonders deutlich fällt auf, dass eine große Mehrheit der Befragten diese Aussage als richtig erkannt hat. Die korrekte Antwort gaben 73 bis 84 % der Befragten. Kaum jemand hielt die Aussage für falsch, einige wussten allerdings die Antwort nicht. Bei den Lehrern in Deutschland antworteten 85 % korrekt, keine Person beantwortete die Aussage nicht korrekt. Bei den Lehrern in Saudi-Arabien gab es 1 % nicht korrekte Antworten, bei den Eltern in Saudi-Arabien 3 % und bei den Eltern in Deutschland 5 %. Es gibt i

n allen Gruppen einige „weiß nicht“-Antworten. Diese bewegen sich zwischen 11 und 22 %. In Item 7 wurde bereits die Behauptung aufgestellt, dass ADHS leicht oder stark ausgeprägt sein kann. In Übereinstimmung mit den Befunden zu Item 11 war auch dort die Mehrheit der Befragten richtig informiert.

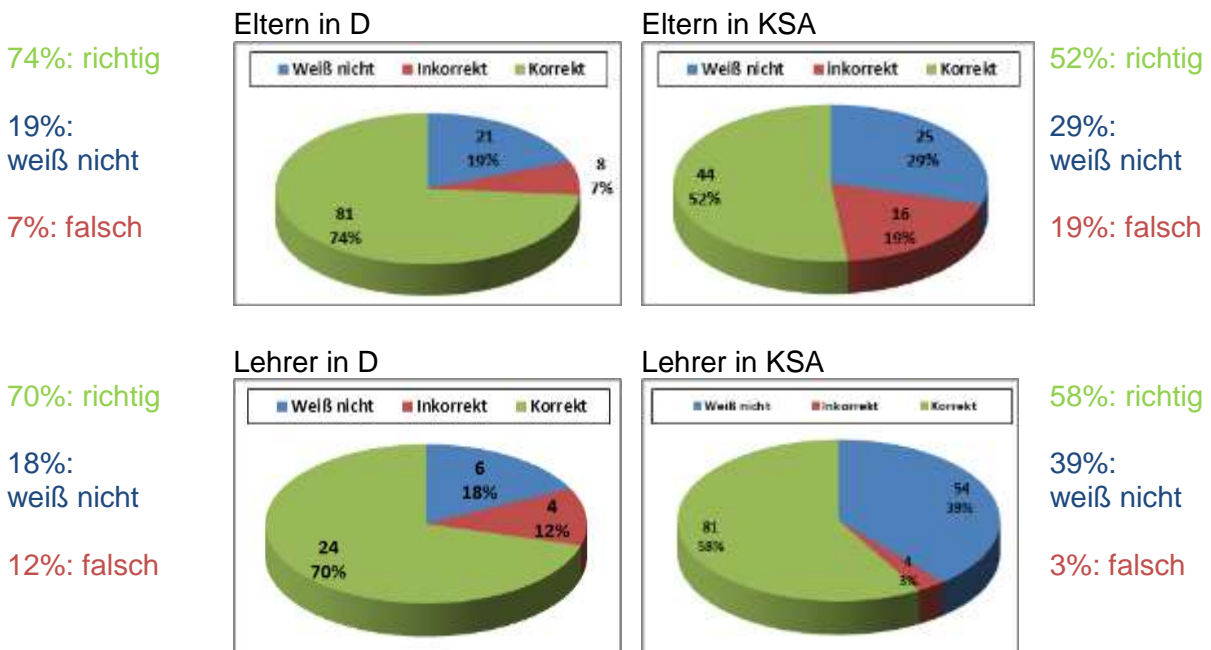
Item 12:

ADHS verschlechtert sich bei unzureichender Behandlung des betroffenen Kindes.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig. Wenn ADHS nicht erkannt wird und nicht richtig behandelt wird, erschwert dies zum einen den Alltag des Kindes und seiner Familie. Zum anderen ist es wichtig, früh mit der richtigen Behandlung zu beginnen, weil sonst die Krankheit stärker werden kann. Es kann außerdem zu Folgeschäden und Komorbiditäten kommen, zum Beispiel zu psychischen Krankheiten wie Sucht, Essstörung, Depression oder Zwangsstörung (BZgA 2014, S. 16).

Befunde:



Interpretation:

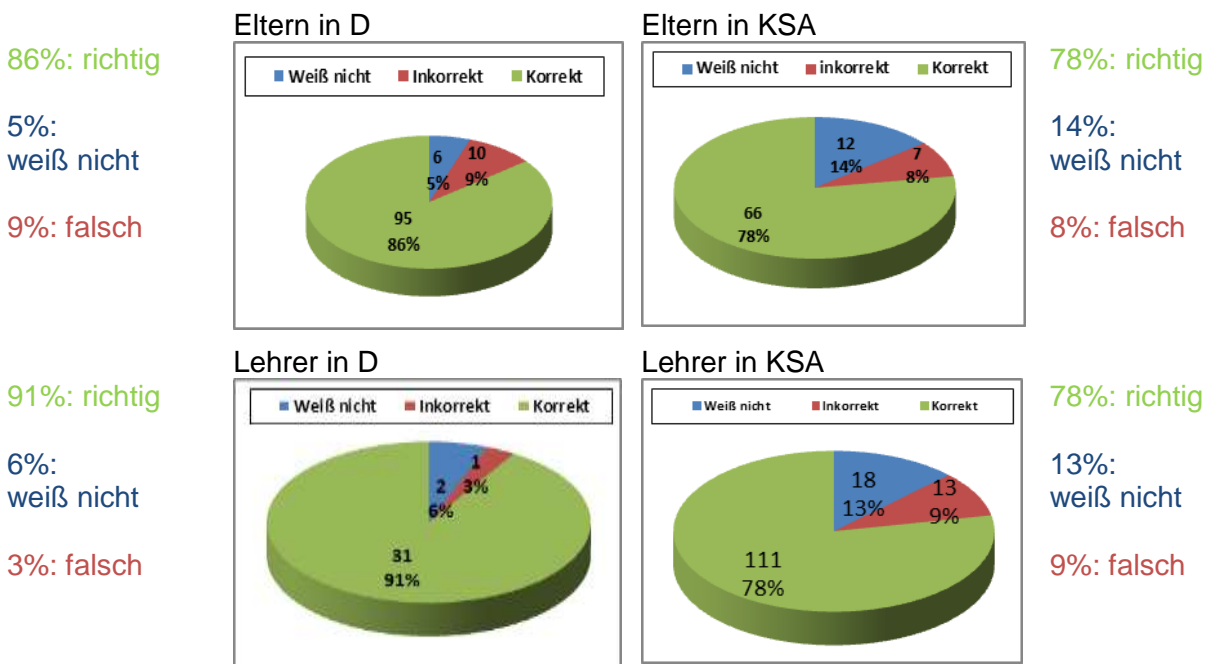
Eltern und Lehrer in Deutschland stimmten dieser richtigen Aussage zu fast drei Vierteln zu (74 sowie 70 %), Eltern und Lehrer in Saudi-Arabien zu etwas mehr als der Hälfte (52 und 58 %). Von den befragten Lehrern in Saudi-Arabien beantwortete nur ein sehr kleiner Teil die Frage als „falsch“ (3 %). Aber ein großer Anteil der Befragten wusste nicht, ob sich ADHS verschlimmert. Bei den beiden Gruppen in Deutschland und bei den Eltern in Saudi-Arabien teilen sich die nicht korrekten Antworten ähnlich auf: Ein kleinerer Teil (7, 12 und 19 %) hielt die Aussage für falsch, ein etwas größerer Teil (19, 18 und 29 %) war sich unsicher. Damit ist die Kenntnislage der Eltern und Lehrer in Deutschland deutlich besser als in Saudi-Arabien.

Item 13:
ADHS beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit.

Kommentar:

Tatsächlich sind für sehr viele der Betroffenen normale Anforderungen zum Beispiel in der Schule zu viel. Internationale Untersuchungen zeigen, dass Jugendliche mit ADHS „eine bis zu dreimal höhere Schulabbruchrate als gesunde Vergleichspersonen“ haben (Spröder et al. 2013, S. 10). Viele Kinder mit ADHS zeigen trotz guter Intelligenz nicht das Können, das sie eigentlich haben. Sie sind besonders bei Grundfertigkeiten des Wahrnehmens, beim Lesen und beim Schreiben häufig weit hinter nicht betroffenen Gleichaltrigen zurück (Barkley 1990).

Befunde:



Interpretation:

Über dieses Thema sind die meisten der Teilnehmenden sehr gut informiert. Zwischen 78 und 91 % der Befragten wussten, dass es korrekt ist, dass ADHS die Leistungsfähigkeit verringert. Bei den Eltern und Lehrern in Saudi-Arabien war die Unsicherheit etwas größer als bei den entsprechenden Gruppen in Deutschland. Aber überall war der Anteil derer, die die Aussage für absolut nicht korrekt hielten, etwa gleich (8 oder 9 %). Damit ist dieser Anteil auch bei allen relativ gering, besonders jedoch bei den Lehrern in Deutschland (3 %).

Item 14:

Die meisten ADHS Kinder kommen im Alltag auch ohne Behandlung gut zurecht.

Kommentar:

Diese Aussage ist falsch. Betroffene Kinder sollten behandelt werden, da sie viele Probleme in ihrem Umfeld haben und so entweder zu Außenseitern werden oder unangenehm auffallen. Sie verhalten sich auch häufig riskant und können sich und andere dadurch in Gefahr bringen. Eine nicht behandelte ADHS kann unter anderem zu Depressionen und Aggressionen führen. Es ist nicht richtig, dass sich die Störung mit der Zeit „auswächst“. Sie verändert sich allerdings. Jugendliche sind oft nicht mehr so hyperaktiv, aber sie haben immer noch viele der anderen Symptome (vgl. Möller et al. 2001, S. 432ff; vgl. Rahn/ Mahnkopf, 2005. S. 650ff.).

Befunde:

43%: richtig

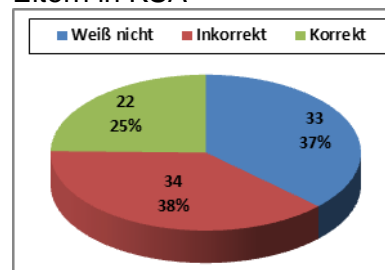
38%:
weiß nicht

19%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



25%: richtig

37%:
weiß nicht

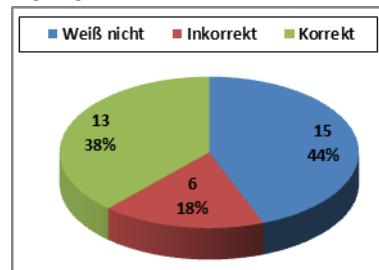
38%: falsch

38%: richtig

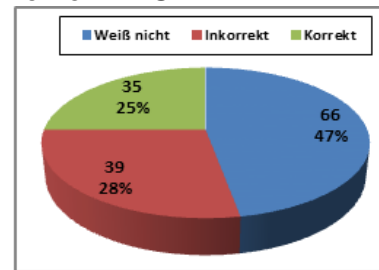
44%:
weiß nicht

18%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



25%: richtig

47%:
weiß nicht

28%: falsch

Interpretation:

Die Antwortverteilung bei den Eltern in Deutschland ist ähnlich wie die bei den Lehrern in Deutschland, und die der beiden Gruppen in Saudi-Arabien sind sich ebenfalls ähnlich: Einige Eltern und Lehrer in Deutschland (44 bzw. 38 %) beantworteten diese Aussage korrekt. Sehr viele antworteten jedoch nicht korrekt, nämlich insgesamt (inklusive „weiß nicht“) deutlich über die Hälfte der Eltern und Lehrer in Deutschland und über drei Viertel in Saudi-Arabien. Große Unsicherheitsquoten gab es bei allen Gruppen und besonders bei den Lehrern: in Deutschland 44, in Saudi-Arabien 47 %. Diese Zahlen lassen sich als mangelhaftes Wissen interpretieren. Sie können aber auch so verstanden werden, dass die Lehrer in beiden Ländern mit einem pauschalen Urteil vorsichtig sind.

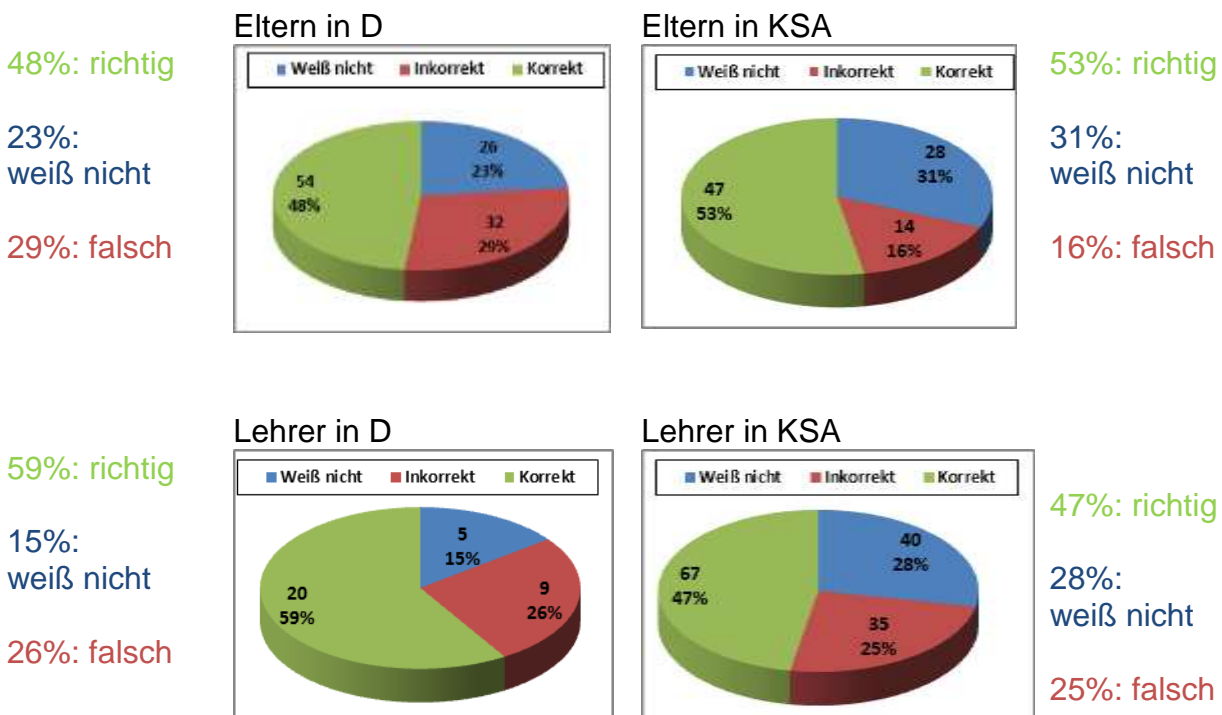
Item 15:

Kinder mit ADHS können nicht in normalen Klassen lernen.

Kommentar:

Diese Aussage ist falsch. Von ADHS betroffene Kinder erfahren sowieso schon viel Ausgrenzung. Oft versuchen Lehrer, die Eltern davon zu überzeugen, das Kind auf eine Förderschule zu schicken (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005, S. 650; vgl. Davison et al. 1998, S. 493f.). Hier ist das Lernniveau niedrig, was für Kinder mit ADHS nicht angemessen ist. Die Forschungen zu ADHS zeigen, dass es durchaus möglich ist, Kinder in normalen Klassen zu unterrichten, wenn sie eine begleitende Behandlung bekommen und wenn in der Schule auf sie besonders geachtet wird (ADHS Lebenswelt 2015).

Befunde:



Interpretation:

In allen vier Gruppen wusste grob die Hälfte der Teilnehmenden die korrekte Antwort. Etwa die Hälfte der Befragten war sich dementsprechend unsicher oder wusste nicht, dass Kinder mit ADHS in normalen Klassen beschult werden können und sollten. Immerhin gibt es einige Personen, die diese Aussage als falsch erkannten. Die Raten liegen zwischen 47 und 59 %. Die Gruppe mit den meisten korrekten Antworten waren die Lehrer in Deutschland mit 59 %. Diese Zahl ist dennoch gering, denn eigentlich sollte in Deutschland kein Kind wegen einer psychischen Störung aus der normalen Schule ausgegrenzt werden. Kinder mit ADHS werden im Rahmen der Inklusion, welche von der UN durch die Behindertenrechtskonvention ausgeht, an normalen Schulen unterrichtet, was für die Pädagogen hohe Anforderungen mit sich bringt (vgl. Richard et al. 2015, S. 6).

Item 16:

In der Behandlung von ADHS ist die Zusammenarbeit mit der Familie und der Schule wichtig.

Kommentar:

Diese Aussage wird von der Bundesärztekammer bestätigt: „Wesentliche Therapiebausteine ergeben sich aus dem Zusammenwirken von Ärzten, Psychologen und Pädagogen. Hierbei ist stets eine altersangemessene Beteiligung der Patienten zu gewährleisten. Dies sollte in enger Kooperation mit den Eltern geschehen. Wenn möglich ist die Kooperation weiterer Bezugspersonen (Erzieher, Lehrer) anzustreben“ (Bundesärztekammer 2005, S. 11).

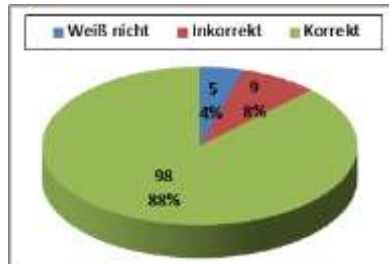
Befunde:

88%: richtig

4%:
weiß nicht

8%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA

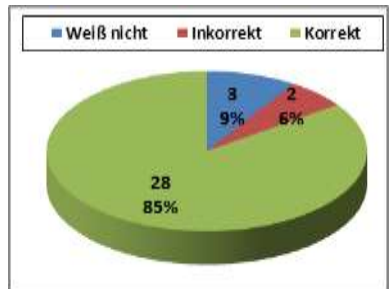


92%: richtig

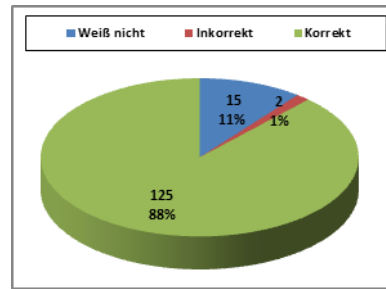
6%:
weiß nicht

2%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



88%: richtig

11%:
weiß nicht

1%: falsch

Interpretation:

Zu dieser Aussage gab es bei allen Gruppen große Zustimmung: 85 bis 92 % aller Befragten hielten sie für korrekt. Besonders die Lehrer und Eltern in Saudi-Arabien stimmten dieser Aussage zu und hier antworteten nur 1 bzw. 2 % nicht korrekt bzw. 4 bis 11 % waren sich unsicher. Für zukünftige Untersuchungen wäre es interessant zu erfahren, ob die Beteiligten versuchen, wirklich zusammenzuarbeiten, und wenn nicht, wo die Probleme für eine gute Zusammenarbeit liegen. Vielleicht ist es auch für beide Seiten (Lehrer und Eltern) interessant zu erfahren, dass die jeweils andere Seite auch der Meinung ist, dass eine Zusammenarbeit wichtig ist.

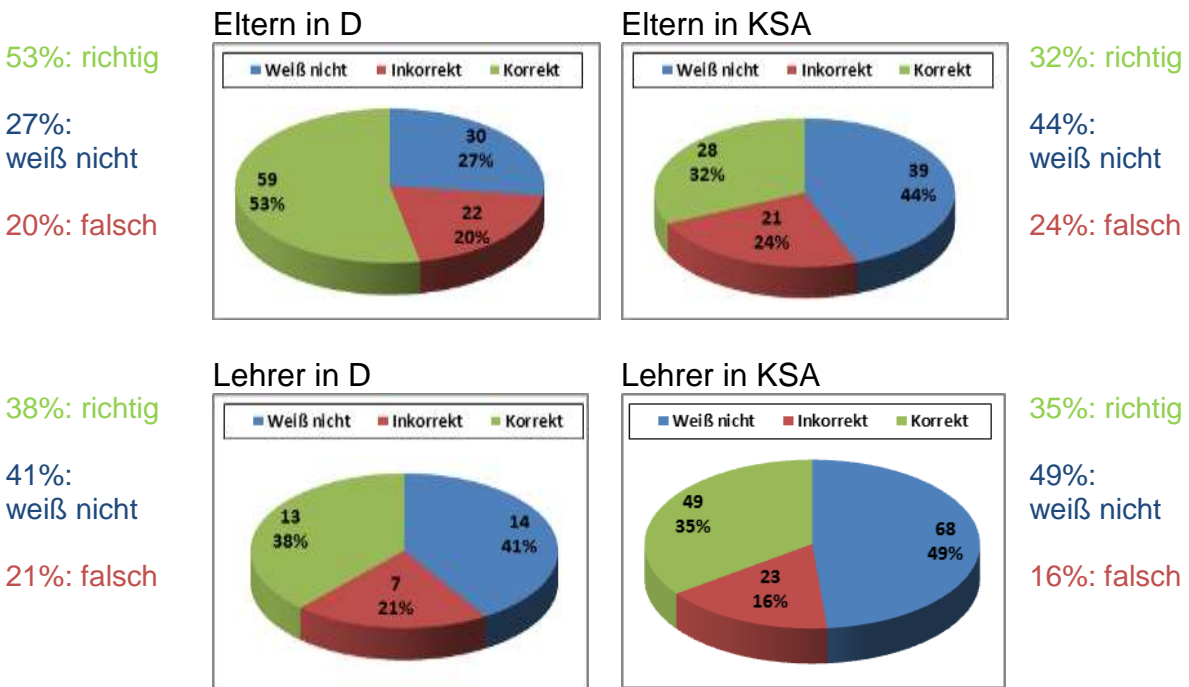
Item 17:

ADHS ist die Folge einer schwierigen Partnerschaft zwischen den Eltern.

Kommentar:

Ähnlich wie bei Item 3 ist auch Aussage 17 in dieser Form falsch. Zwar beeinflussen soziale und psychische Probleme den Verlauf der ADHS (vgl. Rahn / Mahnkopf, 2005, S. 649). Aber sehr wichtig ist, dass ADHS neurobiologisch erklärt werden kann und dass eine genetische Prädisposition eine sehr häufige Ursache ist (vgl. BZgA 2014, S. 19).

Befunde:



Interpretation:

Bei diesem Thema gibt es viele Fehlinformationen. Nimmt man die nicht korrekten Antworten und die „weiß nicht“-Antworten zusammen, so hat deutlich über die Hälfte aller Befragten nicht das korrekte Wissen. Außer bei den Eltern in Deutschland antworteten viele mit „weiß nicht“. Auffällig ist, dass in Deutschland viel mehr Eltern als Lehrer die Frage korrekt beantwortet haben, obwohl beide ähnliche Informationen zur Verfügung haben müssten. Die Umfrage macht keine Aussage darüber, ob auch Eltern mit einem betroffenen Kind häufig glauben, dass ihre Partnerschaft eine Ursache sein kann. Diese Eltern würden dann sicher unter Schuldgefühlen leiden.

Item 18:

ADHS ist die Folge von zu viel Fernsehen.

Kommentar:

Nein, mittlerweile gilt, dass ADHS nicht durch zu viele Reize, zum Beispiel durch das Fernsehen entsteht. Aber es ist wohl richtig, dass ADHS-Symptome verstärkt werden können, bei einem Kind, das bereits ADHS hat (ADHS Lebenswelt 2015).

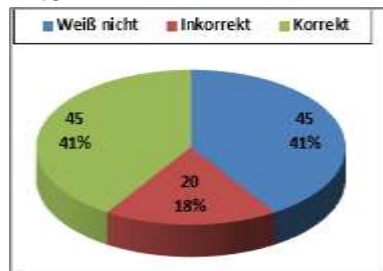
Befunde:

41%: richtig

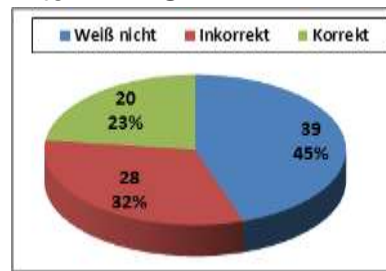
41%:
weiß nicht

18%:falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



23%: richtig

45%:
weiß nicht

32%: falsch

40%: richtig

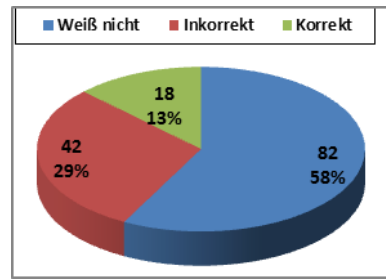
36%:
weiß nicht

24%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



13%: richtig

58%:
weiß nicht

29%: falsch

Interpretation:

Eltern und Lehrer in Deutschland haben diese Aussage häufiger korrekt beantwortet (41 und 40 %) als Eltern und Lehrer in Saudi-Arabien (23 bzw. 13 %). Insgesamt ist die Kenntnislage hier jedoch sehr schlecht: in allen vier Gruppen wissen mindestens 60 % der Befragten nicht die korrekte Antwort. Zwischen 18 und 32 % haben die konkrete Fehlannahme, dass ADHS eine Folge von zu viel Fernsehen ist.

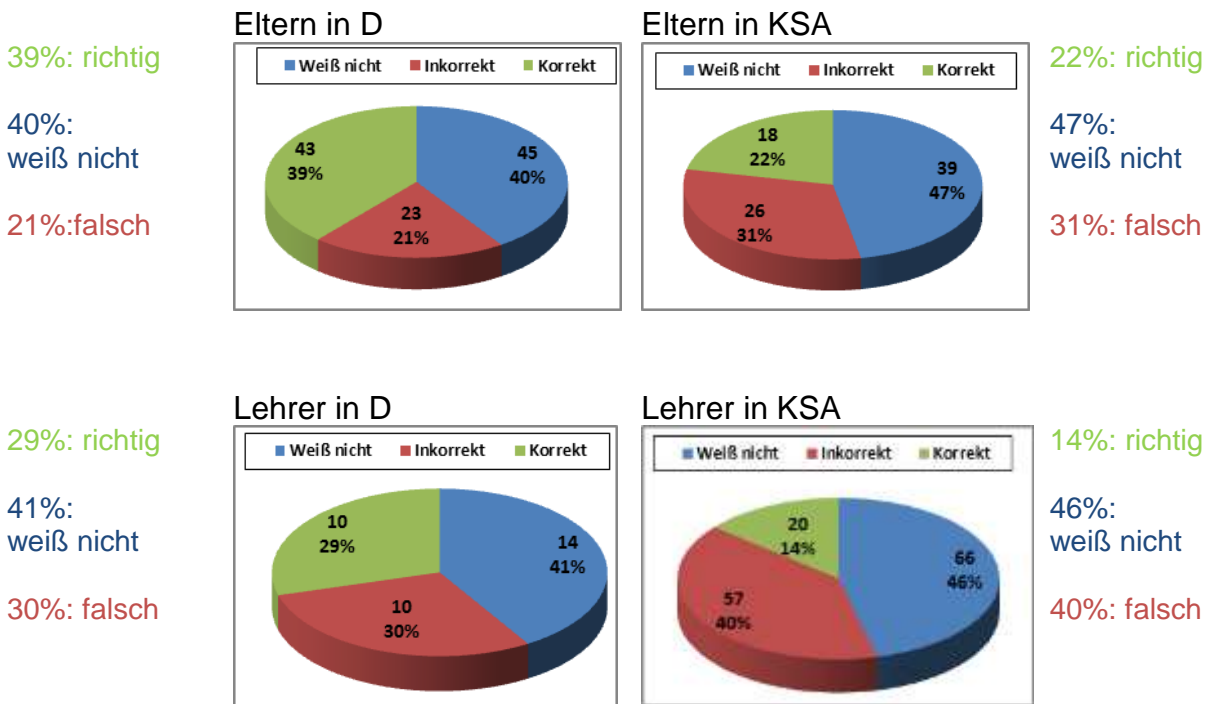
Item 19:

ADHS entsteht, wenn ein Kind zu viel am Computer spielt.

Kommentar:

Diese Aussage ist ebenso falsch wie Aussage 18. ADHS kann neurobiologisch erklärt werden und eine genetische Prädisposition ist eine der häufigsten Ursachen für ADHS (vgl. Simchen 2015). Neuere Untersuchungen haben sogar eine positive Wirkung von Computerspielen gezeigt. In Lernspielen können Kinder ihre eigene Konzentrationsfähigkeit beobachten und trainieren (Shaw et al. 2010).

Befunde:



Interpretation:

Da diese Frage ähnlich wie das vorige Item ist, ist ein Vergleich der Antworten interessant: Das Antwortverhalten ist hier fast genau wie bei Item 18, die Verteilungen der richtigen, falschen und „weiß nicht“-Antworten ist sehr ähnlich. In allen Gruppen gibt es wenig Wissen darüber, dass das Spielen am Computer nicht zu ADHS führt. Am deutlichsten ist dieser Befund bei den Lehrern in Saudi-Arabien, von denen nur 14 % korrekt geantwortet haben. 46 % waren sich unsicher und ganze 40 % glauben, dass Computerspielen zu ADHS führt. Auch bei den anderen Gruppen ist diese Fehlannahme mit 21 bis 31 % weit verbreitet.

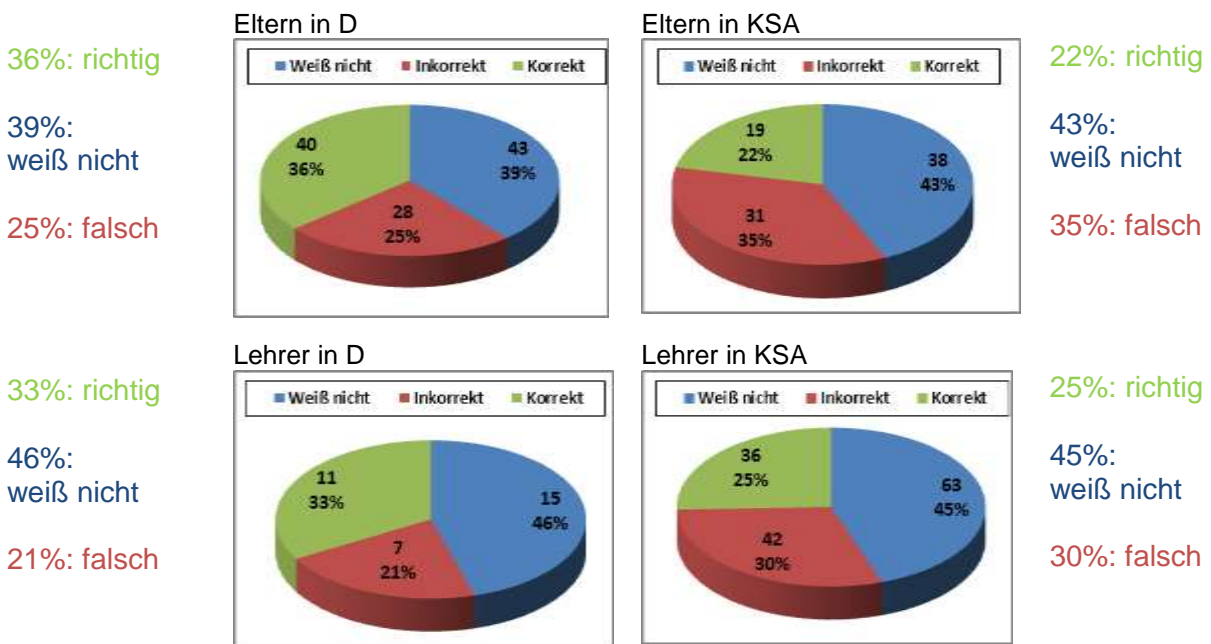
Item 20:

ADHS ist eigentlich keine Krankheit, sondern nur eine vorübergehende Störung.

Kommentar:

Diese Aussage ist falsch, denn „hyperkinetische Störungen oder die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehören zu den häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindesalter“ (Rahn/ Mahnkopf 2005, S. 648). Die Störung kann schwere Folgen haben, die langfristig wirken und für alle Beteiligten sehr belastend sein können (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005, S. 650). ADHS legt sich nicht von selbst in der Adoleszenz, dies haben Längsschnittuntersuchungen in den 1980er Jahren bewiesen (vgl. Davison et al. 1998, S. 495).

Befunde:



Interpretation:

Nur zwischen 22 und 36 % der Befragten haben dieses Item korrekt beantwortet. Zu 35 % haben die Eltern in Saudi-Arabien diese Frage nicht korrekt beantwortet. Damit gibt es in dieser Gruppe die höchste Anzahl an Fehlannahmen. Aber auch die anderen Gruppen haben mangelhaftes Wissen, denn auch dort liegt die Quote der Fehlannahmen bei 21, 25 und 30 %. Auch die Antwort „weiß nicht“ wurde oft gegeben (39 bis 46 %). Nimmt man unsichere und falsch antwortende Befragte zusammen, so wird deutlich, dass die Wissenslage hier sehr schlecht ist: etwa zwei Drittel aller Befragten glauben, dass ADHS keine zu behandelnde Krankheit ist, sondern von selbst vorübergeht. Die Aussage dieses Items ist inhaltlich ähnlich wie die in Item 14 („Die meisten ADHS Kinder kommen im Alltag auch ohne Behandlung gut zurecht“). Tatsächlich sind auch die Befunde bei allen vier Gruppen sehr ähnlich.

Item 21:

ADHS kann entstehen, wenn die Mutter während der Schwangerschaft besondere psychische Probleme hatte.

Kommentare:

Die Aussage ist falsch: ADHS kann neurobiologisch erklärt werden und eine genetische Prädisposition ist eine der häufigsten Ursachen für ADHS (vgl. Simchen 2015). Psychische Belastungssituationen, ob pränatal oder in der Kindheit, sind allerdings für die Ausprägung der Störung nicht unwesentlich (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005, S. 649).

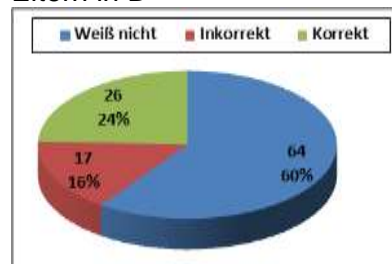
Befunde:

24%: richtig

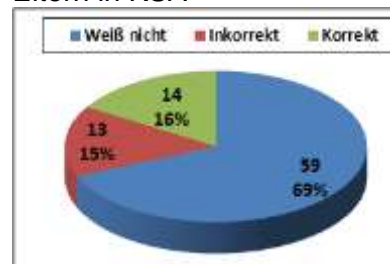
60%:
weiß nicht

16%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



16%: richtig

69%:
weiß nicht

15%: falsch

15%: richtig

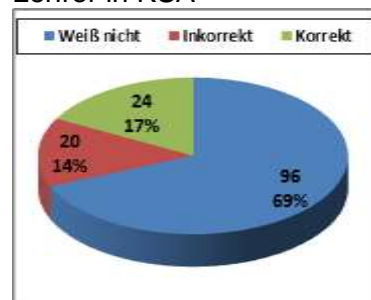
73%:
weiß nicht

12%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



17%: richtig

69%:
weiß nicht

14%: falsch

Interpretation:

Die Aussage war falsch und das haben nur sehr wenige Befragte gewusst. In allen Gruppen war der Anteil derer, die hier das richtige Wissen haben, ähnlich (zwischen 15 und 24 %). Allerdings haben auch nicht viele Personen bei diesem Item eine unkorrekte Antwort gegeben: 12, 14, 15 und 16 %. Bei dieser Aussage ist die „weiß nicht“-Antwort bei allen Gruppen deutlich die häufigste. 60 % der Eltern und 73 % der Lehrer in Deutschland waren sich nicht sicher, und bei den Eltern und Lehrern in Saudi-Arabien waren es jeweils 69 %. Dieses Antwortverhalten spiegelt vielleicht die etwas unklare Formulierung des Items wider, denn tatsächlich spielt die psychosoziale Situation der Mutter mit eine Rolle bei der Entstehung von ADHS. Allerdings ist sie auf keinen Fall die alleinige Ursache.

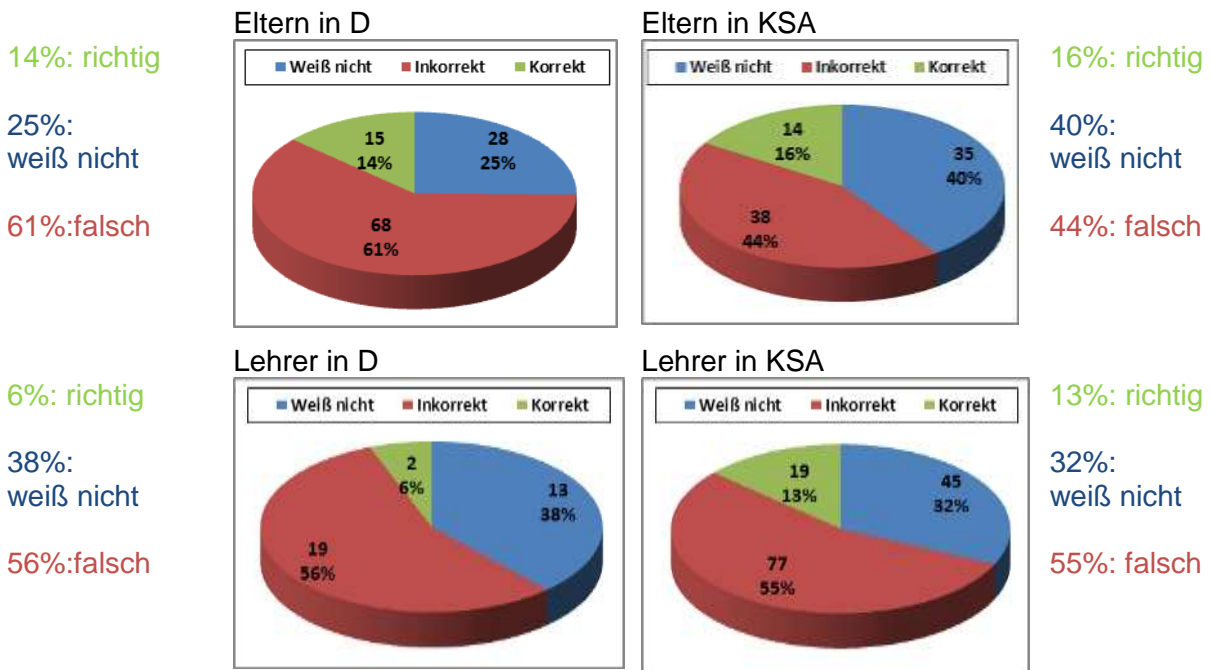
Item 22:

Kinder mit ADHS haben mehr Probleme mit neuen als mit vertrauten Situationen.

Kommentar:

Nein, im Gegenteil: Kinder mit ADHS mögen Abwechslung, sie interessieren sich für neue Erfahrungen und kommen gut mit neuen Situationen zurecht (vgl. Davison et al. 1998, S. 493f.).

Befunde:



Interpretation:

Diese Aussage haben sehr viele Befragte – in allen vier Gruppen – nicht korrekt beantwortet. Am größten ist der Anteil der unkorrekten Antworten bei den Eltern in Deutschland mit 61 %. Dementsprechend gibt es sehr wenige korrekte Antworten, was auf eine schlechte Wissensbasis zu diesem Thema hinweist: Die Lehrer in Deutschland haben nur zu 6 % die korrekte Antwort gegeben, bei den anderen drei Gruppen sind es zwischen 13 und 16 %. Mit 40 % ist der Anteil derjenigen, die keine Antwort wussten, bei den Eltern in Saudi-Arabien am höchsten, gefolgt von den Lehrern in Deutschland mit 38 %. Damit ist die Unsicherheitsquote hoch, aber noch höher sind die Fehlannahmen. Bei diesem Item fällt also nicht nur auf, dass die Eltern und Lehrer insgesamt nicht die korrekte Antwort wussten, sondern auch, dass sehr viele einer klaren Fehlannahme unterliegen.

Item 23:
Eine Ernährung mit wenig Zucker hilft gegen ADHS.

Kommentar:

Es wurde viel dazu geforscht und es gilt als falsch, dass ein Zusammenhang zwischen ADHS und Zucker sowie verschiedenen anderen Nahrungsmitteln bestehe (Glaser 2015).

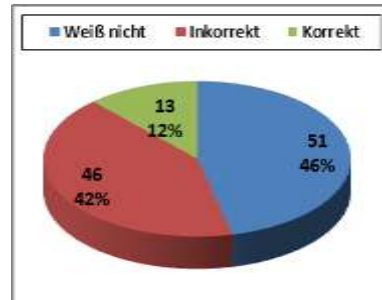
Befunde:

12%: richtig

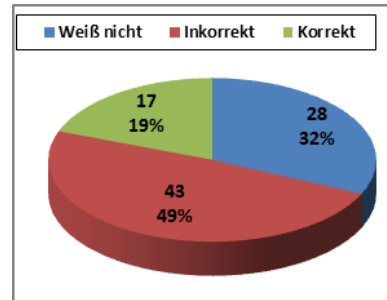
46%:
weiß nicht

42%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



19%: richtig

32%:
weiß nicht

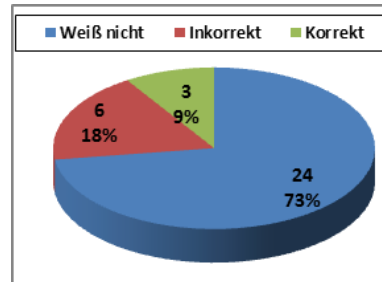
49%: falsch

9%: richtig

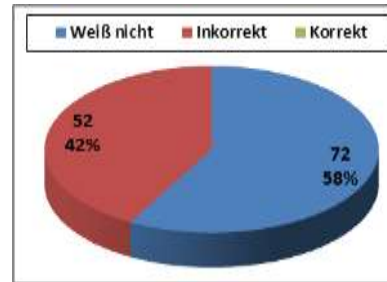
73%:
weiß nicht

18%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



0%: richtig

58%:
weiß nicht

42%: falsch

Interpretation:

Die Wissenslage ist auch hier sehr schlecht. Sehr wenige Befragten haben richtig erkannt, dass es keinen Zusammenhang zwischen Zucker und ADHS gibt: Eltern in Deutschland und Saudi-Arabien zu 12 und 19 %, Lehrer in Deutschland zu 9 %. Am schlechtesten schneiden die Lehrer in Saudi-Arabien ab, von denen niemand wusste, dass ADHS und zuckerhaltige Ernährung nicht zusammenhängen. Es gibt einerseits viele Beteiligte, die diese Fehlannahme haben und daher das Item falsch beantwortet haben. So hat von den Eltern in Saudi-Arabien knapp die Hälfte diese Fehlannahme. Es gibt andererseits aber auch sehr viele Befragte, die sich unsicher waren. Die „weiß nicht“-Antwort haben besonders die Lehrer gegeben: 58 % in Saudi-Arabien und 73 % in Deutschland.

Item 24:

Damit ADHS diagnostiziert werden kann, müssen die Symptome des Kindes vor dem Alter von 12 Jahren aufgetreten sein.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig, denn um die Kriterien einer ADHS zu erfüllen, mussten nach den bisherigen ärztlichen Standards (DSM-IV) Symptome bereits vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein. Nach den 2013 neu festgelegten Standards (DSM-5) reicht jetzt das Auftreten vor dem 12. Lebensjahr (Ehret/ Berking 2013, S. 260).

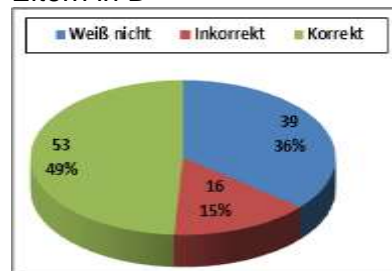
Befunde:

49%: richtig

36%:
weiß nicht

15%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA

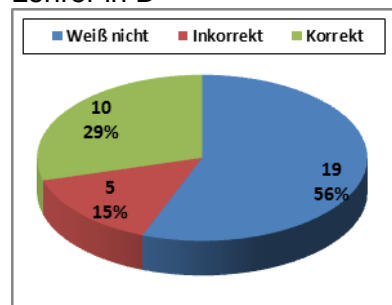


27%: richtig

59%:
weiß nicht

14%: falsch

Lehrer in D

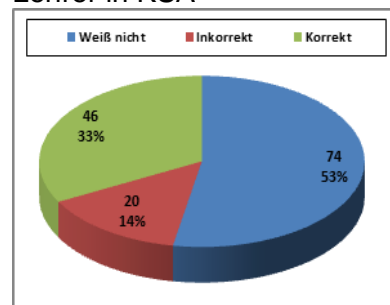


29%: richtig

56%:
weiß nicht

15%: falsch

Lehrer in KSA



33%: richtig

53%:
weiß nicht

14%: falsch

Interpretation:

Dass diese Aussage richtig ist, wusste etwa die Hälfte der befragten arabischen Eltern in Deutschland, nämlich 49 %. In den anderen Gruppen ist dieser Anteil kleiner und beträgt jeweils ca. ein Drittel. In diesen drei Gruppen ist jedoch der Anteil derjenigen, die sich unsicher sind, deutlich höher als bei den Eltern in Deutschland. Diese haben zu 36 % mit „weiß nicht“ geantwortet, während in den anderen Befragungsgruppen der Anteil der „weiß nicht“-Antworten zwischen 53 und 59 % liegt. Dass diese Aussage nicht korrekt ist, haben in allen vier Gruppen jeweils 14 oder 15 % geantwortet. Damit ist die Kenntnislage insgesamt eher schlecht, denn unkorrekte und „weiß nicht“-Antworten überwiegen in allen Gruppen, bei den Eltern in Saudi-Arabien sind es die meisten mit fast drei Viertel.

Item 25:

Kinder mit ADHS gehorchen normalerweise eher ihren Vätern als ihren Müttern.

Kommentar:

Ja, diese Beobachtung ist in Forschungsarbeiten gemacht worden. Grund ist unter anderem, dass berufstätige Väter im Vergleich zu vielen Müttern eher kurze, aber konzentrierte Phasen des Kontaktes mit ihrem Kind haben, was ADHS-Kindern gut gefällt (Barkley/ Murphy 2006, S. 3).

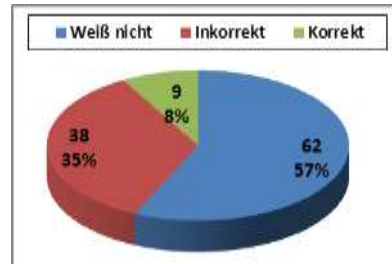
Befunde:

8%: richtig

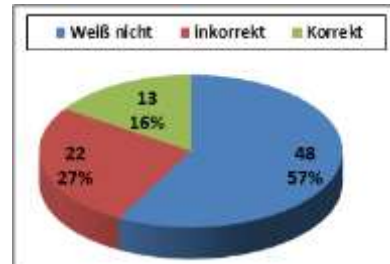
57%:
weiß nicht

35%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



16%: richtig

57%:
weiß nicht

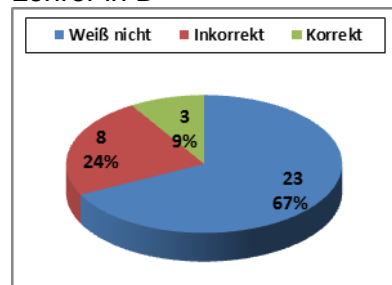
27%: falsch

9%: richtig

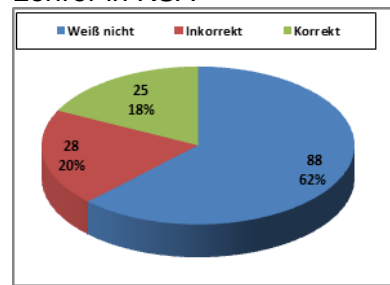
67%:
weiß nicht

24%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



18%: richtig

62%:
weiß nicht

20%: falsch

Interpretation:

Viele Befragten haben hier mit „weiß nicht“ geantwortet, nämlich 57 % (Eltern in Deutschland und in Saudi-Arabien), 62 % (Lehrer in Saudi-Arabien) und 67 % (Lehrer in Deutschland). Dass diese Aussage korrekt ist, haben eher die Befragten in Saudi-Arabien gewusst (16 und 18%) und weniger die Befragten in Deutschland (8 und 9 %). Insgesamt haben nur vergleichsweise wenige Personen, nämlich zwischen 8 und 18 %, diese Aussage als richtig erkannt. Ob die Befragten ein bestimmtes Familienbild im Kopf hatten bei der Beantwortung der Frage, ist nicht bekannt. Ob sie überhaupt die Vater-Kind-Beziehung sich so vorstellen wie es der Kommentar zu dieser Frage beschreibt, ist ebenfalls offen. Denn der Kommentar macht deutlich, dass es nicht etwa um weniger emotionale Kontakte oder eine strengere Erziehung geht (denn diese könnten vielleicht eher dem Vater als der Mutter zugeschrieben werden). Gemeint ist stattdessen der kurze, aber intensive Kontakt, der zudem wenig von Alltagsproblemen wie Hausaufgaben oder Tagesorganisation geprägt ist.

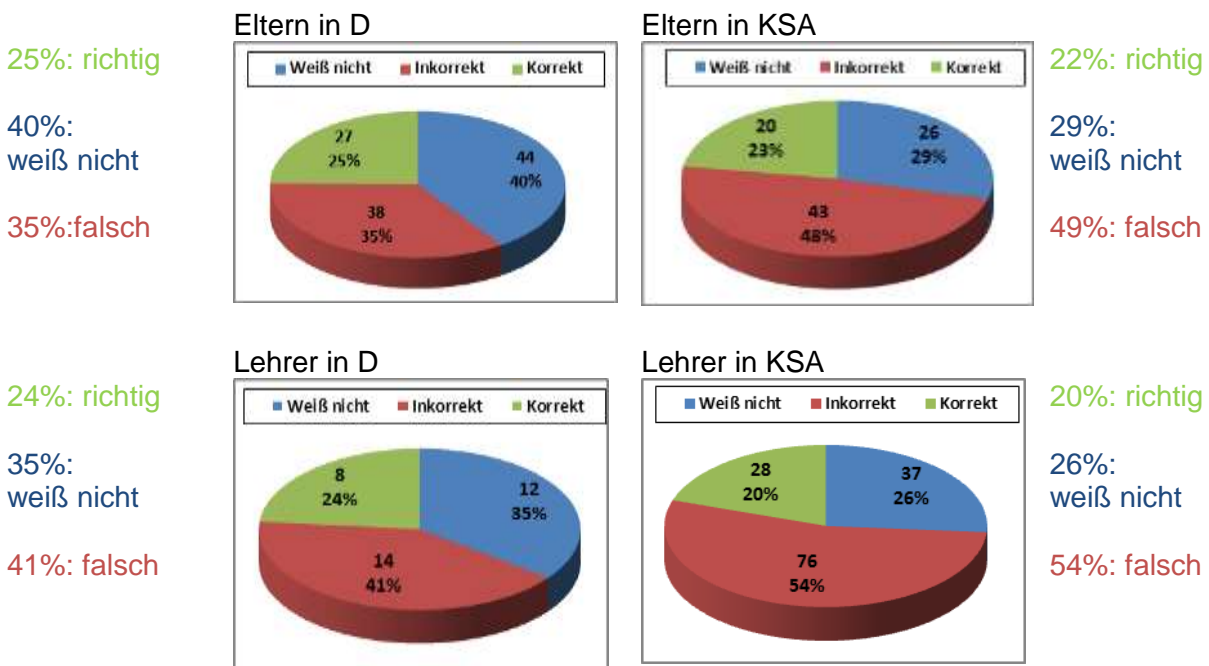
Item 26:

Ein Symptom von Kindern mit ADHS ist, dass sie sich körperlich grausam gegenüber anderen verhalten haben.

Kommentar:

Diese Aussage ist falsch. Sie trifft nur auf Kinder mit hoher Aggressivität oder delinquente Jugendliche zu. Beide haben nichts mit ADHS zu tun (vgl. Davison et al. 1998, S. 499). Wenn einem anderen Schaden durch ein Kind mit ADHS zugefügt wird, dann geschieht dies in der Regel ohne Absicht, sondern aus Versehen, wie all die Missgeschicke, die diesen Kindern aufgrund von Wildheit und Unachtsamkeit passieren (vgl. Davison et al. 1998, S. 493).

Befunde:



Interpretation:

Recht hohe Werte gibt es hier in allen Gruppen bei der nicht korrekten Antwort (35 bis 54 %). Das weist auf verbreitete Fehlannahmen hin. Nur etwa ein Viertel aller Befragten hat gewusst, dass sich ADHS-Kinder nicht grausam verhalten. Das ist dramatisch für die betroffenen Kinder, denn für sie ist es wichtig, dass sie nicht zusätzlich zu den eigentlichen ADHS-Problematiken noch mit dem Vorurteil zu kämpfen haben, sie seien körperlich gewalttätig. Bedenklich sind daher auch die Antworten „weiß nicht“. Zwischen 26 und 40 % der Befragten haben diese angekreuzt. Das deutet auf mögliche Vorurteile hin, kann aber auch mit Erfahrungen oder Befürchtungen begründet sein. Die Hyperaktivität und Impulsivität von betroffenen Kindern kann zu versehentlichen Verletzungen anderer Kinder oder zu spontanen – auch körperlichen - Streitigkeiten führen. Daraus bei Eltern und Lehrern möglicherweise entstehende Ängste müssen ernst genommen werden, weil sie unter anderem ihre Haltung zu den Kindern beeinflussen.

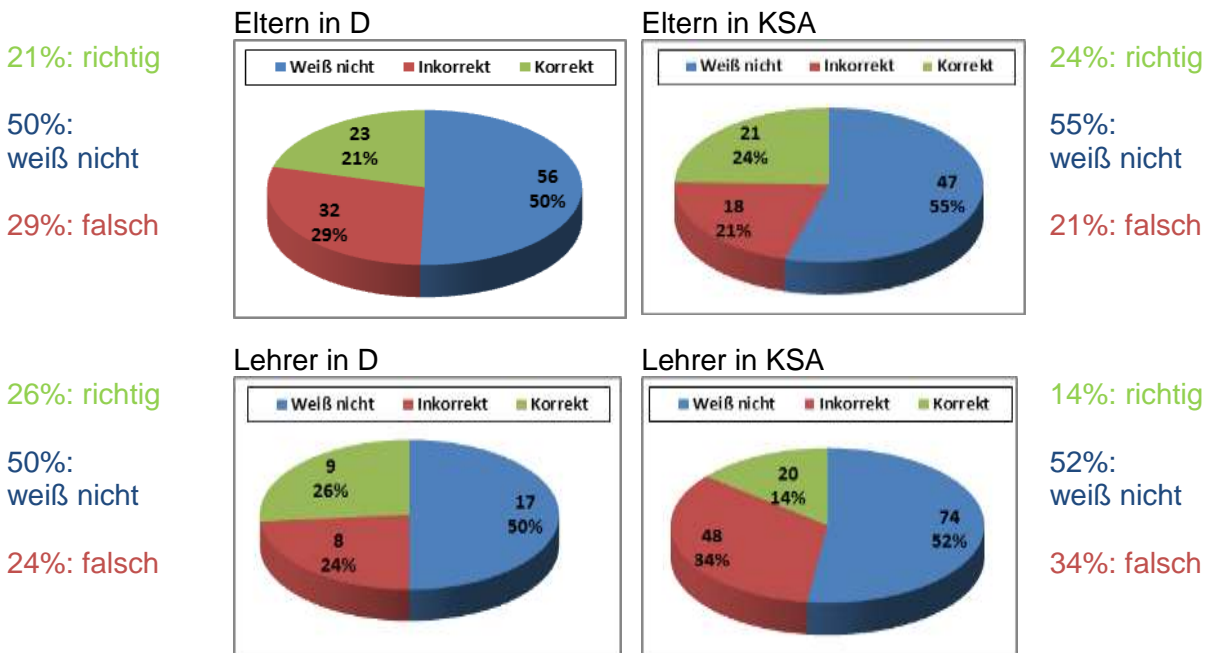
Item 27:

Es ist normal bei Kindern mit ADHS, dass ein überhöhtes Selbstwertgefühl oder ein Gefühl von Großartigkeit vorliegt.

Kommentar:

Überhöhtes Selbstwertgefühl oder ein Gefühl von Großartigkeit sind keine Phänomene, welche zu der Symptomatik von ADHS gehören. Vielmehr könnten solche Verhaltensabweichungen andeuten, dass möglicherweise eine andere Störung vorliegt statt ADHS oder dass zusätzlich zu ADHS eine weitere Verhaltensstörung vorliegt (ADHS Deutschland 2013).

Befunde:



Interpretation:

Die Fehlannahme, dass ADHS-Kinder übermäßig selbstbewusst seien, ist weit verbreitet (21 bis 34 %). Bei diesem Item ist wieder auffällig, wie viele Befragte sich unsicher sind. In allen vier Gruppen antwortete mindestens die Hälfte mit „weiß nicht“. Die korrekten Antworten liegen bei 14 bis 26 %. Damit gibt es insgesamt sehr wenige korrekte Antworten. Bei den Lehrern in Saudi-Arabien gibt es mit 14 % die wenigsten. Das heißt, hier liegen die meisten Fehlannahmen oder Unsicherheiten vor. Möglicherweise verursacht das hyperaktive und impulsive Auftreten bei manchen Lehrern und Eltern das Gefühl, die betroffenen Kinder seien besonders selbstbewusst. Schließlich machen sie keinen schüchternen Eindruck. Auch diese Frage ist wichtig in Bezug auf die Haltungen von Erwachsenen gegenüber ADHS-Kindern.

Item 28:

Kinder mit ADHS haben häufig in ihrer Vergangenheit gestohlen oder Gegenstände anderer zerstört.

Kommentar:

Diese Aussage ist falsch. ADHS Kinder zerstören zwar gelegentlich Gegenstände anderer, jedoch tun sie dies aus Versehen und aufgrund ihrer wilden, heftigen, unachtsamen Art, die zum Krankheitsbild gehört (vgl. Davison et al., 1998. S. 493.)

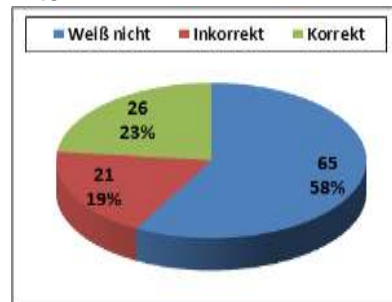
Befunde:

23%: richtig

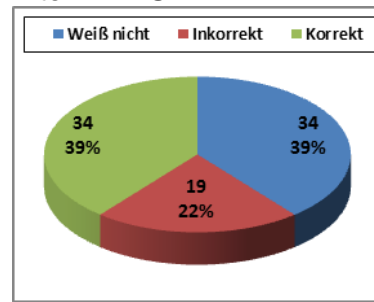
58%:
weiß nicht

19%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



39%: richtig

39%:
weiß nicht

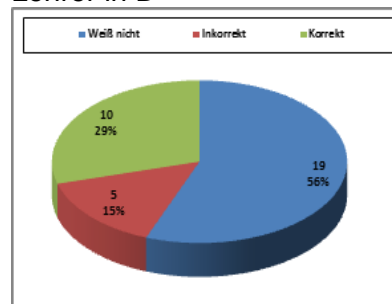
22%: falsch

29%: richtig

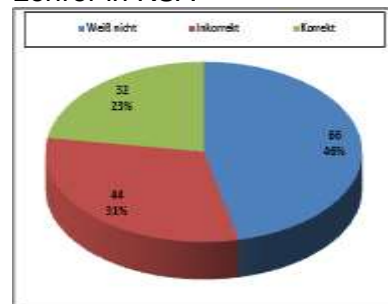
56%:
weiß nicht

15%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



23%: richtig

46%:
weiß nicht

31%: falsch

Interpretation:

Insgesamt gibt es bei diesem Thema viel Unsicherheit. Besonders die Eltern und die Lehrer in Deutschland haben hier häufig mit „weiß nicht“ geantwortet (58 und 56 %). 19 % der Eltern in Deutschland und 15 % der Lehrer in Deutschland haben das Item nicht korrekt beantwortet. Damit sind bei ihnen Fehlannahmen zwar nicht sehr weit verbreitet, aber auch die richtigen Kenntnisse nicht. Nur 23 und 29 % wissen, dass Kinder mit ADHS nicht unbedingt Gegenstände zerstören oder stehlen. Bei den Eltern in Saudi-Arabien wissen einige der Befragten, dass dies nicht wahr ist (39 %). Am schlechtesten informiert sind die Lehrer in Saudi-Arabien: 31 % haben nicht korrekt geantwortet. Allerdings sind sich 46 % unsicher. Ähnlich wie bei Item 26 („Kinder mit ADHS sind anderen Kindern gegenüber grausam“) zielt auch die Aussage in Item 28 auf die Frage, ob betroffene Kinder absichtlich gewalttätig oder zerstörerisch sind. Trotzdem sind die Ergebnisse bei beiden Items unterschiedlich. Die Einstellung zur Frage der Gewalttätigkeit gegenüber anderen Kindern ist demnach eine andere als die zur Frage nach Diebstahl- oder Zerstörungsneigung.

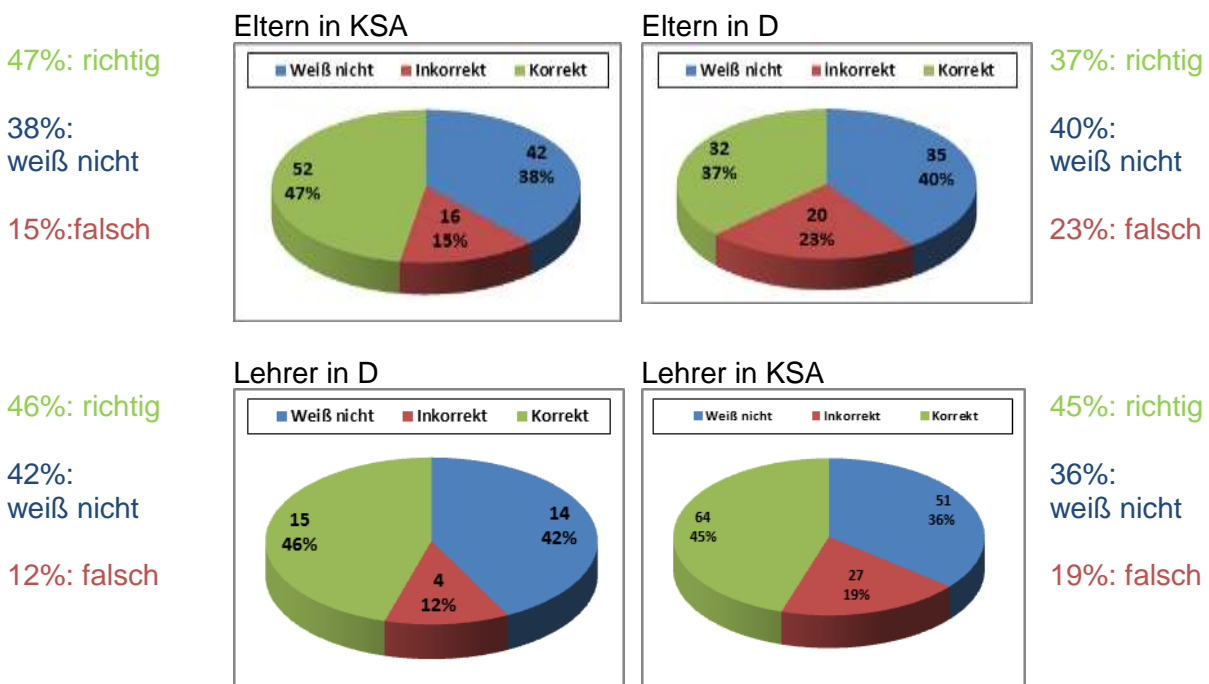
Item 29:

Symptome einer Depression werden bei Kindern mit ADHS häufiger diagnostiziert als bei Kindern ohne ADHS.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig: Studien haben ergeben, dass viele ADHS-Kinder depressiv sind (vgl. Schewe 2007, S. 79; vgl. Shaw et al. 2011). Zudem wurde eine sehr hohe Rate an Kindern mit Selbstmordgedanken festgestellt: Mindestens einmal konkrete Selbstmordpläne hatten bei den sechs bis vierzehnjährigen Kindern mit ADHS 12 %, ohne ADHS 1,6 % (vgl. Shaw et al. 2011).

Befunde:



Interpretation:

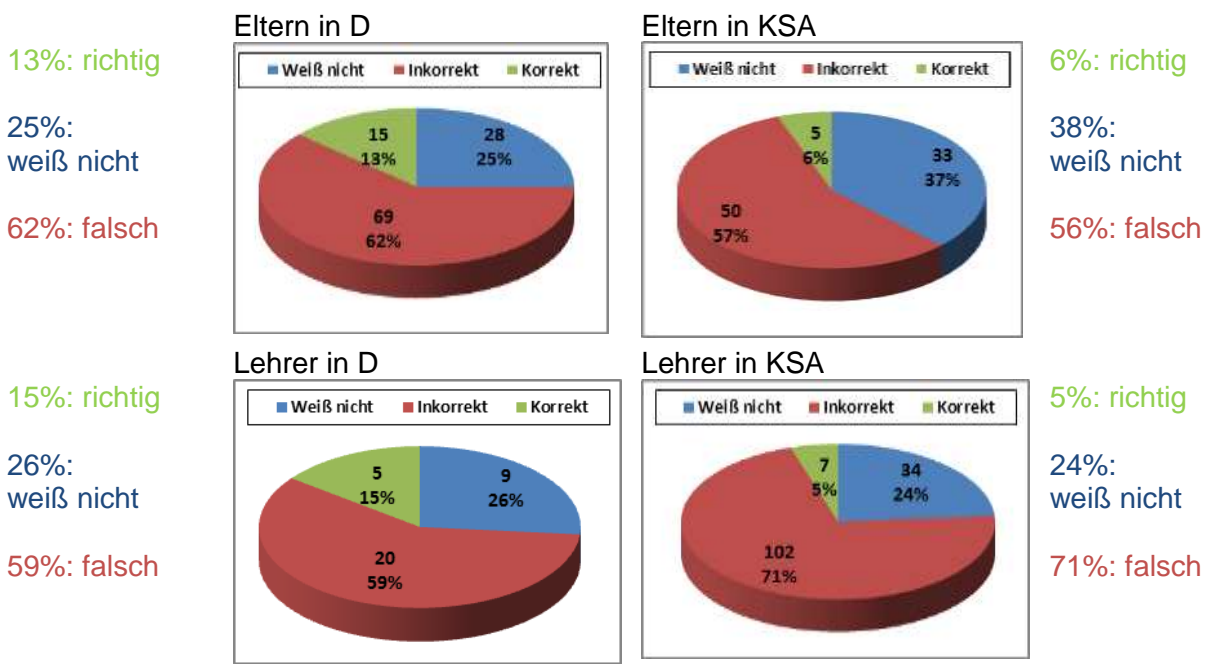
Bei diesem Item war die Zustimmungsrates relativ hoch, aber dennoch ist das Wissen zu gering: 37 bis 47 % der Eltern und Lehrer wussten, dass die Aussage korrekt ist. 12 bis 23 % der Befragten antworteten nicht korrekt. Die Unsicherheitsquoten sind nicht so hoch wie in vielen anderen Items, aber noch zu hoch angesichts der großen Bedeutung dieser Aussage. Für die betroffenen Kinder ist es sehr wichtig, dass den Erwachsenen der Zusammenhang zwischen ADHS und Depression bekannt ist. Die alarmierenden Ergebnisse zu Selbstmordgedanken machen dies noch deutlicher. Hieraus lässt sich eine große Verzweiflung und Lebensmüdigkeit der Kinder und Jugendlichen erkennen. Es ist dringend notwendig, diese Erkenntnisse den Eltern und Lehrern zu vermitteln.

Item 30:
ADHS kann man mit Sportaktivitäten heilen.

Kommentar:

Nein, Sport alleine kann ADHS nicht heilen. Er kann aber trotzdem positiv für die Kinder sein. Eine Studie aus dem Jahr 2010 zeigt, dass die Aufmerksamkeit von ADHS-Kindern durch Sport verbessert werden kann. Auch im Jahr 2012 wurde eine ähnliche Untersuchung durchgeführt, welche ergeben hat, dass Kinder mit ADHS von Sport unter anderem durch bessere Aufmerksamkeit und kognitive Flexibilität profitieren (vgl. Lehnert 2011, S. 110). Weitere Erhebungen konnten Ähnliches aufzeigen, so dass Sport, kombiniert mit Behandlungen die Probleme von Kindern mit ADHS reduzieren und ihre kognitiven Leistungen steigern kann (vgl. Lehnert 2011, S. 115).

Befunde:



Interpretation:

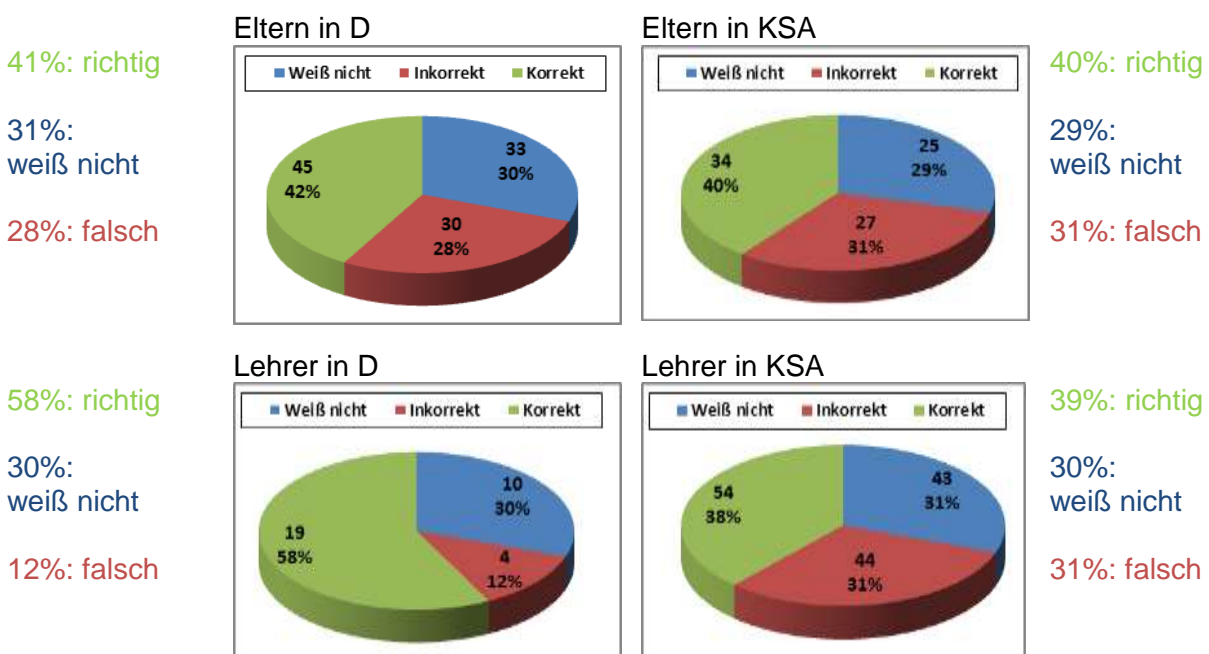
Auffallend viele Befragte haben diese Aussage nicht korrekt beantwortet und unterliegen damit einer Fehlannahme: 62% der Eltern in Deutschland, 59 % der Lehrer in Deutschland, 56 % der Eltern in Saudi-Arabien und 71% der Lehrer in Saudi-Arabien waren falsch informiert. Nur ein sehr kleiner Teil der Befragten hat das Item korrekt beantwortet und gewusst, dass man ADHS nicht mit Sport heilen kann. Allerdings kann Sport bei manchen Kindern ihre Situation oder ihre Wohlbefinden verbessern. Insofern könnten auch die „weiß nicht“-Angaben als angemessen bewertet werden. Diese liegen zwischen 25 und 38 %.

Item 31:
Kinder mit ADHS sind weniger intelligent.

Kommentar:

Es ist nicht richtig, dass die betroffenen Kinder weniger intelligent sind als andere. Zwar gibt es Forschungsergebnisse, die auf kognitive Probleme hinweisen: So werden Antworten unterdrückt oder unterbrochen, das Arbeitsgedächtnis weist Störungen auf, dasselbe gilt für das Regulieren von Motivation, Affekt und die Fähigkeit, Kombinationen aus Wissen neu zu erstellen (vgl. Lehnert 2011, S. 106). Allerdings gibt es auch eine Untersuchung von Schülern mit schulischen Schwierigkeiten, bei der ermittelt wurde, dass Kinder mit ADHS eine höhere Intelligenz aufweisen als Kinder ohne diese Störung. Mehr Kinder mit ADHS im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung befinden sich aufgrund ihrer IQ-Werte im Bereich der Hochbegabten (vgl. Simchen 2007).

Befunde:



Interpretation:

Zu dieser Aussage ist die Zustimmungsrate zwar relativ hoch, aber dennoch haben die Befragten kein ausreichendes Wissen. Korrekterweise geben 41 % der Eltern in Deutschland, 40 % der Eltern in Saudi-Arabien, 39 % der Lehrer in Saudi-Arabien und sogar 58 %, also über die Hälfte, der Lehrer in Saudi-Arabien an, dass Kinder mit ADHS nicht weniger intelligent seien. In dieser Gruppe haben nur 12 % der Befragten die Aussage nicht korrekt beantwortet. In den drei anderen Befragungsgruppen waren es jeweils etwa ein Drittel der Teilnehmenden, das heißt sehr viele Befragte haben die falsche Annahme, dass ADHS-Kinder weniger intelligent sind.

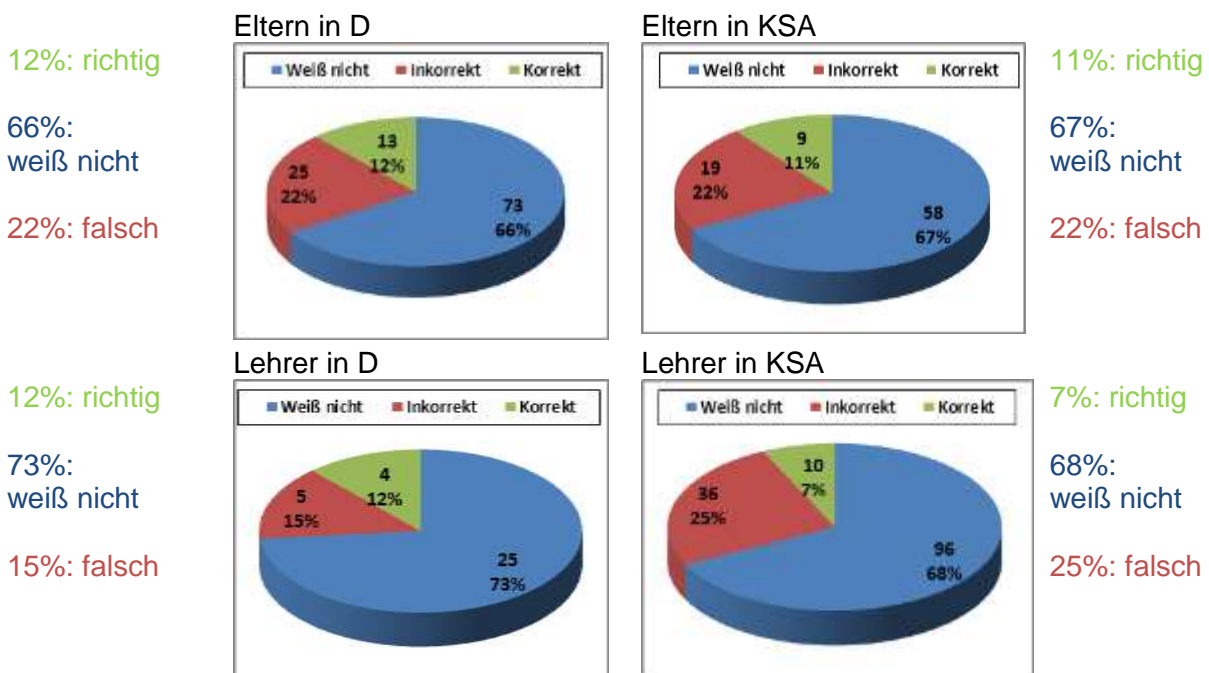
Item 32:

Aus den meisten Schätzungen geht hervor, dass ADHS bei ca. 16% der Schulkinder vorliegt.

Kommentar:

„In Deutschland rechnet man im Kindes- und Jugendalter mit einer Häufigkeit von 5%, das entspricht ca. 500.000 Betroffenen zwischen 6 und 18 Jahren. Bei Untersuchungen zur Häufigkeit wurden in Abhängigkeit von der angewandten Untersuchungsmethode jeweils etwas verschiedene Werte gefunden, wobei 5% als realistisch anzusehen sind. Bemerkenswert ist, dass in verschiedenen Ländern vergleichbar hohe Quoten gefunden wurden. Die Häufigkeit ist auf jeden Fall so hoch, dass es wohl kaum eine Schulklasse gibt ohne mindestens ein betroffenes Kind“ (AG ADHS 2015).

Befunde:



Interpretation:

Auch bei dieser Aussage überwiegen in allen Gruppen die „weiß nicht“-Antworten, die jeweils bei um die 70 % liegen. Die Formulierung im Item entspricht nicht der Realität, denn der angegebene Wert von 16 % liegt sehr hoch – in vielen Forschungen wurde eine Quote von ca. 5 % ermittelt. Dass 16 % zu hoch gegriffen ist und bedeuten würde, dass etwa jedes 6. Kind von ADHS betroffen ist, erkannten nur 12 % der Lehrer in Deutschland, 11 bzw. 12 % der Eltern in Saudi-Arabien und auch in Deutschland und nur 7 % der Lehrer in Saudi-Arabien. Eine ungefähre Einschätzung des Anteils von Kindern mit ADHS ist jedoch wichtig, da sonst die Gefahr besteht, zu viele (oder auch zu wenige) Kinder als mögliche Betroffene einzuschätzen.

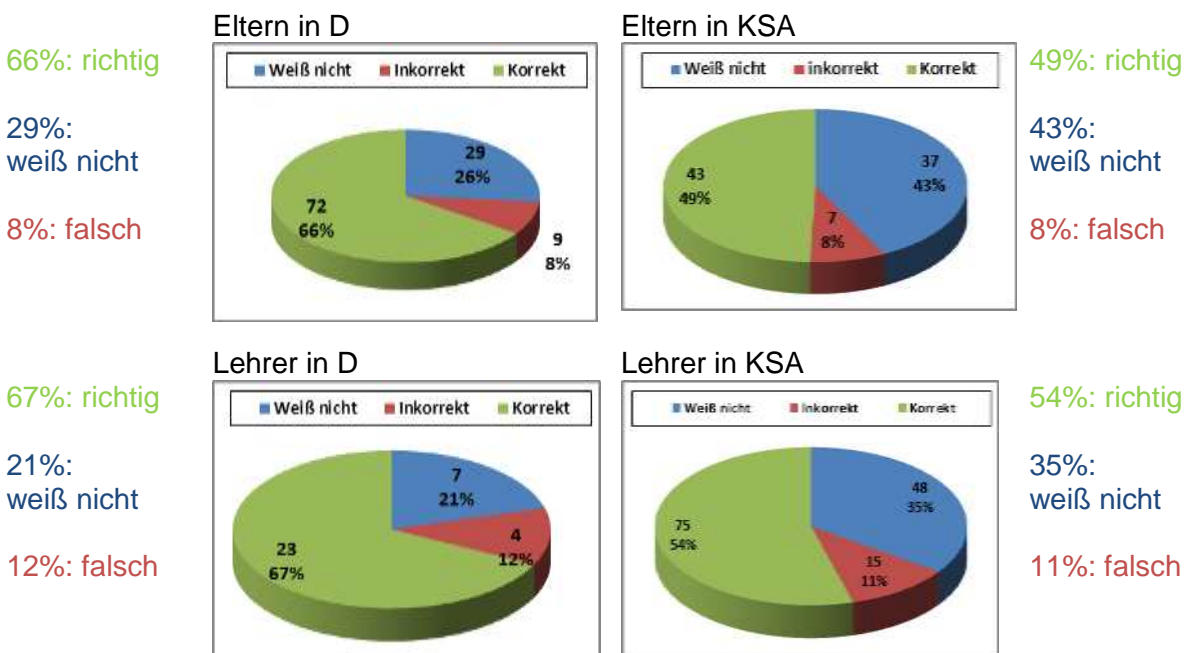
Item 33:

Um ADHS zu diagnostizieren, muss das Kind entsprechende Symptome in zwei oder mehr Lebensbereichen zeigen (z. B. zu Hause, in der Schule).

Kommentar:

Es ist richtig, dass ADHS dann vorliegt, wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt ist. Wenn dieses nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und zu deutlicher Beeinträchtigung in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt, dann wird von ADHS gesprochen (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005, S. 648).

Befunde:



Interpretation:

Hier wussten recht viele Befragte, dass es sich bei dieser Aussage um eine richtige Behauptung handelt. Etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Befragten hat korrekt geantwortet. Dass die Aussage nicht korrekt sei, nahmen nur 8 bis 12 % an. Wichtig ist für die Bezugsperson das Wissen, dass ein Kind, das nur in der Schule oder nur zuhause hyperaktiv und impulsiv oder unaufmerksam ist, nicht als ADHS-Patient gilt. In so einem Fall müssten andere Gründe für das besondere Verhalten gesucht werden, die mit dem entsprechenden Umfeld zu tun haben.

Item 34:

Damit ADHS diagnostiziert werden kann, müssen deutliche Hinweise auf bedeut-same Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktions-fähigkeit vorhanden sein.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig. Tatsächlich sollten die Beeinträchtigungen im sozialen, im schulischen oder (bei Erwachsenen) im beruflichen Bereich auftreten und es sollte eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit in diesen Bereichen erkennbar sein. Erst dann kann nach DSM und ICD eine ADHS-Störung diagnostiziert werden (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005, S. 648).

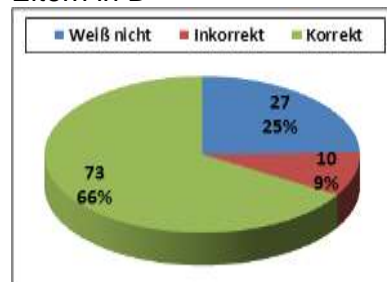
Befunde:

66%: richtig

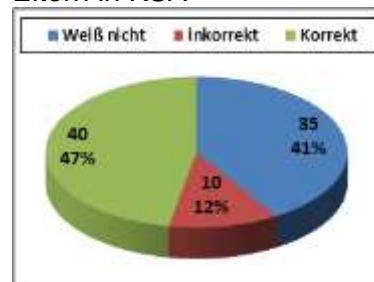
25%:
weiß nicht

9%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



47%: richtig

41%:
weiß nicht

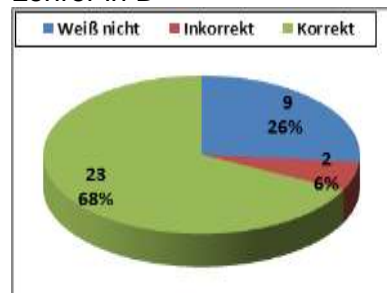
12%: falsch

68%: richtig

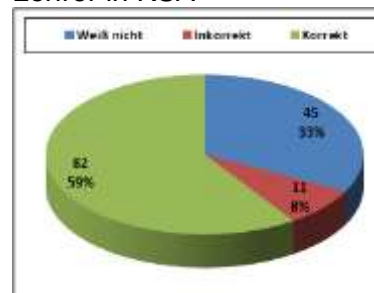
26%:
weiß nicht

6%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



59%: richtig

33%:
weiß nicht

8%: falsch

Interpretation:

Die Befunde zu diesem Item sind mit denen aus Item 33 vergleichbar. Hier sind Aussa-gen zur Diagnostik gemacht worden, zu denen viele Befragte gute Kenntnisse hatten: 47 % (Eltern in Saudi-Arabien) bis 68 % (Lehrer in Deutschland) der Befragten wussten, dass die Aussage wahr ist, dass die Störungen in mehreren Bereichen auftreten müs-sen, damit es sich um eine ADHS-Beeinträchtigung handelt. Nur 6 % der Lehrer in Deutschland, 8 % der Lehrer in Saudi-Arabien, 9 % der Eltern in Deutschland und 12 % der Eltern in Saudi-Arabien hielten diese Aussage für falsch. Auch hier gilt, dass es wichtig ist, dass die beteiligten Erwachsenen wissen, dass ADHS in mehreren Berei-chen und in starker Ausprägung auftreten muss, um wirklich als ADHS zu gelten. Es ist aber auch zu überlegen, ob die Frageformulierung vielleicht schon auf die richtige Ant-wort hingewiesen hat.

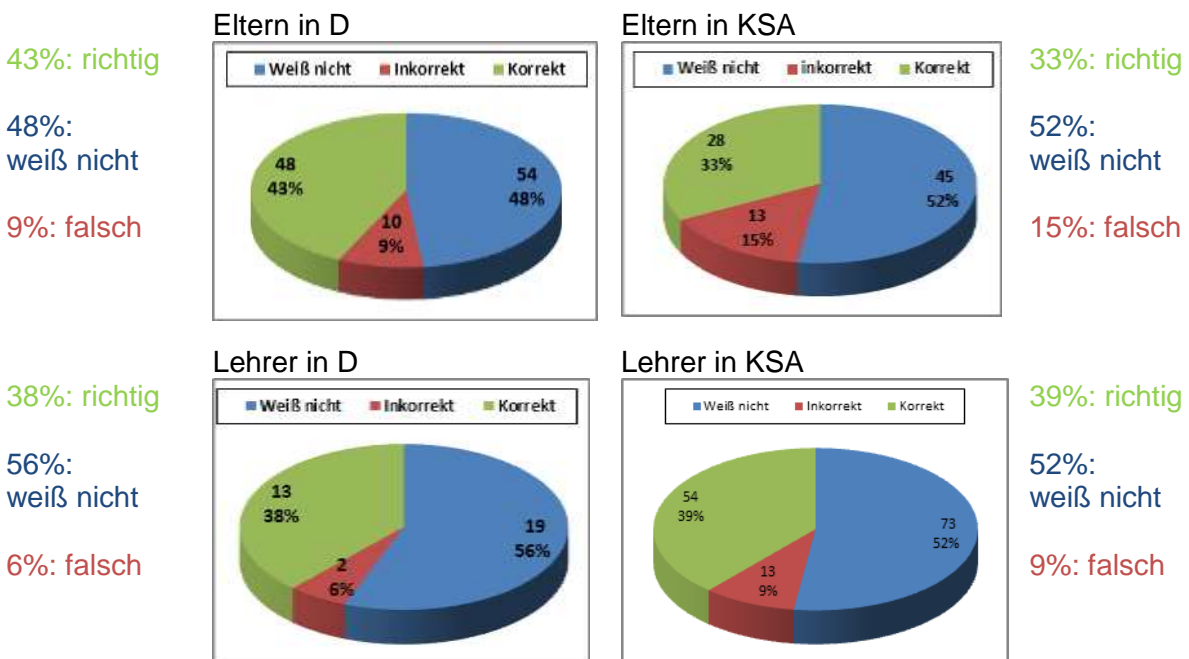
Item 35:

Im Schulalter betrifft ADHS normalerweise öfter die Jungen als Mädchen.

Kommentar:

Richtig: Jungen sind häufiger von ADHS betroffen als Mädchen. Meist sind es Jungen im schulpflichtigen Alter, welche die Diagnose bekommen (vgl. Davison et al. 1998, S. 493 und 495). Auf ein hyperaktives Mädchen kommen drei bis sechs hyperaktive Jungen. Von ADHS betroffene Mädchen sind seltener ausgeprägt hyperaktiv (zappelig). Bei ihnen steht meistens die Aufmerksamkeitsstörung im Vordergrund; daher fallen sie weniger leicht auf, so dass die Störung bei Mädchen seltener und meist später erkannt wird als bei Jungen (AG ADHS 2015).

Befunde:



Interpretation:

Es gibt relativ wenig ganz falsche Antworten zu dieser Aussage. 6 bis 15 % antworteten nicht korrekt. Die korrekten Antworten liegen jedoch auch nur bei 33 bis 43 %. Es besteht also sehr große Unsicherheit: Etwa die Hälfte der Befragten in jeder Gruppe antwortete mit „weiß nicht“. Forschungsergebnisse weisen sehr deutlich auf die größere Belastungswahrscheinlichkeit von Jungen hin: Puls (2010, S. 11) spricht davon, dass mindestens vier Jungen mit ADHS auf ein Mädchen mit ADHS kommen. Solche ungleichen Verhältnisse wurden weltweit gefunden, etwa in arabischen Ländern, wo doppelt oder dreimal so viele Jungen von ADHS betroffen sind wie Mädchen (Farah et al. 2009, S. 8). Dass die Alltagserfahrung nicht zu entsprechenden Werten bei dieser Befragung geführt hat, hängt möglicherweise mit unterschiedlichen Rollen- und Verhaltenserwartungen zusammen, die an Jungen und an Mädchen gestellt werden. Unruhige Jungen werden zunächst häufig nicht als gestört gesehen, da ein starker Bewegungsdrang und Impulsivität bei Jungen eher toleriert werden als bei Mädchen.

Item 36:

Der genetische Faktor (Vererbung) ist die häufigste ADHS Ursache.

Kommentar:

Es ist richtig, dass die Gene zu einem großen Anteil die Entstehung von ADHS beeinflussen. Eine Zwillingsstudie aus dem Jahr 1989 zeigte bei eineiigen Zwillingen eine 51%ige Übereinstimmung (vgl. Davison et al. 1998, S. 496). Das ADS/ADHS in seiner Anlage wird immer vererbt. Die Gene dafür sind gefunden worden. Wichtig ist, dass neben der Vererbung auch das soziale Umfeld, Vorhandensein von Schutzfaktoren und die jeweilige Belastung große Bedeutung haben (Simchen 2015).

Befunde:

36%: richtig

50%:
weiß nicht

14%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



31%: richtig

47%:
weiß nicht

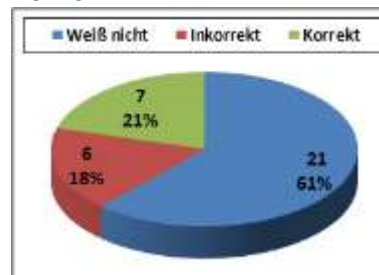
22%: falsch

21%: richtig

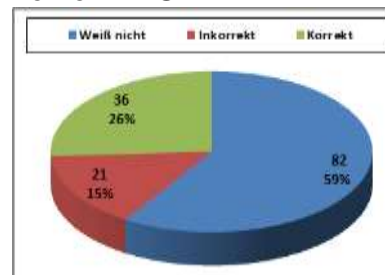
61%:
weiß nicht

18%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



26%: richtig

59%:
weiß nicht

15%: falsch

Interpretation:

Bei dieser Aussage gibt es viel Unsicherheit: 47 bis 61 % der Befragten antworteten mit „weiß nicht“. In allen Gruppen gibt es jedoch mehr Personen, die die Aussage korrekt bewertet haben als Personen, die sie nicht korrekt beantwortet haben (Eltern in Deutschland: 36 % korrekt, 14 % nicht korrekt; Lehrer in Deutschland: 21 und 18 %; Eltern in Saudi-Arabien: 31 und 22 %; Lehrer in Saudi-Arabien: 26 und 15 %). Die Antworten weisen darauf hin, dass in allen vier Gruppen viel Aufklärungsbedarf über die Ursachen von ADHS besteht. Auch zeigen die Unsicherheitsquoten, dass die Befragten keine festgefugte Meinung haben, sondern offen sind für Informationen.

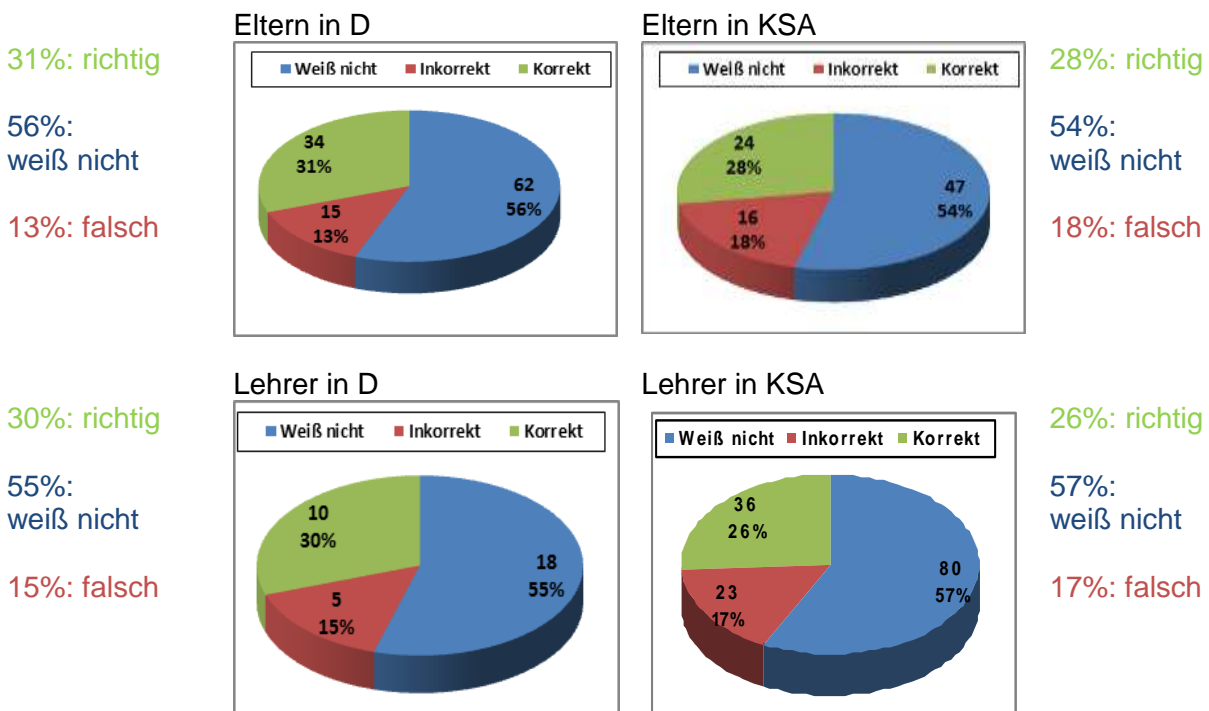
Item 37:

ADHS kann auch erst im Erwachsenenalter entstehen.

Kommentar:

Es ist falsch, dass ADHS erst im Erwachsenenalter entstehen kann, denn es muss vor dem 12. Lebensjahr aufgetreten sein (siehe Item 24 und vgl. Möller et al. 2001, S. 435.). Allerdings ist in Forschungen deutlich geworden, dass 70 % der Personen, die als Kinder ADHS hatten, auch als Erwachsene unter der Störung noch leiden (vgl. Davison et al. 1998, S. 495f.). Die ADHS aus der Kindheit kann im Erwachsenenalter weiter andauern und auch hier ist eine Behandlung notwendig (vgl. Rahn/ Mahnkopf 2005, S. 652).

Befunde:



Interpretation:

Auch die Befunde zu diesem Item weisen auf verbreitete Unsicherheit hin: Deutlich mehr als die Hälfte, nämlich 54 bis 57 % der Befragten waren sich unsicher, ob ADHS auch erst im Erwachsenenalter auftreten kann. Die korrekte Antwort gaben nur relativ wenige: nur 26 bis 31 % wussten, dass ADHS nicht mehr im Erwachsenenalter entstehen kann. Bei diesem Item fällt auf, dass die Antwortenverteilung in allen vier Gruppen sehr ähnlich ist. Ähnlich wie bei Item 36 besteht hier viel Aufklärungsbedarf, ohne dass falsche Einstellungen sich schon sehr weit verbreitet hätten.

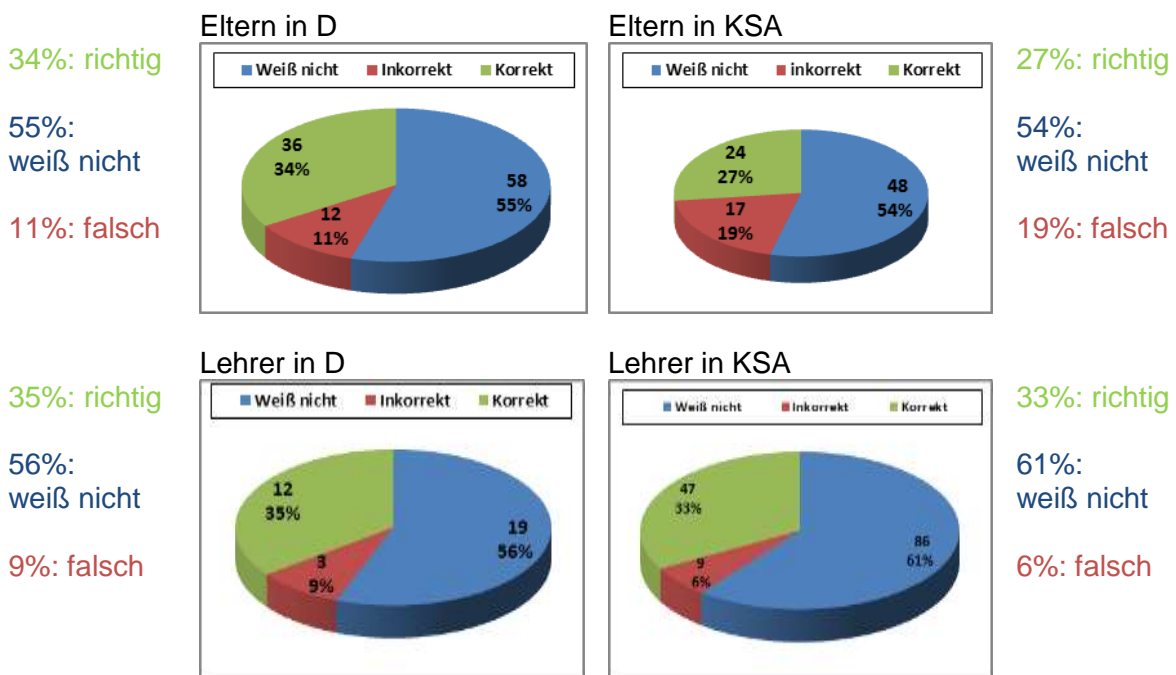
Item 38:

Damit ADHS diagnostiziert werden kann, muss das Kind entsprechende Symptome länger als 6 Monaten zeigen.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig, denn die Zeitspanne von mindestens sechs Monaten findet sich im DSM-5 (Falkai/ Wittchen 2015, S. 77).

Befunde:



Interpretation:

Auch dieses Item weist auf viel Unsicherheit bei den Bezugspersonen hin: Deutlich über die Hälfte aller Befragten antwortete mit „weiß nicht“. Korrekt beantworteten 27 bis 35 % der Lehrer und Eltern diese Aussage. Den höchsten Wert bei den korrekten Antworten gab es bei den Lehrern in Deutschland. Die Lehrer in Saudi-Arabien sind zu einem besonders hohen Anteil von 61 % unsicher und die höchste Rate an nicht korrekten Antworten ergab sich bei den Eltern in Saudi-Arabien (19 %). In allen vier Gruppen ist das Wissen relativ gering. Es bestehen aber auch nicht sehr viele Fehlannahmen über die Symptombdauer bei der Diagnostik, so dass Aufklärung hier möglich wäre. Allerdings haben die Befragten noch deutlich mehr Wissen zu den Items 33 und 34, die ebenfalls nach der Diagnostik fragen.

Item 39:

Die meisten Kinder mit ADHS handeln impulsiv (vorschnell und heftig), z.B. geben sie eine Antwort sehr schnell und denken nicht lange genug darüber nach.

Kommentar:

Diese Aussage ist richtig. Hyperaktive Kinder sind suchen verstärkt stimulierende Reize, ihre Impulskontrolle ist verringert, daher reagieren sie oft unbedacht und vorschnell (vgl. Krapp/ Weidenmann 2001, S. 261f.).

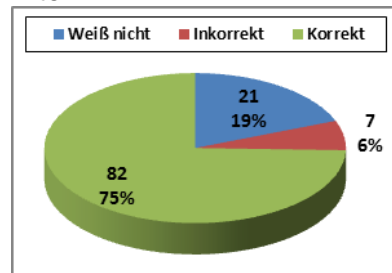
Befunde:

75%: richtig

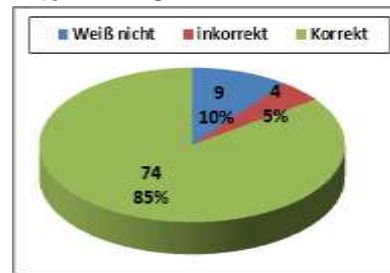
19%:
weiß nicht

6%: falsch

Eltern in D



Eltern in KSA



85%: richtig

10%:
weiß nicht

5%: falsch

88%: richtig

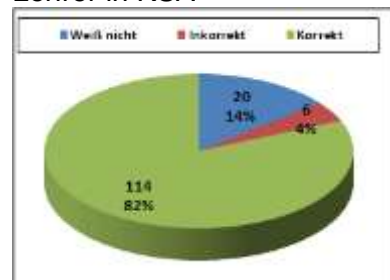
6%:
weiß nicht

6%: falsch

Lehrer in D



Lehrer in KSA



82%: richtig

14%:
weiß nicht

4%: falsch

Interpretation:

Die Befunde zu diesem Item ergeben ein sehr gutes Wissen bei den Befragten: in allen vier Gruppen gaben mindestens 75 % der Befragten korrekt an, dass diese Aussage richtig sei. Mit 88 % korrekten Antworten ergab sich bei den Lehrern in Deutschland der höchste Wert. Die Quoten an nicht korrekten Antworten und auch die Unsicherheitswerte sind dementsprechend niedrig. Nur 4 bis 6 % der Befragten hielten es für falsch, dass ADHS-Kinder impulsiv und gelegentlich unüberlegt handeln. Hier kann allerdings davon ausgegangen werden, dass es sich um Alltagswissen handelt, das sich aus der Beobachtung von betroffenen Kindern ergibt.

6.4 Erläuterungen

Diese Arbeit hatte den Vorteil für die Befragten, dass sie nicht nur gebeten wurden, ihr Wissen testen zu lassen. Außer den Items gab es auch noch zu jedem Item Erläuterungen. Diese konnten sich die Lehrkräfte und Eltern nach Beantwortung der Fragen ansehen. Wer sich zum Beispiel nicht sicher war, ob eine Ernährung mit viel Zucker zu ADHS führt, konnte nach Ausfüllen des Fragebogens dazu nachlesen, dass zu dieser Frage viel geforscht wurde und dass es heute als erwiesen gilt, dass es keinen Zusammenhang zwischen ADHS und Zucker oder anderen Nahrungsmitteln gibt.

Die Erläuterungen gab es sowohl auf Arabisch als auch auf Deutsch. Zu Themen, zu denen es keine hilfreichen Texte auf Arabisch gab, wurden Texte aus anderen Sprachen (Deutsch oder Englisch) genommen und übersetzt. Wichtig war, dass es sich um verständliche Informationen handelte, die den Lehrkräften, aber auch den Eltern wirklich weiterhelfen konnten. Alle Erläuterungen hatten einen Hinweis, in welcher Quelle, zum Beispiel in welchem Buch, über das Thema mehr Informationen zu finden waren. Dabei wurde natürlich darauf geachtet, dass diese Informationen immer aktuell, seriös und wissenschaftlich überprüft waren. Fast immer war bei den Erläuterungen ein Link dabei, mit dem die Befragten auch im Internet korrekte weitere Texte finden konnten, wenn sie mehr über die jeweilige Frage lesen wollten.

6.4.1 Rückmeldebogen und gültige Antworten

Im Rahmen der Forschungsarbeit bestand das Forschungsinteresse, etwas darüber zu erfahren, wie diese Erläuterungen den Befragten weitergeholfen haben. Das Konzept des „Gebens und Nehmens“, das in dieser Arbeit umgesetzt wurde, findet sich eher selten in empirischer Forschung. Als Anstoß für weitere Forschungsarbeiten schien es daher interessant, eine Rückmeldung der Befragten einzuholen, ob ihnen die Erläuterungen eine Hilfe waren. Da es außerdem Ziel dieser Arbeit ist, neue Hypothesen zu Wissen und Einstellungen bei Eltern und Lehrern über ADHS zu entwickeln, bestand auch die Überlegung, dass die Rückmeldungen zu den Erläuterungen hier weitere Hinweise liefern könnten.

Items: Formulierung und Antwortmöglichkeiten

Konkret wurden die Teilnehmenden in Bezug auf die Erläuterungen gebeten, zehn weitere Aussagen zu machen: Die Items lauteten:

1. Wie haben Sie die Erläuterungen gelesen?
2. Es hat mir gefallen, dass es solche Erläuterungen gab, nachdem ich den Fragebogen ausgefüllt hatte.
3. Die Erläuterungen gaben mir Hinweise darauf, was ich zu ADHS und ihren Ursachen noch nicht gewusst hatte.
4. Die Erläuterungen waren verständlich.
5. Die Erläuterungen waren sachlich überzeugend.
6. Ich habe jetzt das Interesse, noch mehr über ADHS und ihre Ursachen zu erfahren.
7. Ich weiß jetzt besser, wie ich mich gegenüber einem Kind mit ADHS verhalten soll.
8. Ich werde die Befragung an andere Personen weiterempfehlen.
9. Ich hätte mir gern noch ausführlichere Erläuterungen gewünscht.
10. Ich denke, dass die Erläuterungen zumeist falsch waren.

Die Befragten konnten jeweils per Anklicken in der online-Befragung oder per Ankreuzen auf dem offline-Fragebogen eine der folgenden Rückmeldungen auswählen:

1. Ich stimme sehr zu.
2. Ich stimme ziemlich zu.
3. Ich stimme kaum zu.
4. Ich stimme überhaupt nicht zu.

Lediglich das erste Item (Wie haben Sie die Erläuterungen gelesen?) wurde mit einem der vier folgenden Sätze beantwortet:

- Ich habe alle sehr sorgfältig gelesen.
- Ich habe das meiste gelesen.
- Ich habe nur einiges davon gelesen.
- Ich habe gar nichts davon gelesen.

Es konnten hier keine richtigen oder falschen Antworten gegeben werden, sondern es ging um subjektive Meinungen. Daher sind in der unten stehenden Auswertung die

Antwortenverteilungen nicht in Prozent ausgedrückt, sondern immer in absoluten Zahlen.

Gültige Antworten

Insgesamt wurden 196 Fragebögen zu den Erläuterungen ausgefüllt. Insgesamt haben 670 Personen entweder einen gültigen oder ungültigen Fragebogen zu den Aussagen zurückgegeben. Zwar konnten nur 378 der Bögen als gültig gewertet werden, aber es wurden insgesamt 670 Fragebögen ausgefüllt. Von diesen 670 haben also etwa 30 % auch die Erläuterungen bewertet.

Die Auswertung der Rückmeldungen ergibt zunächst, dass nicht alle zehn Items gleich oft beantwortet wurden. Gültige Antworten zu den Items gab es wie folgt:

- 95,9 % der Fragebögen enthielten eine gültige Antwort bei Item 1 (Wie intensiv wurden die Erläuterungen gelesen?).
- Jeweils 65,8 % der Bögen enthielten eine gültige Antwort bei den Items 2, 3 und 4 (Haben die Erläuterungen gefallen? Enthielten sie neue Hinweise? Waren sie verständlich?).
- 65,3 % der Fragebögen enthielten eine gültige Antwort bei Item 10 (Erläuterungen waren größtenteils falsch).
- Jeweils 64,3 % der Bögen enthielten eine gültige Antwort bei den Items 6 und 8 (Interesse, mehr zu erfahren und Weiterempfehlung der Befragung).
- Jeweils 66,3 % der Bögen enthielten eine gültige Antwort bei den Items 7 und 9 (Mehr Wissen über richtiges Verhalten und mehr Erläuterungen gewünscht).
- 66,8 % der Fragebögen enthielten eine gültige Antwort bei Item 10 (Erläuterungen waren größtenteils falsch).

Damit lässt sich nicht sagen, dass das Interesse an der Beantwortung der Fragen von Item zu Item stark nachgelassen hätte, wie Tabelle 26 zeigt. Lediglich zwischen Item 1 und den weiteren neun Items besteht ein großer Unterschied. Dieser Unterschied ergibt sich logischerweise. Denn wenn eine Person angibt, sie habe gar nichts von den Erläuterungen gelesen, kann sie natürlich normalerweise die weiteren Items nicht beantworten.

Item Nr.	Antworten
1	ca. 96 %
2	ca. 66 %
3	ca. 66 %
4	ca. 66 %
5	ca. 65 %
6	ca. 64 %
7	ca. 66 %
8	ca. 64 %
9	ca. 66 %
10	ca. 67 %

Tabelle 26: Anteil Fragebögen mit gültiger Antwort je Item, Prozentangaben gerundet

6.4.2 Ländervergleich

Gültige Antworten

Die Aufteilung gültiger Antworten (100 %) zwischen Saudi-Arabien und Deutschland kann Tabelle 27 entnommen werden. Es entfielen durchgängig etwa 60 % der gültigen Antworten auf Befragte in Saudi-Arabien und 40 % auf Teilnehmende in Deutschland. Das entspricht der Befragtenaufteilung (37,2 % in Deutschland, 62,8 % in Saudi-Arabien).

Item Nr.	Saudi-Arabien	Deutschland
1	62,8%	37,2%
2	59,7%	40,3%
3	59,7%	40,3%
4	59,7%	40,3%
5	60,2%	39,8%
6	59,5%	40,5%
7	60,0%	40,0%
8	59,5%	40,5%
9	60,0%	40,0%
10	59,5%	40,5%

Tabelle 27: Aufteilung gültiger Antworten zwischen Befragten in Saudi-Arabien und Deutschland

Nimmt man die zustimmenden Antworten zusammen und die eher ablehnenden Antworten, so ergibt sich folgende Verteilung (Tabelle 28)

Item Nr.		Saudi-Arabien	Deutschland
1: Erläuterungen gelesen	sorgfältig/das meiste nur einiges/gar nichts	53% 47%	57% 43%
2: hat mir gefallen, dass es Erläuterungen gab	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	87% 13%	88% 12%
3: Erläuterungen gaben mir neue Hinweise	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	92% 8%	90% 10%
4: <u>Erläuterungen waren verständlich</u>	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	<u>96%</u> <u>4%</u>	<u>87%</u> <u>13%</u>
5: <u>Erläuterungen waren sachlich überzeugend</u>	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	<u>100%</u>	<u>75%</u> <u>25%</u>
6: habe Interesse, mehr über ADHS zu erfahren	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	85% 15%	70% 30%
7: <u>weiß jetzt besser, wie ich mich bei einem Kind mit ADHS verhalten soll</u>	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	<u>95%</u> <u>5%</u>	<u>63%</u> <u>37%</u>
8: <u>ich werde die Befragung weiterempfehlen</u>	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	<u>77%</u> <u>23%</u>	<u>30%</u> <u>70%</u>
9: <u>hätte mir ausführlichere Erläuterungen gewünscht</u>	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	<u>31%</u> <u>69%</u>	<u>19%</u> <u>81%</u>
10: Erläuterungen waren zumeist falsch	stimme sehr/ziemlich zu stimme kaum/überhaupt nicht zu	6% 94%	15% 85%

Tabelle 28: Einschätzungen der Erläuterungen, eher zustimmende und eher ablehnende Antworten

Daraus lassen folgende Schlüsse ziehen: Zwar hat nur etwas über die Hälfte der saudi-arabischen Befragten die Erläuterungen gelesen. Diejenigen, die es getan haben, hatten zum großen Teil eine positive Meinung. In seiner saudi-arabischen Untersuchung aus dem Jahr 2014 stellte Munshi fest, dass viele der befragten Lehrerinnen von sich selber sagten, dass sie zu wenige Informationen über ADHS hätten (Munshi 2014). Da es in Saudi-Arabien wenig Literatur, Internetseiten und andere Informationen über ADHS gibt, lässt sich daraus eine Hypothese formulieren:

Hypothese: Viele Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien sind an Informationen über ADHS interessiert.

Oder:

Hypothese: In Saudi-Arabien gibt es zu wenige Informationen über ADHS für Lehrkräfte und Eltern.

Auffällige länderbezogene Unterschiede bei einzelnen Items

Das Antwortverhalten, also die Auswahl der Antworten, ist in beiden Ländern bei den meisten Items von der Verteilung her recht ähnlich. Signifikante Abweichungen gibt es nur in einzelnen Fällen. Beispielhaft soll hier Item 4 wiedergegeben werden:

Item 4: Die Erläuterungen waren verständlich

Keine befragte Person stimmte überhaupt nicht zu, dass die Erläuterungen verständlich waren. Wenige gaben an, kaum zuzustimmen. In beiden Ländern kreuzten viele Personen an, sehr zuzustimmen. Einen deutlichen Unterschied gibt es bei der Antwortmöglichkeit „Ich stimme ziemlich zu“. Für diese eher vorsichtige Antwort entschieden sich im Vergleich deutlich mehr Personen in Saudi-Arabien als in Deutschland (Abbildung 28).

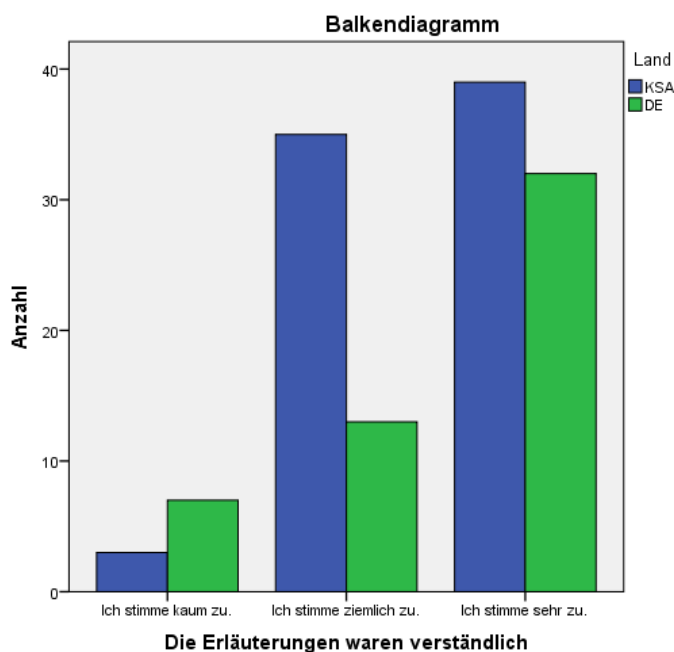


Abbildung 28: Antwortverteilung zwischen den Ländern, signifikante Abweichung bei "ziemlicher" Zustimmung

6.5 Critical Incidents

Innerhalb der Untersuchung gab es – neben der Fragebogenbeantwortung - für Eltern und Lehrkräfte die Möglichkeit, sich an einer inhaltlichen Befragung zu beteiligen. Sie konnten über sogenannte Critical Incidents berichten. Die Herkunft und Einsatzformen

dieses Forschungsansatzes sind in den vorigen Kapiteln bereits ausführlich beschrieben worden. In der hier vorliegenden Arbeit konnten die Umfrageteilnehmenden außer den Wissens- und Einstellungsfragen über ADHS auch noch auf andere Weise ihre Erfahrungen mit ADHS in Deutschland in die Befragung einbringen. Sie konnten hier von einem konkreten kritischen Erlebnis erzählen. Dabei gab es die Möglichkeit, in frei formulierten Texten einige vorgeschlagene Fragen zu beantworten und so das Erlebnis in einer halbstrukturierten Form darzustellen. Der Bericht konnte in folgenden Schritten dargelegt werden:

- Zunächst konnten die Teilnehmenden dem Erlebnis eine Überschrift geben und es damit schon grob beschreiben und in größere Bezüge einordnen.
- Dann konnten sie das Ereignis darstellen. Sie sollten das Wesentliche an der jeweiligen Situation beschreiben und wo und wann es geschah. Auch wurde nach beteiligten Personen gefragt und welche Rolle diese in dem Ereignis spielten.
- Das Herausragende an diesem Erlebnis und weitere Details konnten beschrieben werden, ebenso wie die Beendigung der Situation.
- Wichtig war schließlich noch, ob die Situation Einfluss auf das Kind der betroffenen Person hatte und welchen Zusammenhang zu einer möglichen ADHS-Erkrankung es gab.

Diese Aufforderung, ein besonderes Ereignis in eigenen Worten zu formulieren, wurde nur von sehr wenigen Teilnehmenden wahrgenommen. Es gab nur 16 beantwortete Bögen. Von diesen ging es in fünf Rückmeldungen nicht um ADHS, so dass diese nicht mit in die Auswertung einfließen konnten. Damit liegen elf gültige Fragebögen vor. Alle Rückmeldungen kommen von arabischen Eltern in Deutschland (dieser Teil der Umfrage wurde nur in Deutschland durchgeführt). Lehrkräfte haben sich hier nicht beteiligt. Vielleicht wollten die Eltern nicht gern über das Thema reden oder schreiben. Vielen arabischen Eltern könnte es unangenehm sein, etwas über eine Erkrankung oder ein Problem ihres Kindes mitzuteilen. In vielen arabischen Familien ist es nicht üblich, Probleme nach außen zu tragen. Sie werden möglichst innerhalb der Familie besprochen und geklärt.

Außerdem haben vermutlich viele Teilnehmende nicht verstanden, wozu diese Befragung gut ist. Ihnen könnte unklar sein, was mit den Angaben geschieht, wer genau da-

von noch erfährt und ob ihre Antworten vielleicht Folgen haben könnten, die sie nicht absehen können. Auch ist ihnen möglicherweise unklar, was ihr Gewinn dabei ist, wenn sie an einer solchen Umfrage teilnehmen. Sie sind den Umgang mit Befragungen nicht gewohnt und viele von ihnen verstehen nicht, wozu so ein Fragebogen gut ist. Besonders Internetumfragen sind für viele Menschen in arabischen Ländern neu. Das Internet hat sich zwar mittlerweile etabliert, aber es ist noch nicht bei allen so sehr Teil des Alltags geworden, wie dies zum Beispiel in Deutschland der Fall ist. Diese Gründe haben dazu beigetragen, dass es wenige Rückläufe bei den Critical Incidents gab. Allerdings kann auch gesagt werden: Den Eltern, die sich beteiligt haben, waren die beschriebenen Ereignisse tatsächlich sehr wichtig. Das lässt sich daran erkennen, dass häufig intensive Gefühle beschrieben werden (erbst, traurig, wütend, beunruhigt). Es wird über schlechtes Gewissen und mehrere Male über Schuldgefühle gesprochen.

In der Auswertung wurde deutlich, dass es sich bei allen Berichten um Ereignisse handelt, die mit einigen bestimmten, mehrmals genannten Bereichen zu tun haben: Es geht um ADHS im Zusammenhang mit Schule, in der Freizeit, in der Familie und in Bezug auf die Behandlung.

ADHS in der Schule

Von den elf Berichten beziehen sich sechs auf die Regelschule. Es wird berichtet, dass Eltern Konflikte mit der Schulleitung oder mit Lehrerinnen und Lehrern hatten. Dabei ging es um Gespräche mit der Schulleitung über das betroffene Kind. Nicht in allen Fällen ist klar, ob es um einen Fall geht, der mit ADHS zu tun hat oder ob es um einen allgemeinen Schulkonflikt geht. Die Eltern erzählen, dass sie Streit mit der Schulleitung hatten, weil es Probleme mit ihrem Kind im Unterricht gegeben hatte. Mehrmals berichteten Eltern, dass abschließend trotz der Gespräche keine Vereinbarung und kein für sie gutes Ergebnis erreicht werden konnte. Sie führen dies teilweise auf sprachliche Schwierigkeiten zurück, z.B.:

Das Gespräch endete ohne Ergebnis. Ich hatte den Eindruck, dass die Schulleiterin kein Verständnis für meine Sicht hat. Zudem konnte ich mich wegen Sprachschwierigkeiten nicht klarer ausdrücken. Ich hatte den Eindruck, dass die Schulleiterin sich nicht kümmert.

Einige Eltern schreiben, dass der Konflikt zwischen ihnen und der Schule sich auf das Kind auswirkt. Sie machen sich Sorgen, auch weil das Kind nicht mehr gerne zur Schule geht:

Ja natürlich, es war ein großer Einfluss auf der Ebene der Schule meines Sohnes. Mein Sohn wollte nicht mehr zur Schule begleitet werden und wollte gar nicht mehr zur Schule gehen.

Einige Ereignisse haben damit zu tun, dass Lehrkräfte die Kinder aus Sicht der Eltern ungerecht behandeln, nicht auf ihre Bedürfnisse eingehen und dadurch schlechte Schulleistungen bewirken oder nicht verhindern:

Das Kind hat an seinen Fähigkeiten gezweifelt und dachte, dass die anderen Kinder klüger als er sind.

Wenn mein Kind immer vergesslich ist und die Lehrerin uns nicht rechtzeitig informiert - klar wird die Leistung des Kindes immer schlechter und nicht besser.

In einem weiteren Schulbericht kritisiert die betroffene Mutter, dass sie viel zu spät von den Problemen erfahren hatte, die ihr Kind in der Schule hat. Die Mutter fühlt sich schuldig, nicht selbst früher aktiv geworden zu sein.

Ich habe ein schlechtes Gewissen und fühlte mich Schuld daran, dass ich das Kind nicht von Anfang an zum Arzt geschickt habe. Ich hätte der Lehrerin nicht vertrauen sollen.

Vorfall in der Freizeit

Es gibt einen Bericht über einen Vorfall auf dem Spielplatz. Dieser scheint eher Fragen von Ausgrenzung oder Rassismus zu betreffen und nicht ADHS. Dennoch handelt es sich um ein wichtiges Erlebnis, da es die Mutter sehr betroffen gemacht hat und sie mit ihrem Kind mitfühlt, das ebenfalls das Ereignis nicht vergessen kann:

Ich konnte meinem Kind keinen Grund nennen, warum die anderen Kinder woanders spielen wollten. Seitdem fragt mein Kind immer, wenn wir zu einem Spielplatz gehen, ob die anderen Kinder alleine spielen wollen.

ADHS in der Familie

Eine Mutter erzählt von Unstimmigkeiten zwischen ihr und ihrem Mann über die richtige Erziehung ihres von ADHS betroffenen Kindes. Sie beschreibt, dass ihr Mann die

Symptome nicht ernst nimmt und nicht richtig darauf reagiert. Sie befürchtet, dass dieses Verhalten für den Krankheitsverlauf negativ sein könnte.

Mein Sohn leidet an ADHS. Wenn er sieht, dass sein Vater sein Verhalten als normal empfindet, wiederholt er es.

Behandlung von ADHS

Ein weiterer Bericht beschreibt einen Konflikt mit dem Arzt des Kindes. Es ging um Verständigungsschwierigkeiten und die Weigerung des Arztes, in einem Telefonat mit einem Freund der Eltern die Diagnose zu erläutern, damit dieser sie den Eltern hätte übersetzen können. Auch weigerte sich der Arzt, die Diagnose im Beisein des Kindes genauer zu erläutern. Da er jedoch schon begonnen hatte, darüber zu sprechen, beobachtete die Mutter große Verunsicherung bei ihrem Kind:

Mein Kind ist 8 Jahre alt und spricht gutes Deutsch. Da der Arzt es abgelehnt hat, die Diagnose weiter zu erklären, hat sich mein Sohn geängstigt und aufgeregt und wollte sich nicht behandeln lassen.

Eine weitere Familie ist verunsichert, weil die Aussagen des Arztes denen widersprechen, die sie von anderer Seite bekommen haben. Sie stehen nun vor der Situation, sich selbst mühsam informieren zu müssen.

In einem anderen Fall machen sich die Eltern Sorgen über die Behandlung ihres von ADHS betroffenen Sohnes. Sie sind sich unsicher, ob das vom Arzt verschriebene Medikament gut für ihr Kind ist, da es negative Nebenwirkungen hat. Zu der medizinischen Verunsicherung kommen Unklarheiten zwischen den Eltern, die die Situation erschweren:

Ich habe mit dem Medikament nach 2 Monaten aufgehört und mich geweigert, zu dem selben Arzt wieder zu gehen.

Mein Mann hatte ein schlechtes Gewissen und Schuldgefühle, da er der Meinung war, dass unser Kind das Medikament doch nehmen sollte.

Nur in einer der elf Situationen hat es am Ende eine Lösung gegeben. Hier konnte die Schulleiterin zwischen einer Mutter und dem Lehrer ihres Kindes vermitteln. Bei allen anderen endeten die Vorfälle mit bleibendem gegenseitigem Unverständnis, mit Vor-

würfen, mit Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten, mit dem Eindruck von Unhöflichkeit und anderen ungelösten Konfliktsituationen.

Die beschriebenen Ereignisse lassen sich außer in Bezug auf das Umfeld (Schule, Freizeit, Familie, Arzt) noch in thematischer Weise in Gruppen unterteilen: Viele der beschriebenen Konflikte basieren auf Verständigungsschwierigkeiten. Dabei geht es einerseits um konkrete Sprachprobleme, das heißt um die Deutschkenntnisse der Eltern. Andererseits ist häufig die Rede von Missverständnissen. Gründe hierfür können unterschiedliche kulturelle Ansichten über die Schule oder über die Aufgaben von Ärzten sein. In Kapitel 2 wurde bereits auf die interkulturelle Öffnung von Bildungs- und Versorgungseinrichtungen eingegangen. Die hier beschriebenen Critical Incidents zeigen, dass es sich auch aus der persönlichen Wahrnehmung Betroffener um ein wichtiges Thema handelt. Eine bessere Kommunikation wäre nicht nur für die Erwachsenen gut, sondern betrifft auch die Kinder selbst sehr. Mehrere Eltern schreiben, dass der Konflikt zwischen den beteiligten Erwachsenen den Kindern schadet.

Manche der Berichte gehen jedoch über das Problem fehlender Sensibilität hinaus. Teilweise wird von Vorurteilen und Ausgrenzung erzählt – etwa von einer deutschen Großmutter auf dem Spielplatz, die vielleicht nicht möchte, dass ihre Enkelkinder mit arabischen Kindern spielen oder von Lehrern, die Vorurteile gegenüber arabischen und türkischen Kindern hätten.

In den Erzählungen zu Unstimmigkeiten innerhalb der Familie und zu Auseinandersetzungen mit Ärzten hängen die Konflikte häufig mit fehlender Information zusammen. Eltern reagieren intuitiv und unterschiedlich, was zu Problemen innerhalb der Familie führt. Oder ihr Wissen reicht nicht, um den Arzt und seine Behandlungsweise zu verstehen. Dieser Punkt zeigt die Notwendigkeit einer besseren Informationspolitik über ADHS. Wichtig ist, dass diese auch Eltern mit Migrationshintergrund erreicht.

Diese Arbeit möchte Hypothesen entwickeln. Würde man die Critical Incidents – ohne Berücksichtigung der Ergebnisse der quantitativen Umfrage - daraufhin auswerten, ob sich aus den Ergebnissen Hypothesen aufstellen lassen, würden sich folgende Gedanken formulieren lassen:

- Mangelnde Informationen über ADHS stehen in Bezug zu innerfamiliären Konflikten.
- Eltern brauchen Informationen über ADHS, um ärztliche Vorschläge verstehen und einschätzen zu können.
- Verständigungsschwierigkeiten zwischen Eltern und Schule erschweren Kindern mit und ohne ADHS, mit und ohne Migrationshintergrund den Schulalltag.

In fast allen Fällen ging es um Konflikte zwischen Eltern und Schule oder Eltern und Ärzten. In diesen Fällen lassen sich ähnliche Strukturen erkennen: In ihrer Position und mit ihrem Wissen sind Schulleitungen und Ärzte den Eltern überlegen. Die Eltern sind auf das Wohlwollen der Lehrkräfte weitgehend angewiesen. Sie haben wenig Möglichkeiten, ihre Vorstellungen über Schule einzubringen, sondern müssen sich dem bestehenden System anpassen. Schulleitungen und Lehrkräfte repräsentieren dagegen dieses System. Zwischen Eltern und Schule ist die Macht nicht gleich verteilt, die Schule ist deutlich mächtiger als die Eltern. Ähnlich ist es mit Ärztinnen und Ärzten. Auch sie stehen für das medizinische System. Eltern müssen davon ausgehen, dass Ärzte mehr über ADHS wissen als sie selbst. Wenn sie nicht verstehen, wie eine Behandlung wirkt, müssen sie sich auf das Urteil der Ärzte verlassen. Sie müssen ihnen vertrauen. Auch dadurch entsteht ein ungleiches Machtverhältnis.

Diese Machtfragen im Rahmen von Schule und Medizin gelten für die Eltern, die hier teilgenommen haben, vielleicht besonders deutlich. Der Migrationshintergrund geht oft einher mit Sprachschwierigkeiten. Auch rechtliche Einschränkungen, Armut und andere Diskriminierungen bringen die betroffenen Familien in Abhängigkeiten und Benachteiligung. Dadurch verstärkt sich der Machtunterschied zwischen Eltern und Schule und zwischen Eltern und Medizinern und Medizinerinnen noch. Inwiefern eine unter Kindern weit verbreitete Krankheit wie ADHS in diesem Machtgefüge eine Rolle spielt, wäre in weiteren Untersuchungen zu beforschen. Insbesondere geht es dabei um Informationen und Kenntnisstände. Diese haben immer auch eine Bedeutung für Machtzusammenhänge. Hypothesen und Überlegungen für weitere Forschungsvorhaben könnten daher sein:

- Fehlendes Wissen auf Seiten der Eltern über ADHS verfestigt die Ungleichheiten zwischen ihnen und der Schule.
- Fehlendes Wissen über ADHS auf Seiten der Schule verstärkt die Konflikte mit den Eltern.
- Fehlende Fähigkeit von Ärzten, den Betroffenen ADHS und die Behandlungsmöglichkeiten gut zu erklären, führt zu Abhängigkeit der Eltern vom Arzt.
- Fehlendes Wissen über ADHS bei Eltern führt zu Konflikten innerhalb der Familien. Konflikte im Elternhaus können zur Entstehung von ADHS beitragen, wie Kapitel 2 gezeigt hat.

Aus den Critical Incidents lässt sich daher eine weitere Hypothese entwickeln:

Hypothese: Arabische Eltern in Deutschland brauchen Informationen über ADHS, die sie gut verstehen können.

Die Erkenntnisse aus diesem qualitativen Untersuchungsteil und die Ergebnisse der quantitativen Fragebogenuntersuchung werden im folgenden Kapitel zusammengefasst. Daraus lassen sich einige Empfehlungen entwickeln, wie das Wissen von arabischen Eltern und Lehrkräften in Deutschland und Saudi-Arabien verbessert werden kann. Auch können daraus Hinweise für weitere Forschungsarbeiten gezogen werden.

7 Zusammenfassung und Ausblick

Diese Arbeit hat sich aus erziehungswissenschaftlicher Sicht mit ADHS beschäftigt. Im Mittelpunkt standen dabei die Eltern und Lehrkräfte von Kindern, die von ADHS betroffen sind. Für die Erziehungswissenschaften gehört die Beforschung von ADHS zu den großen aktuellen Aufgaben. ADHS ist die am weitesten verbreitete psychische Störung unter Kindern und Jugendlichen. Die Prävalenzrate liegt bei Kindern in europäischen Ländern zwischen 3,6 % und 6,7 % sowie bei Jugendlichen zwischen 2,2 % und 2,6 %. Für arabische Staaten wurden höhere Prävalenzen ermittelt, allerdings sind die Ergebnisse hier nicht ganz eindeutig, weil die Raten von Forschung zu Forschung unterschiedlich sind und nicht überall die gleichen Maßstäbe und Kriterien angelegt wurden. Grundsätzlich gilt jedoch, dass sehr viele von ADHS betroffene Kinder Komorbiditäten aufweisen und oft gleichzeitig unter mehreren psychischen Störungen leiden.

Pädagogische Einrichtungen, besonders Schulen, müssen versuchen, mit ADHS richtig umzugehen. Die Störung ist für Kinder, ihre Familien und Lehrkräfte in vielen Ländern der Welt eine Herausforderung. Ein Kind mit ADHS kann viel Unruhe in die Familie und in das soziale Umfeld bringen. Es kann passieren, dass sich Freunde und Freundinnen abwenden, so dass das betroffene Kind nicht nur unter der Erkrankung, sondern auch unter mangelnden sozialen Kontakten leidet. Für ADHS ist es typisch, dass betroffene Kinder motorisch sehr unruhig sind, sehr impulsiv handeln und sich schlecht dauerhaft konzentrieren können. Ablehnung im sozialen Umfeld und schlechte Benotungen in der Schule gehören daher zum Alltag vieler von ADHS betroffener Kinder. Es ist daher für die Kinder von großer Bedeutung, dass ihre Eltern und Lehrerinnen und Lehrer gut über ADHS Bescheid wissen. Nur wenn die Erwachsenen verstehen, wie die Krankheit entsteht, wie sie behandelt wird und wie ihre Symptome aussehen, können sie ADHS frühzeitig erkennen. Außerdem können sie nur dann richtig mit den Kindern umgehen und ihnen und sich selbst das Leben mit ADHS erleichtern.

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Um sich dem Phänomen ADHS auf gesicherter wissenschaftlicher und auch medizinischer Grundlage zu nähern, wurde in dieser Arbeit in Kapitel 3 ausführlich auf

den Stand der Wissenschaft zu Ursachen, Formen, Diagnostik und Behandlungsweisen von ADHS eingegangen. Als eine schon seit dem 18. Jahrhundert beobachtete und heute weit verbreitete Störung hat ADHS viel wissenschaftliche Aufmerksamkeit erregt. Dadurch ist die Informationslage in Fachkreisen sehr gut. Es gibt sehr differenzierte Erklärungen zur Entstehung von ADHS und vielfältige Behandlungsformen. In den aktuell gültigen, internationalen medizinischen Klassifikationssystemen DSM-5 und ICD-10 hat ADHS einen festen Platz, mit klaren Diagnosekriterien. Auch die beiden Unterkategorien ADS (Aufmerksamkeitsdefizit-Störung) und HKS (Hyperkinetisches Syndrom) sind klar beschrieben. Die Frage, ob Umwelteinflüsse stärker wirken als persönliche Voraussetzungen, wird in der Medizin kaum noch diskutiert, da erwiesen ist, dass beide Aspekte eine Rolle spielen und miteinander zusammenhängen. Abläufe im Gehirn sind ebenso wichtig wie genetische Gegebenheiten. Auch sind psychosoziale und sozioökonomische Faktoren von Bedeutung. Die Geschichte und Diskussion um medikamentöse Therapien spielt eine ganz eigene Rolle. In dieser Arbeit wurden Fragen zu Medikamenten im Fragebogen bewusst nicht gestellt. Keines der 39 Items bezieht sich auf Ritalin oder andere Medikamente. Dieser Themenbereich schien zu kontrovers und für solche Fragen ist ein sehr gutes medizinisches Wissen nötig.

7.1.1 Kenntnisstand

Oft kann ADHS nur so behandelt werden, dass die Krankheit sich nicht verschlimmert oder dass die Betroffenen lernen, damit möglichst gut umzugehen. Eine vollständige Heilung ist häufig nicht zu erwarten. Dies ist ein weiterer Grund, warum es wichtig ist, die Familie und die Schule in das Leben mit ADHS miteinzubeziehen. Eltern und Lehrkräfte, die verstehen, wie die Störung entsteht, aussieht und behandelt werden kann, sind eine wichtige Unterstützung für das betroffene Kind. Daher ist eine gute Wissensbasis bei Lehrerinnen und Lehrern sowie Eltern wichtig. Dieses Wissen zu erfragen, war Ziel dieser Arbeit.

Es wurde mit einer nicht repräsentativen Stichprobe von 378 Personen gearbeitet. Davon waren 177 Lehrkräfte und 201 Eltern. 89 der Eltern leben in Saudi-Arabien, 143 der Lehrer leben in Saudi-Arabien. In Deutschland lebende Eltern waren es 112 und in Deutschland lebende Lehrer 34. Insgesamt nahmen 232 Personen in Saudi-Arabien und 146 Personen in Deutschland an der Untersuchung teil.

Der Fragebogen der Untersuchung enthielt 39 Aussagen zu ADHS, die 3 Subskalen zugeordnet waren und verschiedene Themenbereiche ansprachen und die teilweise richtig, teilweise falsch waren. Die Befragten konnten die Items als „richtig“ oder „falsch“ bewerten oder „weiß nicht“ angeben. Jedes der 39 Items wurde einzeln ausgewertet und die Ergebnisse wurden interpretiert. Die Auswertungen der einzelnen Items sind in Kapitel 6 zu finden.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass das Wissen in allen Subskalen, in allen Themenbereichen und über alle vier Gruppen sehr gering ist. Konkret lässt sich dies an der Beantwortung der Items aus folgenden Gründen erkennen:

- Nur bei zwölf Items, also bei nicht mal einem Drittel der Items gaben mehr als 50 % der Befragten die korrekte Antwort, wobei 50 % nicht als ausreichend gelten kann.
- Von guten Kenntnissen soll hier erst ab 75 % gesprochen werden, wenn also mindestens drei Viertel der Befragten die korrekte Antwort kennen. Dies war in unserer Befragung nur bei sechs der 39 Items der Fall.
- Es gab kein Item, was von allen Befragten korrekt beantwortet wurde. Es gab jedoch einen Fall, wo ein Item in einer Gruppe gar keine korrekte Antwort erhielt, Item 23 („Eine Ernährung mit wenig Zucker hilft gegen ADHS“), das von keiner der befragten Lehrkräfte in Saudi-Arabien korrekt beantwortet wurde.

Es wurden vier Gruppen von Personen befragt: arabische Eltern in Deutschland, arabische Lehrkräfte in Deutschland, Eltern in Saudi-Arabien sowie Lehrkräfte in Saudi-Arabien. Alle hatten die gleichen Items bekommen und die Auswertung wurde so gemacht, dass die Antworten gruppenweise zusammengefasst werden konnten. So war es möglich, die vier Gruppen miteinander zu vergleichen.

7.1.2 Erfahrungen mit ADHS im Unterricht oder in der Familie

Schule und Eltern sind in einer besonderen Verantwortung, mit dem (möglicherweise) von ADHS betroffenen Kind auf sensible Weise umzugehen. Besonders von Schulen als professionellen Bildungseinrichtungen ist zu erwarten, dass sie auf ADHS-Kinder,

wie auf alle anderen Kinder, mit positiver, fördernder und respektvoller Haltung zugehen. Besonders Lehrkräfte sollten daher gut über ADHS informiert sein. Bisher durchgeführte Studien zeigen, dass das Informationsniveau insgesamt nicht ausreichend ist. In Kapitel 4 sind diese Studien vorgestellt worden. Viele von ihnen haben den Fragebogen KADDS von Scitudo und anderen als Grundlage. In mehreren Untersuchungen wurde festgestellt, dass Eltern und Lehrkräfte mehr über Diagnosen und Symptome von ADHS wissen als über Therapiemöglichkeiten. In Kapitel 6 wurde gezeigt, dass die hier vorliegende Arbeit teilweise zu einem ähnlichen Ergebnis kommt. Einige Arbeiten haben gezeigt, dass Lehrer und Lehrerinnen, die mit ADHS-Kindern gearbeitet haben, besser mit den Kindern umgehen konnten. Dazu wurde in dieser Arbeit eine etwas andere Erkenntnis gewonnen.

Zusammengenommen ergeben die Studien kein ganz klares Bild darüber, in welchen Fällen einige Lehrerinnen und Lehrer mehr über ADHS wissen als andere. Etwas bessere Wissens-Ergebnisse erzielten diejenigen, die im Rahmen ihrer Ausbildung oder später in Fortbildungen sich explizit mit ADHS befasst hatten. Dass die Erfahrung mit ADHS-Kindern eine Rolle spielt (also ob jemand schon Kinder mit ADHS unterrichtet hat), lässt sich nicht eindeutig aus den Forschungsergebnissen ablesen. Es gibt Untersuchungen, die darauf hinweisen, und andere, die dies eher nicht bestätigen. Daher war dies eine der Fragen, denen in dieser Arbeit nachgegangen wurde.

Im ersten Teil der Fragebögen wurden die Befragten gebeten mitzuteilen, ob sie konkrete Erfahrung mit mindestens einem Kind haben, das von ADHS betroffen ist. Um vergleichen zu können, ob es eine Auswirkung auf das Wissen der Befragten hat, ob sie persönlichen Umgang mit einem an ADHS erkrankten Kind haben, wurden sie am Anfang danach gefragt. Lehrkräfte wurden nach Unterrichtserfahrung gefragt. Eltern wurden gefragt, ob sie ein Kind mit ADHS haben. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten hat die Frage bejaht. Das weist darauf hin, dass mehr persönlich Betroffene an der Umfrage teilgenommen haben.

In der Auswertung konnte dann erfasst werden, wie Personen mit und ohne eigene Erfahrung die Items beantwortet hatten, und damit also, ob ihr Wissen mit diesen Erfahrungen zusammenhängen könnte. Es zeigte sich, dass es nur teilweise Zusammenhänge zwischen Wissen und Erfahrung gab. Darüber hinaus ergab sich die

überraschende Erkenntnis, dass Erfahrung mit ADHS sogar mit weniger korrektem Wissen darüber verbunden sein kann.

In Bezug auf die Lehrkräfte zeigte sich: Bei den Lehrerinnen und Lehrern, die kein ADHS-Kind im Unterricht haben oder hatten, gab es etwas weniger korrekte Antworten. Die Lehrkräfte mit ADHS-Kind gaben etwas mehr korrekte Antworten. Diese Aufteilung entspricht den Erwartungen. Der Unterschied war allerdings nicht sehr groß. Zudem bezieht sich dieser Wissensvorsprung nach Erkenntnissen aus dieser Arbeit nicht auf alle Themenbereiche. Nur in Bezug auf die Subskala, die nach Symptomen und Diagnostik fragte, galt, dass ADHS-erfahrene Lehrkräfte mehr darüber wussten, als Lehrkräfte ohne Erfahrung. Für die anderen Subskalen und auch für die Gesamtuntersuchung galt dieser Zusammenhang eher nicht.

In Bezug auf die Eltern in beiden Ländern wurde ebenfalls dieser Vergleich durchgeführt, der zeigen sollte, ob Eltern mit einem eigenen Kind, das ADHS hat, mehr über die Erkrankung wissen, als Eltern ohne ein eigenes von ADHS betroffenes Kind. War bei den Lehrkräften hier ein leichter aber erwartungsgemäßer Unterschied feststellbar, gab es bei den Eltern ein überraschendes Ergebnis: Zu erwarten war, dass Eltern, die selber ein betroffenes Kind haben, viel über ADHS wissen oder jedenfalls mehr als Eltern ohne ADHS-Kind. Es war aber genau andersherum: Sie wussten nicht mehr, sondern sie beantworteten die Items sogar häufiger nicht korrekt. Dies galt besonders für die arabischen Eltern in Deutschland. Es lässt sich insgesamt für den Vergleich der Bedeutung von Erfahrungen jedoch sagen, dass die Unterschiede nicht extrem groß waren.

In der weiteren Auswertung wurden Lehrkräfte und Eltern in den beiden Ländern zusammengefasst, um alle Befragten in Deutschland mit allen Befragten in Saudi-Arabien zu vergleichen. Es ging wieder um die Frage, ob es einen Unterschied macht, wenn die befragte Person ein Kind mit ADHS im Unterricht oder in der Familie hat. Hier ergab sich folgendes Ergebnis:

Deutschland

Die Befragten mit einem ADHS-Kind wussten nicht mehr über ADHS als die Befragten ohne ein ADHS-Kind. Es war sogar teilweise (bei Subskala 2, Behandlung

und Ursachen) festzustellen, dass Befragte mit einem ADHS-Kind etwas schlechter über ADHS Bescheid wussten.

Saudi-Arabien

Der Unterschied zwischen Eltern und Lehrkräften mit und ohne ADHS-Erfahrung war hier größer als in Deutschland. Und sie antworteten so, wie es zu erwarten war: Wer ein Kind im Umfeld hatte, das an ADHS litt, wusste mehr über die Erkrankung. Eltern und Lehrerinnen und Lehrer ohne ein ADHS-Kind in Familie oder Schule wussten eher weniger und antworteten seltener korrekt als die Befragten mit einem ADHS-Kind.

An dieser Stelle ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Wissensstände aller Befragten insgesamt recht niedrig sind. Für die Befragten in Saudi-Arabien gilt dies besonders. Hier gab es noch weniger korrekte Antworten als in Deutschland.

Nachdem bei der Auswertung Vergleiche zwischen Eltern und Lehrkräften sowie zwischen den beiden Ländern vorgenommen wurden, sollte außerdem festgestellt werden, welche dieser beiden Variablen die wichtigere ist: War es für das Antwortverhalten wichtiger, ob eine Person Elternteil oder Lehrkraft war oder war es wichtiger, ob sie in Deutschland oder in Saudi-Arabien lebte? Es zeigte sich, dass es für die Gesamtbefragung keine großen Unterschiede im Antwortverhalten von Eltern und Lehrkräften gab. Beide Gruppen antworteten relativ ähnlich. Es gab nicht in einer Gruppe deutlich besseres Wissen als in der anderen. Der Vergleich von Befragten in Deutschland mit Befragten in Saudi-Arabien zeigte etwas deutlichere Unterschiede: in der Gesamtbefragung schnitten die Befragten, die in Deutschland leben, besser ab als die Befragten, die in Saudi-Arabien lebten. Daraus ergab sich die Hypothese, dass besonders in Saudi-Arabien die Informationslage unzureichend ist.

7.2 Empfehlungen für die Aufklärung von Eltern und Lehrkräften

Mehr Informationen zur Verfügung stellen, besonders in Saudi-Arabien.

In einigen Untersuchungen wurden Lehrkräfte nach ihren Informationsquellen befragt. Sie gaben an, sich aus Büchern und Fachzeitschriften zu informieren. Als positiv zu bewerten ist, dass viele Lehrerinnen und Lehrer sich motiviert zeigten, mehr über ADHS

zu erfahren. In dieser Arbeit wurde in Kapitel 3 der Frage nachgegangen, welche Informationswege es für interessierte Pädagoginnen und Pädagogen oder Eltern gibt. Während in Deutschland das Verhalten und die Rolle von Schule und Eltern bei Lernschwächen, ADHS und anderen Einschränkungen auch öffentlich diskutiert werden, sind psychische Erkrankungen in arabischen Ländern noch weitgehend tabuisiert. Es wird wenig darüber gesprochen und wenn, dann am ehesten im Familienkreis. Außerdem ist wenig Information darüber erhältlich. Auch die Forschung ist in arabischen Ländern, besonders in Saudi-Arabien, noch in den Anfängen. Dazu gehört zum Beispiel die ADHD Support Group, die als Non-Profit-Organisation seit 2004 Aufklärung anbietet und Programme macht, in denen Lehrkräfte und Mitarbeitende aus Gesundheits- und Verwaltungsberufen sich über ADHS informieren und diese Informationen an andere Lehrer und Lehrerinnen weitergeben können (ADHD Support Group 2008). In Saudi-Arabien und in anderen arabischen Ländern gibt es trotz solcher Ausnahmen noch sehr wenig öffentliche Aufklärung und überhaupt kaum Information über ADHS. Von den wenigen eigentlich arabischen Internetseiten zum Thema sind einige auf Englisch, so dass sie für viele Betroffene wenig hilfreich sind.

Aus diesem Grund soll nach Abschluss dieser Dissertation die Homepage des Forschungsprojekts weiterentwickelt werden. Es werden hier die Forschungsergebnisse präsentiert und mehrere Artikel zum Thema ADHS und zu anderen Beeinträchtigungen und Lernschwächen eingestellt. Hier können dann aktuelle, leicht verständliche und dennoch wissenschaftlich korrekte Informationen gefunden werden. Die Texte werden nicht als Übersetzungen aus dem Englischen, sondern original auf Arabisch geschrieben und sie sollen besonders Aspekte enthalten, die für Betroffene in arabischsprachigen Ländern wichtig sind. Damit soll ein erster Schritt gemacht werden, Lehrern und Eltern zu helfen.

Wie bereits erwähnt, gab es zwischen Eltern und Lehrkräften in dieser Untersuchung insgesamt kaum Unterschiede in Bezug auf ihr Wissen über ADHS – beide Gruppen gaben zu wenige korrekte Antworten. Dies gilt sowohl für die Befragten in Deutschland als auch für die Befragten in Saudi-Arabien, in beiden Ländern ist das Wissen über ADHS nicht ausreichend. Der Ländervergleich zeigt einen leichten Unterschied zwischen Saudi-Arabien und Deutschland insofern, als das Wissen bei den in Saudi-Arabien befragten Personen eher noch geringer war als bei den arabischen Eltern und

Lehrkräften in Deutschland. Die grundsätzliche Empfehlung lautet daher, dass die Aufklärung generell deutlich verbessert werden muss. Besonders in Saudi-Arabien (wie vermutlich in den meisten arabischen Ländern) fehlt es an Informationen über ADHS. Hier sollten dringend Wege gefunden werden, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse in der Bevölkerung zu verbreiten. Es müssen Wege der Informationsvermittlung gefunden werden, die bei allen Bildungsschichten und in allen Regionen auch tatsächlich bei Eltern und Lehrerinnen sowie Lehrern ankommen.

Diese Arbeit hat den Informationsbedarf aufgegriffen, indem sie den Teilnehmenden die Möglichkeit gab, sich über ADHS zu informieren. Es gab Erläuterungen zu den Aussagen, die nach dem Ausfüllen des Fragebogens angeboten wurden (Auswertung siehe Kapitel 6). Dort, wo keine arabischsprachigen Texte zu finden waren, wurden deutsche oder englische Informationen ins Arabische übersetzt. Es wurde darauf geachtet, dass die Informationen wissenschaftlich bewiesen, aber auch gut verständlich waren. Die Auswertung ergab, dass nur etwa 50 % der Befragten in Saudi-Arabien die Erläuterungen genauer gelesen hatten. Wer allerdings die Erläuterungen gelesen hatte, fand diese gut.

Fundiertes Wissen statt Alltagsvermutungen vermitteln.

Ein Vergleich in Bezug auf die Subskalen dieser Arbeit zeigt genauer, in welchen Bereichen besonders große Wissenslücken bestehen: die meisten korrekten Antworten konnten in der Subskala "Symptome und Diagnostik" gefunden werden. Die Skala "Behandlung und Ursachen" hatte die geringste Anzahl korrekter Antworten. Das bedeutet, dass es besonders zu Fragen von Therapien wenig Wissen gibt und zu der Frage, wie ADHS genau entsteht. Beide Befunde stimmen teilweise überein mit denen, die in anderen Arbeiten herausgefunden wurden: So heißt es bei Ohan et al. (2008), dass Lehrkräfte in ihrer australischen Studie grundsätzlich gutes Wissen über Symptome und Diagnostik hatten und etwas weniger in den Bereichen Ursachen und Behandlung (Ohan et al. 2008, S. 436). Allerdings muss gesagt werden: Zwar hat die hier vorliegende Arbeit auch ergeben, dass die Kenntnisse in einigen Bereichen (Symptome/Diagnostik) besser sind als in anderen (Ursachen/Behandlung). Aber der Unterschied dieser Befunde bei arabischen Lehrern und Lehrerinnen zu denen in der australischen Studie ist, dass hier insgesamt deutlich zu niedrige Wissensstände zu verzeichnen waren. Das bessere Wissen über Diagnostik und Symptome ist immer

noch zu gering, so dass die arabischen Lehrkräfte keine ausreichende Wissensgrundlage für einen guten und hilfreichen Umgang mit ADHS-Kindern haben.

In einer Untersuchung in Südafrika zeigte sich, dass das Wissen über ADHS sehr gering war. Immerhin wussten auch hier die befragten Lehrer und Lehrerinnen etwas mehr über Symptome und Diagnostik. Über Behandlungen und Ursachen wussten sie weniger. Insgesamt aber wussten sie in allen Bereichen nicht gut genug Bescheid (Perold/ Louw/ Kleynhans 2010). Bei befragten Eltern und Lehrern sowie Lehrerinnen in den USA zeigte sich zum einen, dass Eltern mehr wussten als Lehrkräfte. Zum anderen, und das bestätigt den Befund der vorliegenden Arbeit, wussten sie besonders wenig über Therapieformen, das heißt über Behandlungen. Eine weitere Studie hatte gezeigt, dass in Algerien befragte Lehrkräfte wenig wussten über allgemeine und medizinische Themen, aber etwas mehr über pädagogische Fragen (Mamady/ Ouargla 2012). Dieser Befund kann in der vorliegenden Studie teilweise bestätigt werden: Auch hier haben Lehrerinnen und Lehrer zu wenige Kenntnisse über allgemeine Aspekte und über Behandlungsweisen, also zu einem medizinischen Thema. Auch Diagnostik und Symptome sind medizinische Themen und auch dazu gab es in dieser Befragung zu wenig Wissen. Zwar war es hierzu besser als in anderen Bereichen, aber dennoch nicht ausreichend.

Es ist verständlich, dass in den Bereichen Ursachen und Behandlungen besonders wenige Kenntnisse vorhanden sind, denn hierfür sind fachliche Informationen wichtig. Über Symptome ist mehr Wissen verbreitet, weil sie im Alltag sichtbar sind. Wer ein Kind mit ADHS kennt, kennt auch die Symptome, die dieses Kind hat. Die aktuelle kanadische Studie von Blotnicky-Gallant und anderen aus dem Jahr 2015 hat ergeben, dass über Symptome und Diagnosen mehr Wissen herrscht als über allgemeine Themen. Dort wurde auch untersucht, ob Lehrkräfte sich in der pädagogischen Arbeit so verhalten, wie es nach wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen sinnvoll ist. Ergebnis war, dass sie diese Verhaltensweisen nur dann anwenden, wenn sie zu ihren Einstellungen über ADHS passen. Sie gehen also eher nach ihrem Gefühl als nach wissenschaftlichen Erkenntnissen vor (vgl. Blotnicky-Gallant 2015). Dieser Befund bestärkt die Forderung, dass Lehrer und Lehrerinnen sowie Eltern nachweislich korrektes Wissen vermittelt werden muss, da sie sonst auf der Basis von Vermutungen und Gerüchten handeln und sich vielleicht nur „zufällig“ richtig verhalten.

Als Aufklärungsempfehlung kann daher gesagt werden, dass allgemein mehr Informationen benötigt werden, aber besonders viele und klare Informationen müssen über Ursachen von ADHS und Behandlungsmöglichkeiten verbreitet werden. Dazu gehören Themen wie die Rolle der Erziehung oder der Ernährung bei der Entstehung von ADHS. Hier gibt es zu viele Gerüchte und zu wenige Sachinformationen. Bei Unwissenheit über Behandlungsmethoden ist es ähnlich: Solange viele Erwachsene glauben, ADHS könne durch Sport geheilt werden oder ADHS könne gar nicht behandelt werden, können sie keine gute Unterstützung für betroffene Kinder sein. Auch können sie keinen guten Umgang mit der Störung finden, der für sie selbst gut ist und der sie selbst nicht unter Druck setzt.

Eine andere Ursache der schlechten Informationslage bei den Eltern und Lehrern, über die hier nur eine Vermutung angestellt werden kann, könnte in den fortwährenden Kontroversen über ADHS überhaupt sowie Ursachen und Therapien liegen, die in der Öffentlichkeit, aber auch in der Fachwelt geführt werden. Immer wieder erscheinen Buchveröffentlichungen oder gibt es in den Medien Sendungen, die entweder die ADHS-Thematik ganz generell in Frage stellen oder einzelne Ansätze der Therapie oder Medikation. Dies aber dürfte zu Verunsicherungen und Irritationen bei den Nicht-Fachleuten führen.

Austausch unter Betroffenen ermöglichen.

Etwa 53 % der Befragten gaben an, ein Kind mit ADHS in ihrem Umfeld zu haben. Dieser Wert ist sehr viel höher als die Prävalenz von ADHS in den Bevölkerungen der beiden Länder. Einerseits ist dieser Wert nicht überraschend, da die Fragebögen auch über ADHS-Webseiten versandt wurden, das heißt über Seiten, die insbesondere von Eltern und Lehrkräften mit ADHS-Kindern gelesen werden. Da aber viele Teilnehmende über Schulen angefragt wurden, ob sie an der Befragung teilnehmen möchten, bedeutet es, dass dort gerade Eltern, die mit ADHS befasst sind, Interesse an der Teilnahme an der Umfrage hatten. Das lässt erstens vermuten, dass Betroffene den Wunsch haben, sich mehr mit dem Thema zu beschäftigen, auch auf wissenschaftlicher Ebene, und dass sie eine wissenschaftliche Arbeit zu ADHS unterstützen wollten. Zweitens kann vermutet werden, dass sie an einem Austausch über ADHS interessiert sind, und drittens, dass sie – zum Beispiel über die Erläuterungen zu den Items – mehr

Informationen bekommen wollten. Alle drei Punkte zeigen, dass Eltern sowie Lehrer und Lehrerinnen, die mit ADHS konfrontiert sind, Beratungsbedarf und wahrscheinlich auch Bedarf nach Gesprächen oder Gedankenaustausch haben. Die Empfehlung lautet daher nicht nur, Informationen und sachliches Wissens zu vermitteln, sondern auch Möglichkeiten zu schaffen, dass sich Betroffene mitteilen können, dass sie sich in Wissenschaft und Forschung einbringen können. Auch dürfte es wichtig sein, dass sie sich untereinander besprechen und beraten und auf diese Weise stärken können. Da ADHS die Familie und den Schulalltag sehr stark beeinflussen kann und sehr belastend sein kann, wäre dieser Austausch unter Gleichbetroffenen möglicherweise sehr hilfreich.

Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund entwickeln und anbieten.

In Deutschland gibt es zwar viele Möglichkeiten, sich zu informieren. Bücher oder Internetseiten zu ADHS sind reichlich vorhanden und auch leicht zu finden und zu bekommen. Allerdings ist die Vielfalt der Informationen auch sehr groß. Das Bücherangebot ist sehr unübersichtlich. Viele Bücher geben nicht die aktuellen Kenntnisse der Medizin wieder. Im Internet sind viele Seiten von kommerziellen Anbietern, die manchmal – vermutlich bewusst – kaum von Selbsthilfevereinen oder staatlichen Stellen zu unterscheiden sind. Für Personen ohne gute Deutschkenntnisse sind Informationen in Deutschland schwer erhältlich, etwa Bücher oder Internetseiten auf Arabisch.

Für diese Arbeit waren die islamisch-arabischen Schulen in Deutschland sehr wichtig und sie wurden in Kapitel 5 vorgestellt. Da viele Familien aus arabischen Ländern mit Kindern eingewandert sind und weil viele Eltern nicht ganz zufrieden damit sind, wie es ihren Kindern in den normalen deutschen Schulen geht, spielen Nachmittags- oder Wochenendschulen eine große Rolle. Vielleicht könnten die Schulen genutzt werden, um Informationen über ADHS an die Eltern zu geben. Hier könnten muttersprachliche Veranstaltungen, Vorträge, Gesprächsrunden oder ähnliches hilfreich sein. Die Empfehlung ist, zu prüfen, ob dieser Weg gut wäre für die Aufklärung von Eltern.

Informationen vermitteln, die die Betroffenen entlasten.

Überraschend und auch ein bisschen erschreckend ist das Ergebnis, dass erfahrene Eltern, die ein Kind mit ADHS haben, nicht besser im Antwortverhalten waren als Eltern

ohne eigenes betroffenes Kind. Warum dies so ist, konnte aus der Untersuchung nicht erkannt werden. Auch der qualitative Untersuchungsteil, die Critical Incidents, brachte hierzu keine klaren Erkenntnisse. So lassen sich nur Vermutungen anstellen: Möglicherweise weichen die persönlichen Erfahrungen von den wissenschaftlichen Erkenntnissen ab. Das macht die offiziellen Informationen unglaubwürdig. Vielleicht überlagern alltägliche Probleme die eigentlich vorhandenen, aber verschütteten korrekten Kenntnisse. So wird der Blick auf sachliche Fakten verstellt. Es wird eher mit Gefühlen als mit Wissen an die Problematik herangegangen. So können sich Gerüchte festsetzen, die angesichts der alltäglichen Belastungen gar nicht mehr reflektiert werden. Vielleicht erleben betroffene Eltern auch viel Druck von außen. Menschen in ihrem Umfeld, die ebenso wenige wissenschaftlich korrekte Informationen haben wie sie selbst, vermitteln ihnen vielleicht, dass ADHS doch etwas mit (falscher) Erziehung zu tun hat. So kommen Eltern in die Situation, dass wahre und damit auch entlastende Erkenntnisse gar nicht bei ihnen ankommen. Sie brauchen dann unbedingt Informationen, die ihnen Gefühle von Schuld und schlechtem Gewissen nehmen. Dies würde ihnen im Umgang mit den Kindern helfen und im Umgang mit dem Umfeld, besonders mit der Schule. Insbesondere würde es sie selbst emotional entlasten.

Lehrkräfte zu Schlüsselpersonen machen.

In den letzten Jahren sind einige nicht-medizinische und nicht-psychologische Untersuchungen in Deutschland und in arabischen Ländern veröffentlicht worden, in denen es nicht um die Erkrankung selbst geht, um Diagnosemöglichkeiten, Ausprägungen oder Ursachen, sondern die in Bezug auf Schule und Elternhaus geschrieben wurden. Darin geht es vielfach um die Bedeutung der Lehrer und Lehrerinnen für das Erkennen und den Umgang mit ADHS. Die Schule ist bei vielen Kindern der Ort, an dem erstmalig die Vermutung geäußert wird, ein Kind habe ADHS. Daher ist die Rolle der Lehrkraft sehr zentral. Denn der Verdacht, ein Kind könne an ADHS leiden, kann – genauso wie die Krankheit selbst – sehr bedeutsam für das betroffene Kind sein. Eine fälschlich vermutete Diagnose kann stigmatisieren, eine nicht erkannte ADHS-Erkrankung nimmt einem Kind die Möglichkeit, behandelt zu werden.

Lehrer und Lehrerinnen als professionelle Experten und Expertinnen für Kinder sollten mit fundiertem und korrektem Wissen an die ADHS-Thematik herangehen. Gerüchte und Vermutungen richten häufig mehr Schaden an, als dass sie hilfreich sind. Eine

Lehrkraft, die bei einem Schüler ADHS vermutet, sollte dies auf der Basis gesicherter Erkenntnisse tun. Auch sollte sie über eine Behandlung gut informiert sein, dieser offen und sachlich gegenüberstehen und sie je nach Fall bedarfsgerecht begleiten. Um diese Voraussetzungen zu erfüllen, braucht sie jedoch gesicherte, korrekte Informationen.

Aber ebenso wie für die Eltern gilt für die Lehrer und Lehrerinnen: sie wissen – in beiden untersuchten Ländern – zu wenig über ADHS. Die meisten korrekten Antworten entfielen auf die arabischen Lehrkräfte in Deutschland. Jedoch gab es auch hier nicht einmal 50 % korrekte Antworten auf die Items, die alle kein besonderes Expertenwissen, sondern eher Grundwissen über ADHS erfragten.

Für die beiden Subskalen 1 und 3, also bei Fragen zu Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und allgemeinen Fragen war bei Lehrkräften zu sehen, dass sie nicht mehr über diese Themen wussten, wenn sie ein Kind mit ADHS unterrichtet hatten. Bei Fragen zu Diagnostik und Symptomen war es etwas anders: Hier wussten Lehrkräfte mit ADHS-Erfahrung etwas (aber nicht sehr viel) mehr als Lehrkräfte ohne ADHS-Erfahrung. Daraus lässt sich erkennen, dass es keinen sehr deutlichen Zusammenhang zwischen Wissen und Erfahrungen gibt. Aus dieser Beobachtung drängen sich einige Fragen auf. Es scheint verwunderlich, dass hier kein deutlicherer Zusammenhang zu sehen ist. Wie kommt es dazu, dass die Arbeit mit mindestens einem Kind, das an ADHS erkrankt ist, nicht zu mehr Wissen über die Krankheit führt?

Es wäre eigentlich anzunehmen, dass eine Lehrkraft, die mit einem ADHS-Kind in der Klasse konfrontiert ist, sich mit diesem Problem beschäftigt. Immerhin ist ADHS eine Störung, die sehr auffällt und die den regulären Unterricht stark beeinflussen kann. Hier braucht ein betroffener Lehrer oder eine betroffene Lehrerin Informationen und Vorschläge, wie sie mit diesem Kind umgeht. Der Unterricht muss dann so gestaltet werden, dass trotzdem für alle Kinder ein gutes Lernen möglich ist. Diese Herausforderung müsste für Lehrkräfte bedeuten, dass sie sich informieren oder dass sie informiert werden. Wenn sie die Zeit mit dem Kind ohne weitere Informationen verbracht haben oder noch verbringen, wäre zu fragen, wie sie dies geschafft haben. Wie gehen sie mit dem Kind um? Wie gehen sie mit seinen Eltern um? Hat der Lehrer, die Lehrerin aus dem Gefühl und der Intuition heraus gehandelt? Wenn ja, wurde dann richtig oder falsch gehandelt? Oder wurde das Problem verdrängt?

Wie auch immer mit der Störung und dem betroffenen Kind umgegangen wurde, es war kein informierter Umgang. Das Handeln war nicht erlernt, nicht wissenschaftlich fundiert, nicht systematisch. Lehrkräfte in eine solche Situation zu bringen, ist unverantwortlich. Die Folgeschäden, die aus einer nicht erkannten oder falsch eingeschätzten ADHS-Erkrankung entstehen können, sind in dieser Arbeit beschrieben worden. Die Rolle der Lehrkraft besonders in den ersten Schuljahren ist für ein Kind mit ADHS sehr wichtig. Eine dringende Empfehlung für die Aufklärung von Lehrern und Lehrerinnen lautet daher:

Sie müssen in ihrer Ausbildung oder während ihrer Berufstätigkeit Kenntnisse über ADHS erhalten. Spätestens aber, wenn sie im Unterricht mit einem von ADHS betroffenen Kind konfrontiert sind, müssen sie Unterstützung bekommen. Dann brauchen Sie Informationen über Ursachen, Behandlungsformen, Symptome und Diagnostik. Gerade die Lehrer und Lehrerinnen, die im staatlichen saudi-arabischen Bildungssystem tätig sind, aber auch diejenigen, die in Deutschland vielleicht „nur“ ehrenamtlich arbeiten, können erwarten, von den Stellen gut informiert zu werden, die für Bildung zuständig sind. Gerade in den arabischen Schulen in Deutschland gibt es die Möglichkeit, das Bewusstsein der Eltern und der Lehrkräfte zu schärfen. Sie können und sollten auf Arabisch erreicht werden. Sie sollten den gleichen Informationsstand wie deutsche Lehrer und Lehrerinnen sowie deutsche Eltern bekommen.

Lehrkräfte in Deutschland und in Saudi-Arabien müssen außerdem von offizieller Seite zu Schlüsselpersonen gemacht werden. Dann werden auch die Eltern sie als solche anerkennen. Lehrerinnen und Lehrer sollten das Bewusstsein entwickeln, wie wichtig ihre Rolle für die Kinder ist. Daher sollten sie gut dabei unterstützt werden, korrektes und wissenschaftlich bewiesenes Wissen zu erwerben. So würden sie die Entscheidungen über den Umgang mit ADHS, die sie sowieso im Alltag treffen müssen, nicht mehr aus dem Gefühl heraus treffen, sondern auf der Grundlage fundierten Wissens. Sie könnten dann die Rolle als Experten und Expertinnen, die ihnen viele Eltern jetzt schon zuschreiben, tatsächlich wahrnehmen. Ein richtiger Schritt ist daher das neue Programm für ADHS-Kinder in der Primarschule in Saudi-Arabien. Dieses sollte so schnell wie möglich aktiviert und nicht mehr aufgeschoben werden. Auch ist es sehr gut, dass der Verein AFTA (The Saudi Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Society, AFTA Society) von der saudi-arabischen Regierung unterstützt wird (AFTA 2015). Aber hier muss es noch mehr Unterstützung geben, denn bisher gibt es nur drei Einrichtungen im Land, in denen sich Menschen beraten lassen können.

7.3 Empfehlungen für zukünftige Forschungen zum Thema

Formale Aspekte/Befragungen/On- und Online-Verfahren

Ein Kind, das sich nicht als selbstwirksam erlebt, verliert sein Selbstbewusstsein und das Vertrauen in die eigenen Leistungen. Dies lässt sich mit der Attribuierungstheorie nach Heider erklären, auf die zu Beginn der Arbeit verwiesen wurde. Sie erklärt, wie Abwärtsspiralen entstehen können, in denen etwas Negatives tatsächlich eintreten kann, nur weil es erwartet wurde. Die Stigmatisierung, die mit psychischen Störungen immer noch verbunden ist, erlebt das Kind außerdem. Aus pädagogischer Sicht ist daher die intensive Auseinandersetzung mit ADHS von hoher Priorität. Dies gilt besonders angesichts hoher Prävalenzzahlen. Mit dieser Arbeit ist daher ein wichtiger Beitrag der Erziehungswissenschaften zur ADHS-Thematik versucht worden.

Die Auswahl der Items in den Fragebögen für Eltern und für Lehrkräfte in dieser Arbeit basierte auf sorgfältigen Vorbereitungen. Zuerst wurde ein Leitfadenterview entwickelt, das Hinweise für die Erarbeitung des quantitativen Fragebogens lieferte. Dieser entstand dann zunächst in einer Pilotfassung, die in Fachkreisen begutachtet wurde. Hierfür standen Fachleute an verschiedenen Universitäten in Saudi-Arabien, Jordanien und Ägypten sowie Deutschland dankenswerterweise zur Verfügung. Der fertige Fragebogen wurde im weiteren Schritt als Grundlage für die Gestaltung einer Internetseite genutzt. Da ursprünglich von einer breit angelegten, ausschließlich internetbasierten Befragung ausgegangen wurde, wurde sehr viel Sorgfalt auf die Entwicklung dieser Seite verwandt. Im Verlauf der Befragung stellte sich heraus, dass die Zielgruppen auf diesem Weg nur zum Teil erreicht werden konnten. Nachdem deutlich wurde, dass per Internet keine ausreichend große Stichprobe erzielt werden würde, musste der Forschungsansatz angepasst werden. In Kapitel 5 wurde diese Erweiterung um die sogenannte Offline-Befragung detailliert beschrieben. Diese Befragung war ausreichend erfolgreich in der Ansprache der Zielgruppen.

Die Konsistenzanalyse hatte ergeben, dass die drei Subskalen nicht gleichermaßen als konsistent gelten konnten. Subskala 2, in der nach Wissen über Behandlungen und Ursachen von ADHS gefragt wurde, erreichte in der Überprüfung mithilfe von Kuder-Richardson gute Konsistenzwerte. Auch die Umfrage als Ganze konnte danach als sehr konsistent gelten. Die beiden anderen Subskalen erreichten etwas zu niedrige Werte. In weiteren Forschungsvorhaben sollten diese Ergebnisse der Konsistenzanalyse noch einmal genau betrachtet werden, um zu verstehen, wie diese Werte entstanden sind.

Folgende Überlegungen mussten angestellt werden und können auch als Grundlage für die Entwicklung weiterer Forschungsvorhaben berücksichtigt werden:

- In arabischen Ländern sind internetbasierte Umfragen noch selten; die Befragten sind ungeübt und unsicher im Umgang damit.
- Die geringe Verbreitung von Internetbefragungen kann bei Befragten Ängste und Skepsis ausgelöst haben. So war vielleicht vielen nicht klar, wozu so eine Befragung dient, wer von den Ergebnissen erfährt und welche Konsequenzen eine Beteiligung daran möglicherweise haben könnte.
- Die Personen der Zielgruppen wurden trotz breit gestreuter Informationen über die Untersuchung nicht in hoher Zahl erreicht.
- Der erhaltene Link zur Umfrageseite wurde möglicherweise zwar zur Kenntnis genommen, aber dann doch nicht sofort aufgerufen oder aus anderen Gründen vergessen.
- Die Umfrage war möglicherweise für manche Befragte zu lang.
- Die Beantwortung wurde vielleicht als schwierig empfunden, so dass das Interesse daran verschwand oder gar nicht erst aufkam.

Transfer von der Forschung in die Praxis verbessern.

Inhaltlich ergaben sich einige Ergebnisse, die für zukünftige Forschungsvorhaben interessant sind, weil sie Anlass geben können, weitere Untersuchungen anzustellen

und auch spezifische Ansatzpunkte dafür anbieten. Dazu gehört der Befund, dass viele Lehrkräfte und Eltern kaum Kenntnis darüber haben, wie verbreitet ADHS und andere psychische Beeinträchtigungen sowie Lernschwächen sind. Auch gibt es Fehlannahmen darüber, dass ADHS tatsächlich eine Erkrankung und nicht nur eine Modeerscheinung ist. Das zeigt die Auswertung von Items 6 und 8. Zum einen sollten besonders Lehrer und Lehrerinnen wissen: psychische Störungen betreffen sehr viele Kinder. Zum anderen sollten sie wissen, dass ADHS eine wirkliche Störung und sehr verbreitet ist. Dies sind Beispiele dafür, dass es ganz konkrete Wissenslücken gibt und dass das, was die Medizin, die Psychologie oder die Erziehungswissenschaften über ADHS herausgefunden haben, nicht bei denen ankommt, die mit ADHS im Alltag zu tun haben. Die Empfehlung an die Forschung: Da es einen großen Unterschied zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem Wissen in der Bevölkerung zu geben scheint, muss die Forschung ihre Ergebnisse besser und breiter in der Öffentlichkeit bekannt machen. Sie hat hier eine Verantwortung für die betroffenen Kinder, Familien und Fachkräfte. Wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse müssen öffentlich gemacht werden. Wem, wenn nicht den Betroffenen soll Forschung dienen?

Auch die Frage, wie der Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen über ADHS und andere Beeinträchtigungen in die pädagogische Arbeit gelingen kann, kann Grundlage eines Forschungsvorhabens sein.

Welche Rolle spielen Erfahrungen bei der Verarbeitung von Wissen?

Der überraschende Befund, dass Eltern mit einem ADHS-Kind nicht unbedingt mehr, sondern genauso wenig oder sogar weniger über ADHS wissen, gehört in dieser Arbeit zu den wichtigsten Aufträgen an weitere Forschungsarbeiten. Welche Gründe kann es für diesen unerwarteten Zusammenhang geben? Die Abweichungen waren wie erläutert ausreichend signifikant, so dass es sich nicht um einen „Zufall“ handeln dürfte. Dennoch müssten formale Aspekte geprüft werden, etwa ob die Größe der Stichproben ausreichend war oder wie sich die Stichprobe zusammensetzte.

Darüber hinaus könnte ein genauerer inhaltlicher Blick auf die Zielgruppe weiterführen: Spielen Sprachkenntnisse hier eine Rolle und wurden die Items wirklich verstanden? Verstehen die betroffenen Eltern die Informationen, die sie im Zusammenhang mit der ADHS-Erkrankung ihres Kindes bekommen? Erhalten sie in den Gesprächen mit Ärzten

und Ärztinnen Auskünfte, die sie auch wirklich begreifen? Haben sich bei den betroffenen Eltern eine negative Grundeinstellung und Frustration entwickelt? Führen diese zu einer Ablehnung wissenschaftlicher Behauptungen, weil sie im Alltag nicht hilfreich sind? Denkbar ist auch eine skeptische Haltung gegenüber medizinischer oder wissenschaftlicher Aufklärung. Vielleicht fehlt es an Vertrauen dem medizinischen Personal gegenüber und entsprechend auch gegenüber seinen Aussagen.

In muslimischen Kontexten werden Erkrankungen oft external begründet, aber dennoch ganzheitlich erlebt (siehe Kapitel 2). Auch sprechen viele Menschen mit muslimischem Hintergrund über psychische Schwierigkeiten so, als seien sie körperliche Beschwerden (was sie ja häufig auch gleichzeitig sind). Traditionelle Verstehensmuster von Erkrankungen und Störungen sind zudem teilweise religiös verwurzelt. Diese Aspekte können zu bestimmten Verhaltensweisen führen, etwa zu einem bestimmten Umgang mit Informationen über Erkrankungen, die im Umfeld kursieren. Wenn diese Informationen nicht zum bisherigen Verständnis passen, werden sie möglicherweise ignoriert. Zum Beispiel wird in Deutschland ADHS heute zum großen Teil als genetisch begründet gesehen, was die Herkunftsfamilie des betroffenen Kindes gewissermaßen verantwortlich macht (auch wenn sie ihre Gene nicht beeinflussen kann). Auch kann es schwierig sein, die Information zu verarbeiten oder überhaupt erst zuzulassen, dass Erziehung zwar kein Auslöser von ADHS ist, dass aber familiäre Situationen dennoch eine Rolle bei der Entwicklung und Ausprägung von ADHS spielen. So kann es geschehen, dass vielfältig vorhandene Information bei Einzelnen nicht auf innere Aufnahmebereitschaft trifft.

Eltern mehr in den Forschungsmittelpunkt stellen.

Es gibt weltweit deutlich mehr Untersuchungen über die Rolle von Lehrern und Lehrerinnen in Bezug auf ADHS als von Eltern. Einige Forschungen haben aber gezeigt, dass Eltern mehr über ADHS wissen als Lehrkräfte. Diese Erkenntnis kann hier in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Daraus ergibt sich ein erster Forschungsansatz: genauer zu überprüfen, ob und unter welchen Bedingungen Eltern mehr über ADHS wissen.

Lehrerinnen und Lehrer werden aufwändig ausgebildet, häufig an Universitäten. Dort können und sollten sie auch etwas über ADHS lernen. Eltern machen keine Ausbildung

als Mütter oder Väter. Das heißt, wenn sie ein Kind mit ADHS haben, müssen sie sich in die Problematik einarbeiten. Sie haben dazu unterschiedliche Möglichkeiten und Fähigkeiten. Die Forschung sollte untersuchen, wie auch sozial benachteiligte Eltern oder Eltern mit niedrigem Bildungsniveau korrekte und hilfreiche Informationen über ADHS bekommen können.

Wenn Eltern ein ADHS-Kind haben, sind sie ganz anders davon betroffen als Lehrer und Lehrerinnen. Für Eltern ist nicht nur wichtig, was korrekte wissenschaftliche Erkenntnisse sind. Sie sind mit ihren Gefühlen beteiligt: sie machen sich Sorgen, sie haben Angst, sie fühlen sich schuldig und anderes. Auch hierauf sollte ADHS-Forschung eingehen. Denn bisher haben die meisten Untersuchungen über Eltern vor allem ihr Wissen über ADHS erfragt. Ein paar Forschungsarbeiten haben sich auch mit Einstellungen befasst und damit, was die Einstellung der Eltern für die Kinder bedeutet. Aber viele Fragen, die Eltern bewegen, sind noch nicht ausreichend erforscht. Das hat in dieser Arbeit die Frage nach den Critical Incidents gezeigt: Für Eltern ist die Beziehung zu Lehrkräften und Schulleitungen wichtig, sie verstehen viele Dinge nicht, sie erleben Diskriminierung. Welche Zusammenhänge zu ADHS gibt es hier? Eltern haben auch Fragen, die die Familie betreffen. Sie sprechen über Erziehung, über die Partnerschaft der Eltern, über die Rolle von Geschwistern. Auch diese Themen sollte die Forschung aufgreifen.

Zusammenhänge von Kultur und Inklusion erforschen.

Neben der Erarbeitung und Vermittlung von Kenntnissen kann es für zukünftige Untersuchungen auch wichtig sein, diese Kenntnisse im Zusammenhang mit rechtlichen und kulturellen Rahmenbedingungen zu sehen. Dies kann am Beispiel von Item 15 erklärt werden: Item 15 der Befragung lautete „Kinder mit ADHS können nicht in normalen Klassen lernen“. Nur etwa die Hälfte der Befragten wusste, dass dies nicht korrekt ist, sondern dass Kinder mit ADHS gut mit anderen Kindern zusammen unterrichtet werden können. Sowohl in Saudi-Arabien als auch in Deutschland gibt es gesetzliche Vorgaben zu Inklusion, und Kinder mit und ohne Beeinträchtigungen sollten gemeinsam in den Schulen lernen. In beiden Ländern gibt es hierzu jedoch große Unsicherheit bei Eltern und bei Lehrkräften.

Die Forschung sollte daher fragen, warum es bisher noch schwierig ist, dass Kinder mit und ohne ADHS, Lernschwächen oder psychischen Störungen gleich behandelt werden. Dies sollte eigentlich nicht so sein. In Deutschland spielt die UN Behindertenrechtskonvention eine wichtige Rolle und es wird viel über Inklusion in den Schulen gesprochen, auch in Bezug auf ADHS (Henke/ Wendler 2012, S. 273 ff.). In Saudi-Arabien ist der religiös-kulturelle Hintergrund wichtig. So steht allen Menschen laut Koran und Scharia das Recht auf Leben, Würde und Bildung zu. Darüber hinaus sind in der kurzen Zeit, die der saudi-arabische Staat erst besteht, viele Fortschritte in Bezug auf die Rechte von Kindern mit Behinderungen im Bildungs- und im Rechtssystem erreicht worden (Alquraini 2010, S. 139 f.). Trotzdem gibt es noch viele Hindernisse, die dazu führen, dass diese Inklusion bisher nicht ausreichend umgesetzt wird. Hier sollten weitere Forschungsarbeiten ansetzen.

ADHS im Kontext von Migration betrachten.

Auch deshalb ist es interessant, arabische Familien in der Migration und im eigenen Land im Vergleich zu betrachten: Welche Rolle spielen die äußeren Gegebenheiten, wieviel Halt geben die mitgebrachten Traditionen und welche Ressourcen werden von der Mehrheitsgesellschaft übernommen? Weder in Deutschland noch in Saudi-Arabien wurden diese Themen bisher umfangreich betrachtet. In Deutschland und erst recht in Saudi-Arabien wurde die Rolle von Eltern im Zusammenhang von ADHS erst sehr wenig beforscht. Diese Arbeit hat sich an einen mehrfach vergleichenden Ansatz herangewagt. Vergleiche zwischen Eltern und Lehrern und gleichzeitig ländervergleichende - und in gewisser Weise auch kulturübergreifende - Arbeiten liegen noch zu wenig vor und sie sind in der Forschung bisher nicht ausreichend berücksichtigt worden. Ein Beispiel für einen kulturübergreifenden, umfassenden Ansatz stellt die Arbeit von Schmiedeler und anderen dar, in der Wissen und Fehlannahmen von Lehrkräften (allerdings nicht von Eltern) in neun verschiedenen Ländern untersucht wurden (Schmiedeler et al. 2014, S. 239). An anderer Stelle wurden wichtige Vorarbeiten für weitere kulturübergreifende Forschungsarbeiten geleistet: Internationale Studien haben sich damit beschäftigt, wie Befragungen zu psychopathologischen oder psychiatrischen Themen „cross-cultural“ durchgeführt werden können und wie nachvollziehbare Vergleiche angestellt werden können, in denen kulturelle Aspekte möglichst nicht zu Verzerrungen der Ergebnisse führen (Achenbach et al. 2008; Heiervang/ Goodman/ Goodman 2008).

Diese Arbeit hat ihren Blick zum einen auf arabische Länder und gerade Saudi-Arabien gerichtet. Zum anderen hat sie – und auch hier ist sie Vorreiterin in diesem Forschungsfeld – sich arabischer Eltern und Lehrkräfte angenommen, die in Deutschland leben und arbeiten. Über ADHS und Migration gibt es kaum Literatur, und diese Arbeit hat dazu beigetragen, hier eine große Lücke zu schließen. In Deutschland leben viele zugewanderte Familien aus arabischen Staaten. Momentan steigt ihre Zahl aufgrund von Krieg und anderen Krisen in ihren Herkunftsländern sehr stark an und die Zuwanderung wird möglicherweise auch in der näheren Zukunft noch andauern. Die meisten von ihnen sind muslimisch. Sie erleben ADHS in der Familie möglicherweise anders als Familien mit deutschem Hintergrund. Die Herausforderung, ein Kind mit ADHS in der Familie zu haben, ist von der ethnischen Herkunft unabhängig. Aber für Zugewanderte, gerade mit muslimischem Hintergrund, kommen noch viele besondere Schwierigkeiten hinzu. Nicht nur in den viel beschriebenen Beziehungen zwischen den Geschlechtern, sondern auch zwischen Erwachsenen und Kindern, zwischen Eltern und ihren Kindern wirken traditionelle Verhaltensweisen, die manchmal mit denen der deutschen Aufnahmegesellschaft in Konflikt geraten. Schwierige Situationen können außerdem im Kontakt mit Ärzten und Ärztinnen oder mit Lehrern und Lehrerinnen entstehen. Hinzu kommen religiös oder kulturell begründete Umgangsweisen mit Themen wie Krankheit und Gesundheit oder mit psychischen Störungen. Auch hierüber kann es zu Kommunikationsproblemen mit Menschen aus der Mehrheitsgesellschaft kommen.

Critical Incidents: Nachdenken ermöglichen, Erfahrungen nutzen.

Neben dem quantitativen Teil hatte das Forschungsdesign qualitative Anteile. Außer einem Leitfadenterview in der Vorbereitungsphase war dies die Abfrage von Critical Incidents. Für die Erforschung von kulturellen Zusammenhängen und den Umgang der Menschen mit ADHS, Lernschwächen und Beeinträchtigungen wurde in dieser Arbeit diese Methode genutzt. In den vorigen Kapiteln wurde erläutert, wie die Methode angewendet wird, wie sie entstanden ist und wozu sie dienen kann. Sie kommt unter anderem aus der Medizin. Sie ist auch viel genutzt worden im Zusammenhang mit Fragen interkultureller Kommunikation. Da diese beiden Bereiche für die hier vorliegende Arbeit wichtig sind, schienen Critical Incidents auch dafür ein geeignetes Instrument, mehr über subjektive Sichtweisen über ADHS zu erfahren. Im Fragebogen

zu Critical Incidents konnten die Teilnehmenden in einem freien Text von relevanten Erlebnissen berichten, die mit ADHS zu tun hatten. Ein Erlebnis galt dann als relevant, wenn es aus der subjektiven Sicht der Betroffenen wichtig war.

Es sind einige interessante Erkenntnisse deutlich geworden, die zur Hypothesenbildung beigetragen haben. Allerdings war der Rücklauf sehr begrenzt, so dass auch die daraus gewonnenen Perspektiven sich in engem Rahmen bewegen. Da es sich nur um einen kleinen Untersuchungsteil handelte, konnten keine weitreichenden Erkenntnisse gewonnen werden. Es hat sich aber schon im kleinen Umfang gezeigt, wie intensiv diese Methode sein kann. Es wird nach konkreten und kritischen Ereignissen gefragt, die bei den Befragten viele Gefühle ausgelöst haben. Sich an diese Ereignisse noch einmal zu erinnern und sie nachzuerzählen, kann zu sehr ehrlichen Berichten führen, die für die Forschenden wichtige Erkenntnisse bringen.

In dieser Arbeit war der Teil der Critical Incidents auch als ein Angebot an die Teilnehmenden zu verstehen, über den quantitativen Fragenbogen hinaus etwas zum Thema zu erzählen. Nur eine kleine Anzahl der Teilnehmenden machte mit. Da aber schon diese wenigen Antworten gute Einblicke ermöglichten, ist die Empfehlung für zukünftige Forschungsvorhaben, den Ansatz der Critical Incidents unbedingt aufzugreifen. Wenn im Vorfeld sorgfältig überlegt wird, wie ausreichend viele Teilnehmende dazu motiviert werden können, sich auf die Methode einzulassen und ausführlich und ehrlich die Fragen zu beantworten, so können auf diese Weise sehr aufschlussreiche Daten gesammelt werden. Dies gilt besonders für ADHS, denn im Zusammenleben mit einem von ADHS betroffenen Kind oder in der schulischen Arbeit ergeben sich viele besondere Ereignisse. Diese entstehen wegen der Hyperaktivität und Impulsivität der Kinder, die sicher zu vielen schwierigen, aber hoffentlich manchmal auch schönen Erlebnissen führen. Gleichzeitig muss mit so einer Methode aber auch sehr vorsichtig umgegangen werden, da es um einen persönlichen Bereich der Befragten geht, über den nicht alle gern berichten. Privatsphäre und mögliche Bedenken der Teilnehmenden müssen unbedingt berücksichtigt werden.

ADHS in den Bildungssystemen.

Abgesehen davon, dass der Teil der Critical Incidents in dieser Arbeit gezeigt hat, wie gut mit dieser Methode empirisch gearbeitet werden kann, gab es auch konkrete

Ergebnisse: ADHS bringt für die betroffenen Familien Konflikte im Umfeld mit sich, besonders in der Schule. Bei den arabischen Eltern in Deutschland können sich diese vermischen mit anderen Schwierigkeiten, die durch die Zuwanderungssituation und die Interkulturalität entstehen. Da das Wohlergehen ihrer Kinder den meisten Eltern außerordentlich wichtig ist, kann es zu einer hohen Emotionalität in diesen Konflikten kommen. Oft können diese Gefühle nicht durch sachliche Informationen ausgeglichen werden, weil es den Eltern an Wissen über ADHS fehlt. Die Auswertung der Critical Incidents hat gezeigt, dass fehlende Informationen das zentrale Problem sind. Falsche oder fehlende Informationen bei Eltern, aber auch bei Lehrerinnen und Lehrern sind wahrscheinlich in vielen Fällen ein wichtiger Grund für die beschriebenen Konflikte und Probleme. Das sowieso bestehende Machtgefälle zwischen Schule und Eltern – häufig besonders bei Eltern mit Migrationshintergrund – verstärkt sich noch. Auch gibt es ein Machtverhältnis zwischen Arzt oder Ärztin und den Eltern, wenn die Eltern zu wenig Wissen haben oder die Erklärungen nicht verstehen.

Für die erziehungswissenschaftliche Forschung ist es wichtig, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen. Wie gut Schule und Bildung in Saudi-Arabien und in Deutschland funktionieren, hat fast immer auch etwas damit zu tun, wie in diesen Ländern die gesellschaftliche Macht verteilt ist. Hier sollte weiter geforscht werden, damit die Strukturen der Bildungssysteme verstanden werden. Wenn die Forschung die Systeme versteht, kann sie erklären, was daran zu ändern ist, damit alle Kinder die bestmögliche Bildung erhalten. Mit „alle Kinder“ sind auch Kinder mit ADHS, Lernschwächen, psychischen Beeinträchtigungen und allen Behinderungen gemeint. Zukünftige Forschung sollte untersuchen, welche Informationen Eltern und Lehrkräfte brauchen, wie sie diese bekommen können und warum sie sie bisher noch nicht bekommen haben. Sie sollte dabei auch Eltern betrachten, die nicht in ihrem Heimatland leben oder aus anderen Gründen vielleicht gesellschaftlich benachteiligt sind. Ländervergleichende Ansätze können auch hier interessante Ergebnisse bringen – sowohl in Bezug auf Fragen zu Informationen und Wissen als auch in Bezug auf Fragen der Strukturen der Bildungssysteme. Ein gegenseitiges Lernen voneinander wird dadurch möglich.

Hypothesen dieser Arbeit als Ausgangspunkte für weitere Forschungen.

Im vorigen Kapitel 6 wurden die Hypothesen formuliert, die im Forschungsverlauf dieser Arbeit entwickelt wurden. Diese sollen hier noch einmal zusammengefasst

wiedergegeben werden, da sie die Grundlage für zukünftige Forschungen bilden sollen. Aus einzelnen Hypothesen oder aus mehreren Hypothesen zusammen lassen sich neue Forschungsinteressen und -fragen formulieren. Diese sollen zu weiteren Untersuchungsansätzen führen, in denen diese Hypothesen hinterfragt und beforscht werden. In einem oder in mehreren zukünftigen Forschungsvorhaben können die Hypothesen auf diese Weise verifiziert oder widerlegt werden und die Forschenden wiederum zu neuen Erkenntnissen und auch zu neuen Hypothesen führen. Anzumerken ist noch einmal, dass in der hier vorliegenden Untersuchung die Aussagen nur in Bezug auf arabische Eltern und Lehrkräfte in Deutschland und in Saudi-Arabien getroffen werden können.

- Lehrkräfte, die in einer Klasse mit mindestens einem ADHS-Kind arbeiten, haben mehr Wissen über Symptome und Diagnostik von ADHS als Lehrkräfte, die kein von ADHS betroffenes Kind in ihrem Unterricht haben.

oder

- Lehrkräfte, die arbeitsbezogene Erfahrung mit mindestens einem ADHS-Kind haben, haben mehr Wissen über Symptome und Diagnostik von ADHS als Lehrkräfte ohne diese Erfahrung.
- Eltern, die ein eigenes Kind mit ADHS haben, haben nicht mehr Wissen über ADHS als Eltern ohne ein betroffenes Kind. Teilweise (hier in Bezug auf Behandlung und Ursachen) haben sie sogar geringeres Wissen.
- Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien ohne persönliche Erfahrung im Umgang mit einem ADHS-Kind haben eher weniger Wissen über ADHS als vergleichbare Personen mit einem betroffenen Kind.

oder

- Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien mit persönlicher Erfahrung im Umgang mit einem ADHS-Kind haben eher mehr Wissen über ADHS als vergleichbare Personen ohne ein betroffenes Kind.
- Die befragten Lehrkräfte und Eltern sowohl in Saudi-Arabien als auch in Deutschland, die keine persönliche Erfahrung im Umgang mit einem ADHS-Kind

haben, haben etwas mehr Wissen über ADHS als vergleichbare Personen, die ein betroffenes Kind in ihrer Familie oder ihrem Unterricht haben.

- Die befragten Lehrkräfte und Eltern sowohl in Saudi-Arabien als auch in Deutschland verfügen über zu wenig Wissen über ADHS.
- (Die befragten) Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien haben insgesamt eher weniger Wissen über ADHS als arabische Lehrkräfte und arabische Eltern in Deutschland.
- Über die Bedeutung der Ernährung für die Entstehung von ADHS gibt es weit verbreitete Fehlannahmen bei Lehrkräften und bei Eltern.
- Besonders wenig Wissen gibt es bei den Befragten in Bezug auf die Rolle der Erziehung und der Verhaltensweisen in der Familie.
- Befragte Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien und auch arabische Lehrkräfte und Eltern in Deutschland haben mehr Wissen über Symptome und Diagnostik von ADHS als über Behandlung und Ursachen sowie über allgemeine Aspekte von ADHS.
- Viele Lehrkräfte und Eltern in Saudi-Arabien sind an Informationen über ADHS interessiert.

oder

- In Saudi-Arabien gibt es zu wenige Informationen über ADHS für Lehrkräfte und Eltern.
- Arabische Eltern in Deutschland brauchen Informationen über ADHS, die sie gut verstehen können.

Nach diesen Befunden, Ergebnissen und Empfehlungen bleibt zu hoffen, dass die Arbeit mit dem Themenbereich ADHS weitergeht. Der Appell, betroffenen Erwachsenen mehr verständliche und dennoch wissenschaftlich fundierte Informationen zur Verfügung zu stellen, geht an die Wissenschaft und an Verantwortliche der Bildungs-

und Gesundheitspolitik. Sobald Eltern und Lehrkräfte nicht mehr auf der Basis von Vermutungen, Halbwissen und Gerüchten agieren, kann Vieles für sie selber, aber besonders auch für die Kinder leichter werden. Sich mit Fachleuten und anderen Betroffenen auszutauschen, ist ein natürliches Bedürfnis, für das leicht Umsetzungsmöglichkeiten gefunden werden können und das zusätzlich zu besserem Wissen sowie zu einem einfacheren Alltag führen kann. Bei solchen Bemühungen ist es wichtig, alle Bevölkerungsschichten zu bedenken. ADHS macht keinen Unterschied zwischen reich und arm, zwischen deutsch und arabisch, zwischen gebildet und benachteiligt. Verständliche, muttersprachliche Informationen bereit zu stellen, ist unkompliziert und doch sehr hilfreich. Wenn Informationsschriften oder Beratungsgespräche auch beinhalten, dass Eltern sich nicht schuldig fühlen sollten, wäre ein weiterer Schritt zu einem respektvollen Umgang mit Familien getan, in denen ADHS ohnehin im Alltag eine große Herausforderung bedeutet. Für Lehrkräfte gilt: Sie sind wichtige Ansprechpersonen für Eltern. Wenn sie in die Lage versetzt werden, dieser Verantwortung auch in Bezug auf ADHS besser gerecht zu werden, ist das ein Zeichen, dass sie in ihrer besonderen Rolle ernst genommen werden.

Um all diese Forderungen umsetzen zu können, ist es wichtig, dass Forschungsteams nicht vergessen, ihre wertvollen Kenntnisse weit zu verbreiten und nicht nur innerhalb der Wissenschaften oder sogar nur innerhalb ihrer Fach-Community zur Diskussion zu stellen. Besonders kulturübergreifende Ansätze und migrationsbezogene Themen sind für moderne Gesellschaften interessant. Die Rolle der Bildungssysteme ist dabei unter anderem aus pädagogischer Sicht stets kritisch mitzubedenken. Über Lehrkräfte wurde in Bezug auf ADHS schon recht viel geforscht. Nun sollten häufiger auch Eltern als Expertinnen und Experten für ihre Kinder und ihre Familien in den Mittelpunkt gestellt werden. Ihr Erfahrungswissen kann neue Erkenntnisse bringen und mit Hilfe qualitativer empirischer Forschungen, wie zum Beispiel der Critical Incidents-Methode, behutsam ans Licht der Wissenschaft geholt werden.

Hinter all diesen Überlegungen steht am Ende das Kind. Jedes Kind, das heißt auch jedes Kind, das an ADHS leidet, hat ein Recht auf gute Bildung. Jedem Kind die bestmögliche Bildung zu bieten, also die, die es braucht und wünscht, muss eines der wichtigsten Ziele erziehungswissenschaftlicher Bemühungen bleiben.

Literaturverzeichnis⁴

Achenbach, Thomas M.; Becker, Andreas; Döpfner, Manfred; Heiervang, Einar; Roessner, Veit; Steinhausen, Hans-Christoph; Rothenberger, Aribert (2008): Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. In: *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 49 (3), S. 251–275. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x.

ADHD Support Group (2008). Online verfügbar unter <http://adhd.org.sa/en/news/support-group-plans-drive-to-raise-adhd-awareness/>, zuletzt geprüft am 14.09.2015.

ADHS Deutschland e.V. (2013): Diagnose. Online verfügbar unter <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/Diagnose/Diagnose.aspx>, zuletzt geprüft am 21.06.2015.

ADHS Lebenswelt (2015): Lehren. Strukturierung des Unterrichts. Online verfügbar unter http://www.adhs-lebenswelt.de/lehrer/schule/Lehren.aspx#Strukturierung_des_Unterrichts, zuletzt geprüft am 14.06.2015.

AFTA The Saudi Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Society (2015). Online verfügbar unter <http://adhd.org.sa>, zuletzt geprüft am 09.09.2015.

AG ADHS (2015): Häufig gestellte Fragen. Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. Online verfügbar unter <http://www.ag-adhs.de/informationen/haufige-fragen.html>, zuletzt aktualisiert am 01.06.2015, zuletzt geprüft am 21.06.2015.

Ahamer, V. (2012): Unsichtbare Spracharbeit. Jugendliche Migranten als Laiendolmetscher. Integration durch „Community Interpreting“. Bielefeld.

Akinbami, L. J.; Liu, X.; Pastor, P. N.; Reuben, C. A. (2011): Attention deficit hyperactivity disorder among children aged 5-17 years in the United States, 1998-2009. In: NCHS Data Brief, 70, August 2011.

Āl'āsmī, Ryāq(2008). Āḍṭrāb ālāntbāhālmṣḥwb bfrṭ ālnṣāt lṭ id'ā, tālmyḍ ālsfyn āltālt w ālrāb' mn ālt'lym ālāsāsy, drāst ṣḥsyh. Mǧltāl' Ġām't dmsq, (1) 24,53-103.

العاسمي، رياض (2008). اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ الصفين الثالث والرابع من التعليم الاساسي، دراسة شخصية . مجلة جامعة دمشق، (1) 24، 53-103.

Al Haidar, F. A. (2003): Co-morbidity and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in Saudi Arabia. In: *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale* 9 (5/6), S. 988–995.

Al-Habeeb, A.; Qureshi, N.; Al-Maliki, T. (2012): Pattern of child and adolescent psychiatric disorders among patients consulting publicly-funded child psychiatric clinics in Saudi Arabia. In: *Eastern Mediterranean Health Journal* 18 (2).

Ālhǧ, Rqyt(2013). Msādr āltḍ ālnāfsy ldy ābā w āmhāt dwy Āḍṭrāb ālāntbāhālmṣḥwb bfrṭ ālnṣāt. Ġām't Ālmalk S'wd, (15)7,103-127.

⁴ Die arabischen Quellen werden hier stets zweimal aufgelistet: Zum einen in der Umschrift nach den Regeln der Deutschen Morgenländischen Gesellschaft (DMG) und zum anderen in arabischer Schrift, um die Quellenangabe auch für diejenigen lesbar zu machen, die die Umschrift nicht kennen.

الحجبي، رقية (2014). صادر الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. *مجلة التربية جامعة الملك سعود*، (15) 7، 103-127.

Ālḥmd, Mohammad(2002). Āḍṭrāb ḍ'f ālāntbāh ū bfrṭ ālḥrkḥ ldy Ālātfl. Āsbh w 'lgh. ar-Riyād: Ākādymyh ālṭrbyhālkāsh.

الحامد، محمد (2002). اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال : اسبابه وعلاجه . الرياض : أكاديمية التربية الخاصة.

Al Hamed, J.; Taha, A.; Sabra, A.; Bella, H. (2008): Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Male Primary School Children in Dammam, Saudi Arabia: Prevalence and associated Factors. In: *J Egypt Public Health Assoc* 83 (3/4), S. 165–182.

Alquraini, T. (2010): Special Education in Saudi Arabia: Challenges, Perspectives, Future Possibilities. In: *International Journal of Special Education* 25 (3), S. 139–147.

Alicke, T.; Heisig, S.; Moisl, D.; Prause, J.; Rexroth, M. (2010): Wann macht es "klick"? Resilienz und Bewältigungsstrategien von jungen Menschen mit Migrationshintergrund beim Übergang von Schule in Ausbildung. In: *Sozialmagazin. Die Zeitschrift für soziale Arbeit*, 35 (6), S. 12-17.

Alkahtani, Keetam D. F. (2013): Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *PSYCH* 04 (12), S. 963–969. DOI: 10.4236/psych.2013.412139.

Al Nur (2015): Arab Nil-Rhein Verein. Al Nur Moschee e.V. Online verfügbar unter <http://www.alnur.de/>, zuletzt aktualisiert am 09.06.2015.

Āl',Nṣāry tālḥt (2011nwfmbr,18)ḡm'yt ĀftĀ tāntzr āldām w tf'yl Ālmšrw' ālwāṭny m' ālḡht ālḥkwmyt, ḡrydt ālryāḍ,1582ṣ.7.

الأنصاري، طلحة (2011، نوفمبر، 18) جمعية أفتا تنتظر الدعم وتفعيل المشروع الوطني مع الجهات الحكومية. *جريدة الرياض*، 1582 ص.7.

Āl' ṭmān, Slṭān(2011 ābryl ,21) Tf'yl ālmšrw' ālwṭṭny Lfrṭ Ālāntbāhālmšḥwb bfrṭ ālnšā t wāl',hly yntzrwn. , ḡrydt ālryāḍ,15641 ṣ.12.

العثمان، سلطان (2011، ابريل، 21) تفعيل المشروع الوطني لفرط الحركة وتشتت الانتباه والأهالي ينتظرون. *جريدة الرياض*، 15641 ص.12.

Āli, Ālsyd w Bdr Fāqt (1999). Āḍṭrāb ḍ'f ālāntbāh ldy Ālātfl. al-Qāhira.

علي، السيد و بدر، فائقة (1999). اضطراب ضعف الانتباه لدى الأطفال. القاهرة: مكتبة النهضة.

Amendt, J. (2014): Arabisch und Türkisch genießen kein hohes Prestige. In: *neues deutschland*, 11.01.2014. Online verfügbar unter <http://www.neues-deutschland.de/artikel/920451.arabisch-und-tuerkisch-geniessen-kein-hohes-prestige.html>, zuletzt geprüft am 03.06.2015.

Anderson, D. L.; Watt, S.E.; Noble, W.; Shanley, D. C. (2012): Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Attitudes Towards Teaching Children with ADHD: The Role of Teaching Experience. In: *Psychology in the schools*. DOI: 10.1002/pits.21617.

Area Leao Borges, L. de (2010): Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Lernschwierigkeiten. Kinder im Diagnoseprozess. Dissertation. Universität Siegen, Siegen.

- Atteslander, P. (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10., neubearb. und erw. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter.
- Atteslander, P. (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Schmidt.
- Auernheimer, Georg (Hg.) (2013): Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. 4., durchg. Aufl. 2013. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Interkulturelle Studien). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-19930-6>.
- Auswärtiges Amt (2015): Saudi Arabien. Kultur und Bildung. Online verfügbar unter http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/SaudiArabien/Kultur-UndBildungspolitik_node.html, zuletzt aktualisiert am Februar 2015, zuletzt geprüft am 09.06.2015.
- Balz, H.-J., Benz, B., Kuhlmann, C. (Hg.) (2012): Soziale Inklusion als Grundlage Sozialer Arbeit. 1., neue Ausg. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Banaschewski, T (2010): Genetik. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 113–127.
- Barkley, R. (1987): Defiant children. A clinican's manual for parent training. New York: Guilford.
- Barkley, Russel (1990): Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A.; Murphy, K. R. (2006): Fact Sheet: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Topics. Online verfügbar unter <http://www.russellbarkley.org/factsheets/adhd-facts.pdf>, zuletzt geprüft am 15.06.2015.
- Baumeister, A. A.; Henderson, K.; Pow, J. L.; Advokat, C. (2012): The early history of the neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: *J Hist Neurosci* 21 (3), S. 263–279. DOI: 10.1080/0964704X.2011.595649.
- Becker, N. (2007): Der Stellenwert biologischer Erklärungsmuster in der Debatte über ADHS. Eine Analyse pädagogischer Zeitschriften. In: *Zeitschrift für Pädagogik* (52. Beiheft), S. 186–201.
- Becker, N. (2014): "Schwierig oder krank?". ADHS zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Universität Göttingen, Habilitationsschrift, Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Bekle, B. (2004): Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. In: *Journal of Attention Disorders* 7 (3), S. 151–161.
- Berghahn, S.; Rostock P. (2009): Der Stoff aus dem Konflikte sind. Debatten um das Kopftuch in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Bielefeld.
- Bergmann, K. (2014): AD(H)S und Ernährung. Mythen, Fakten, Zusammenhänge. Hamburg: Disserta-Verlag.
- Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) (Hg.) (2007): Bericht zur Kinder- u. Jugendgesundheit in Deutschland. Berlin: BDP.

BiB Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2015): Durchschnittsalter der Bevölkerung. Online verfügbar unter http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/D/durchschnittsalter_bevoelkerung.html, zuletzt geprüft am 27.05.2015.

Biegert, H. (2009): ADHS: Impulsiv und unaufmerksam - Lehrer und Pädagogen ohne Chance? Würzburg.

Bierhoff, H.-W. (2006): Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch. Stuttgart.

Blotnicky-Gallant, P.; Martin, C.; McGonnell, M.; Corkum, P. (2015): Nova Scotia Teachers' ADHD Knowledge, Beliefs, and Classroom Management Practices. In: *Canadian Journal of School Psychology* 30 (1), S. 3–21.

Born, A.; Oehler, C.: Lernen mit ADHS-Kindern. http://lerntherapie-system.de/download/C2f0f21c8X129ac211dafXY1f6b/Born_Oehler_PTE_ASI_Lernen_mit_ADHS_Kindern__3_.pdf.

Bos, D. J.; Oranje, B.; Veerhoek, E. S.; van Diepen, R. M.; Weusten, J.; Demmelmair, H. et al. (2015): Reduced Symptoms of Inattention after Dietary Omega-3 Fatty Acid Supplementation in Boys with and without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *Neuropsychopharmacology*. DOI: 10.1038/npp.2015.73.

Bose, A. von; Terpstra, J. (2012): Muslimische Patienten pflegen. Berlin/Heidelberg.

Brandeis, D.; Banaschewski, T. (2010): Neurophysiologie - elektrische Hirnaktivität. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 57–75.

Brinkmann, H. U. (2014): Soziodemografische Merkmale der Migrationsbevölkerung. In: Britta Marschke und Heinz Ulrich Brinkmann (Hg.): Handbuch Migrationsarbeit. 2., überarbeitete und aktualisierte Aufl. Wiesbaden: Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 21–40.

Bu-Haroon, A. (1999): The prevalence of hyperactivity symptoms in the United Arab Emirates. In: *Nord J Psychiatry* 53 (6), S. 439–442.

Bundesärztekammer (2005): Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Fragen-Antworten-Katalog. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSFAQ.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2015.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): Minas. Atlas über Migration, Integration und Asyl. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Bussing, R.; Schoenberg, N. E.; Perwien, A. R. (1998): Knowledge and information about ADHD: Evidence of Cultural Differences among African-American and White Parents. In: *Social Sciences & Medicine*, 46 (7), S. 919-928.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014): adhs AufmerksamkeitsDefizit/HyperaktivitätsStörung ... was bedeutet das? Köln: BZgA (Broschüre 11090100).

Clark, N. (2014): Higher Education in Saudi Arabia. Online verfügbar unter <http://wenr.wes.org/2014/11/higher-education-in-saudi-arabia/>, zuletzt aktualisiert am 03.11.2014, zuletzt geprüft am 09.06.2015.

CIRS NRW - Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen (2015). Online verfügbar unter <http://www.cirs-nrw.de>, zuletzt geprüft am 27.4.2015.

Creswell, J. W. (2015): *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, California: Sage.

Crichton, A. (1798, Reproduktion 2011): *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind*: Nabu-Press.

Davison, Gerald C.; Neale, John M.; Hautzinger, Martin (Hg.) (1998): *Klinische Psychologie*. 5., aktualisierte Auflage: Beltz Psychologie Verlags Union.

Deutscher Bundestag (31.12.2008): Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Fundstelle: Bundesgesetzblatt Teil II Nr. 35, S. 1419–1457.

Derman-Sparks, L. (2008): *Anti-Bias-Pädagogik: Aktuelle Entwicklungen und Erkenntnisse aus den USA*. In: Wagner, P. (Hg.): *Handbuch Kinderwelten - Vielfalt als Chance. Grundlagen einer vorurteilsbewussten Bildung und Erziehung*. Freiburg: Herder Verlag, S. 239–248.

Destatis (2015): *Bevölkerung nach Migrationshintergrund*. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundStaatsangehoerigkeit.html>, zuletzt aktualisiert am 03.06.2015.

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014): *ICD-10-GM, Version 2015, Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification*. Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.htm#V>, zuletzt geprüft am 28.05.2015.

Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G. (2000): *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, 1). Online verfügbar unter <http://www.sub.uni-hamburg.de/ebook/ebook.php?act=b&cid=532>.

Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G. (2013): *Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. 2., überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, 1). Online verfügbar unter http://sub-hh.ciando.com/book/?bok_id=471886.

Döpfner, M.; Schürmann, S.; Frölich, J. (2002): *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten*. THOP. Weinheim: Beltz.

Döpfner, M.; Schürmann, S. (o. J.): *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)*. S. 11-20. Online verfügbar unter http://www.hogrefe.de/programm/media/catalog/Book/978-3-8017-2257-9_lese.pdf, zuletzt geprüft am 28.05.2015.

Ehret, A. M.; Berking, M. (2013): *DSM-IV und DSM-5. Was hat sich tatsächlich verändert?* In: *Verhaltenstherapie* 23 (4), S. 258–266. DOI: 10.1159/000356537.

Europäische Datenschutzbeauftragte (2013): *Stellungnahme des Europäischen Datenschutzbeauftragten zum Vorschlag der Kommission für eine Verordnung über die Meldung von Ereignissen in der Zivilluftfahrt*. C 358/19.

Falkai, P.; Wittchen, H.-U. (Hg.) (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen– DSM-5®. American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.

Familie.de (2015): ADHS: Symptome und Therapie bei Kindern. Online verfügbar unter <http://www.familie.de/gesundheit/adhs-542077.html>, zuletzt geprüft am 14.06.2015.

Farah, L. G.; Fayyad, J. A.; Eapen, V.; Cassir, Y.; Salamoun, M. M.; Tabet, C. C. et al. (2009): ADHD in the Arab world: a review of epidemiologic studies. In: *Journal of Attention Disorder* 13 (3), S. 211–222. DOI: 10.1177/1087054708325976.

Fennes, K. (2008): Terminologiewissenschaftliche Arbeit (Englisch-Deutsch) zum Thema ADHS. Dissertation. Universität Wien, Wien.

Flanagan, J. C. (1954): The critical incident technique. In: *Psychological Bulletin* 51 (4), S. 327–358.

Flehsig, Karl-Heinz (1975): Forschungsschwerpunkte im Bereich der Unterrichtstechnologie. In: H. Roth und D. Friedrich (Hg.): *Bildungsforschung, Probleme - Perspektiven - Prioritäten, Gutachten und Studien der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates*. Stuttgart: Klett (51, Teil 2), S. 128–180.

Foelbach, S.; Rottenaicher, K.; Thomas, A. (2002): *Beruflich in Argentinien. Trainingsprogramm für Manager, Fach- und Führungskräfte*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Franz, M.; Lujic, C.; Koch, E.; Wüsten, B.; Yürük, N.; Gallhofer, B. (2007): Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen - Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. In: *Psychiatrische Praxis* 34, S. 332-338.

Frodl, T. (2008): Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Verhaltenstherapie. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 9 (4). Online verfügbar unter <http://www.jourlib.org/paper/2850824#.Va37hPntmko>, zuletzt geprüft am 21.07.2015.

Gaitanides, S. (2004): Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste. In: *Sozial Extra*, Mai 2004, S. 34-36.

Gaitanides, Stefan (2013): Interkulturelle Teamentwicklung - Beobachtungen in der Praxis. In: Georg Auernheimer (Hg.): *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. 4., durchg. Aufl. 2013. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Interkulturelle Studien), S. 155-172.

Gebhardt, B.; Finne, E.; Rahden, O. von; Kolip, P. (2008): *ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK*. Unter Mitarbeit von Gerd Glaeske und Edda Würdemann. St.Augustin: Asgard-Verl. (GEK-Edition, 65). Online verfügbar unter <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Sonstige-Einzelthemen/PDF-ADHS-Report-65,property=Data.pdf>.

Glaser, H. (2015): Aufmerksamkeitsstörung: Ist die Ernährung oder zu viel Zucker schuld? Online verfügbar unter http://www.navigator-medizin.de/eltern_kind/die-wichtigsten-fragen-und-antworten-zu-kinderkrankheiten/psyche/adhs-ursachen/2376-aufmerksamkeitsstoerung-ist-die-ernaehrung-oder-zu-viel-zucker-schuld.html, zuletzt geprüft am 15.06.2015.

Goffman, E. (1963): *Stigma and Social Identity*, London.

- Grasedieck, D. (2010): Das Bildungssystem Saudi Arabiens. Ein Überblick. In: *Neue Didaktik* (2), S. 121–127.
- Grothe, K. D.; Horlbeck, A. M. (2006): Warum ich auch mit Medikamenten behandle –aus der Sicht eines Kinderpsychiaters. In: Marianne Leuzinger-Bohleber, Yvonne Brandl und Gerald Hüther (Hg.): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen ; mit 3 Tabellen*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts Reihe 2, Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog, 4), S. 134–142.
- Grützmann, T.; Rose, C.; Peters, T. (2012): Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. In: *Ethik Med* 24, S. 323–334. DOI 10.1007/s00481-012-0223-7.
- ħmydy, mūyd (2010). tšħyṣ āḍṯrāb ālāntbāhālmšħwb bfrṯ ālnšāt Id`ā, `ālāmṛħlh `l` ,hālābtdāyt bdwlt ālāmṛāt āl`rbyh fy ḍw` , almwtkārāt. Rsālt ḍwktwrah, ġām`t `āmān āl`rbyt.
حميدي، مؤيد (2010). تشخيص اضطراب قصور الانتباه والحركة الزائدة لدى اطفال المرحلة الابتدائية بدولة الامارات العربية المتحدة في ضوء بعض المتغيرات. رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية
- Haug, F.; Reimer, K. (2005): *Politik ums Kopftuch*. Hamburg.
- Hasselhorn, Marcus; Hartmann, Ulrike (2011): Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen. In: *Kindheit und Entwicklung* 20 (1), S. 1–3. DOI: 10.1026/0942-5403/a000034.
- Heiervang, Einar; Goodman, Anna; Goodman, Robert (2008): The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. In: *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 49 (6), S. 678–685. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01882.x.
- Heilig, L. (2014): Risikokonstellationen in der frühen Kindheit: Auswirkungen biologischer und psychologischer Vulnerabilitäten sowie psychosozialer Stressoren auf kindliche Entwicklungsverläufe. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaften* (17), S. 263–280.
- Heine, P.; Assion, H.-J. (2005): Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: Assion, H.-J. (Hg.): *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg, S. 29-45.
- Henke, U., Wendler, M. (2012): "Wald statt Ritalin?" Ein nichtmedikamentöser Förderansatz für Kinder mit ADHS zur Teilhabe am Unterricht in der Offenen Ganztagschule. In: Balz, H.-J., Benz, B., Kuhlmann, C. (Hg.): *Soziale Inklusion als Grundlage Sozialer Arbeit*. 1., neue Ausg. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 273–282.
- Heider, F. (1958): *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York.
- Hoffmann, H. (2007): *Der Struwwelpeter*. Ungekürzte Fassung. Köln: Schwager & Steinlein.
- Hoffmann, E. (2013): Das TOPOI-Modell. In: Auernheimer, G. (Hg.): *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden, S. 127-153.
- Hornakova, A. (2009): *Intercultural Communication in Health Care*. Beitrag zur Konferenz "Language, Literature and Culture in a Changing Transatlantic World", 22.-23.4.2009, Universität Presov.
- Hornscheidt, L. (2014): entkomplexisierung von diskriminierungsstrukturen durch intersektionalität. Online verfügbar unter <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/schluesseleltexte/hornscheidt/>, zuletzt geprüft am 30.4.2015.
- Hüther, Gerald; Bonney, Helmut (2013): *Neues vom Zappelphilipp. ADS verstehen, vorbeugen und behandeln*. 2. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz.

Ihle, Wolfgang; Esser, Günter (2007): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Gesundheitliche Lage, gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen. In: Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) (Hg.): Bericht zur Kinder- u. Jugendgesundheit in Deutschland. Berlin: BDP, S. 11–21. Online verfügbar unter <http://www.bdp-verband.org/bdp/politik/2007/Kinder-Jugendgesundheit-BDP-Bericht-2007.pdf>, zuletzt geprüft am 24.09.2015.

Ilklic, I (2006): Das muslimische Krankheits- und Gesundheitsverständnis und ihre medizinethischen Implikationen in einer wertpluralen Gesellschaft. Vortrag vom 18.2.2006 im Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf.

ISIZ (2015): Islamische Bildung für heute & morgen. Muslimsein ist nicht an Land und Sprache gebunden. Online verfügbar unter <http://www.isiz.de/wochenendschule.html>, zuletzt geprüft am 09.06.2015.

Jackob, N.; Schoen, H.; Zerback, T. (Hg.) (2009): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.

Jans, T.; Philipsen, A.; Graf, E.; Schwenck, C.; Gerlach, M.; Warnke, A.; Aïmac, Studiengruppe (2008): Die Bedeutung des Vorliegens einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Müttern für die Behandlung ihrer Kinder mit ADHS--Überblick und Skizze des Studienprotokolls einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Psychotherapiestudie. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (5), S. 335–343. DOI: 10.1024/1422-4917.36.5.335.

Johnston, C.; Ohan, J. (2005): The importance of parental attributions in families of children with attention-deficit/hyperactivity and disruptive behavior disorders. In: *Clinical child and family psychology review* 8 (3), S. 167–182. DOI: 10.1007/s10567-005-6663-6.

Kain, W.; Landerl, K.; Kaufmann, L. (2008): Komorbidität bei ADHS. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156 (8), S. 757–767. DOI: 10.1007/s00112-008-1732-9.

KFA König Fahad Akademie (2015). Online verfügbar unter <http://www.kfa-bonn.de/>, zuletzt geprüft am 09.06.2015.

Kienle, X., Koerber, S.; Karch, D. (2009): Effekte einer therapeutischen Elterngruppe in der klinischen Routineversorgung von Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung. In: *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 58 (16), S. 16–33.

Kizilhan, J. I. (2009): Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. In: *Psychotherapeut* (54), S. 281–288. DOI 10.1007/s00278-009-0656-8.

Körtner, U. H. J. (2007): Krankheit, Kultur und Religion. Fragestellungen interkultureller Medizin- und Pflegeethik. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* (157) 9–10, S. 183–189. DOI 10.1007/s10354-007-0409-7.

Konrad, K. (2010): Neuroanatomie. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 42–56.

Qrnfl, Ğāmāl,(2012, āugusts 23). 'lāġ ālāmrd Ālnfsyh fe ālšrq Ālāst. tm āstrġh btryġ 23 Nūfmyr 2014 mn
<http://www.natureasia.com/ar/nmiddleeast/article/10.1038/nmiddleeast.2012.121>.

قرنفل، جمال (2012، أغسطس 23). علاج الأمراض النفسية في الشرق الأوسط. تم استرجاعها بتاريخ 23 نوفمبر، 2014 من

<http://www.natureasia.com/ar/nmiddleeast/article/10.1038/nmiddleeast.2012.121>

Kronenthaler, A.; Werner, C.; Hiltner, H.; Grille, A.; Sulymankhail, W.; Eissler, M. (2014): Der muslimische Patient. Verständnis der Auszubildenden im Pflegebereich deutscher Krankenhäuser im Umgang mit muslimischen Patienten. In: *HeilberufeSCIENCE* (5), S. 63–66. DOI: 10.1007/s16024-013-0217-5.

KSCDR (2002): Disability Code. King Salman Centre for Disability Research. Riyadh. Online verfügbar unter <http://www.kscdr.org.sa/en/Pages/DisabilityCode.aspx>, zuletzt geprüft am 10.09.2015.

Ladwig, B. (2010): Eine Generation wird krankgeschrieben?! Was steckt hinter ADHS? In: Jasmin Hofmeister (Hg.): ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren, S. 17–25.

Lange, C. (1994): Interkulturelle Orientierung am Beispiel der Trainingsmethode "Cultural assimilator". Göttingen/Nörten-Hardenberg: Zentrum für Didaktische Studien.

Lange, K. W.; Reichl, S.; Lange, K. M.; Tucha, L.; Tucha, O. (2010): The history of attention deficit hyperactivity disorder. In: *Atten Defic Hyperact Disord* 2 (4), S. 241–255. DOI: 10.1007/s12402-010-0045-8.

Lattouf, H. (2008): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei arabischen Kindern in Grundschulalter in Berlin. Ergebnisse von Befragungen arabischer Eltern und Lehrer. Dissertation. Freie Universität Berlin, Berlin.

Lesesne, C.; Visser, S.; White, C. (2003): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association With Maternal Mental Health and Use of Health Care Resources. In: *Pediatrics* 111 (5), S. 1232–1237.

Leweke, F.; Akinci, S.; Stingl, M.; Reimer, C. (2007): Spezifische Probleme in der psychotherapeutischen Behandlung von Migranten. In: *Psychotherapeut*, 443–446. DOI: 10.1007/s00278-007-0566-6.

Liebrand, M. (2011): Kinder sind verschieden. ADHS: Störungen, Defizite oder Entwicklungsbesonderheiten? In: Hartmut Giest (Hg.): Tätigkeitstheorie, Heft 6. Berlin: Lehmanns Media (ICHS : Sonderdruck, H. 1).

Lienert, Gustav (1967): Testaufbau und Testanalyse. 2., durchgesehene und verbesserte Auflage. Weinheim/Berlin: Julius Beltz.

Maas, U. (2005): Sprache und Sprachen in der Migration im Einwanderungsland Deutschland. In: *IMIS-BEITRÄGE* (26), S. 89–131. Online verfügbar unter https://www.imis.uni-osnabrueck.de/fileadmin/4_Publikationen/PDFs/imis26.pdf, zuletzt geprüft am 09.06.2015.

Machleidt, W. (2002): Die zwölf Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. In: *Nervenarzt* (73), S. 1208-1212.

Mmādī, šwqy, Āby mlywd 'bdālfātāh (2012). Ādī ma'ryft muālmī 'lmarh 'l, hālābtdāyt bādṭrāb ālāntbāhālmṣḥwb bfrṭ ālnšāt. Mğltāl ālūlm ālānsyt ū ālāğtm', 't, al-Dschazā'ir, 9 (1) 127-147.

ممادي، شوقي و أبي مليود، عبدالفتاح (2012). مدى معرفة معلمي المرحلة الابتدائية باضطراب الانتباه المصحوب بفرط النشاط. مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، 9 (1)، 127-147.

Mathieu, Markus (2014): Aufgabenbezogene Leistung in ERP-gestützten Arbeitsprozessen. Eine empirische Analyse am Beispiel der dispositiven Auftragsbearbeitung. Wiesbaden: Springer Gabler (SpringerLink : Bücher).

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte, überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.

Mecheril, P. (2008): 'Diversity'. Differenzordnungen und Modi ihrer Verknüpfung. Online verfügbar unter <https://heimatkunde.boell.de/2008/07/01/diversity-differenzordnungen-und-modi-ihrer-verknuepfung>, zuletzt geprüft am 30.4.2015.

MGLTK (2015): Statistical distribution, students schools teachers. Online verfügbar unter <http://mgltk.com/statistical-distribution-students-schools-teachers-1435/>, zuletzt geprüft am 08.06.2015.

MOE (2015a): Five main principles. Ministry of Education. Online verfügbar unter <https://www.moe.gov.ae/english/Pages/newsdetails.aspx?ID=379>, zuletzt geprüft am 11.06.2015.

MOE (2015b): Budget. Ministry of Education. Online verfügbar unter <http://he.moe.gov.sa/ar/Pages/Budget.aspx>, zuletzt geprüft am 08.06.2015.

MOE (2015c): Universities Statistics. Ministry of Education. Online verfügbar unter <http://he.moe.gov.sa/AR/MINISTRY/DEPUTY-MINISTRY-FOR-PLANNING-AND-INFORMATION-AFFAIRS/HESC/UNIVERSITIESSTATISTICS/Pages/default.aspx>, zuletzt geprüft am 09.06.2015.

Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno (2001): Psychiatrie und Psychotherapie. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.

Moldavsky, M.; Sayal, K. (2013): Knowledge and Attitudes about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Treatment: The Views of Children, Adolescents, Parents, Teachers and Healthcare Professionals. In: *Current Psychiatry Reports* (8), S. 377, 1-7. DOI: 10.1007/s11920-013-0377-0.

Molitor, E. (2004): Message électronique oder E-Mail? Einstellungen frankophoner Informatikerinnen und Informatiker zu offiziellen Ersatzwörtern für die Fachsprache des Internet und zur Sprachpolitik ; eine WWW-Befragung. Göttingen: Univ.-Verl. Göttingen.

MSW Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Unterricht in der Herkunftssprache. Online verfügbar unter <http://www.schulministerium.nrw.de/docs/Schulsystem/Schulformen/Hauptschule/FAQ-A--Z/Unterricht-in-der-Herkunftssprache/index.html>, zuletzt geprüft am 15.08.2015.

Munshi, A. M. Ali (2014): Knowledge and Misperception towards diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among primary school and kindergarten female teachers in Al-Rusaifah District, Makkah City, Saudi Arabia. In: *International Journal of Medical Science and Public Health* 3 (3), S. 434–441.

Murray, E. (2009): "Don't give up on them": Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Schools - What teachers and parents believe and know. Dissertation. Murdoch University, Perth.

Muthny, F. A.; Bermejo, I. (2009): Interkulturelle Medizin. Lagentheorie, Psychosomatik und Migrationsfolgen, Köln.

Najjar, D. (2010): Vergleich von subjektiven Krankheitskonzepten schizophrener Patienten aus Deutschland und Jordanien. Eine interkulturelle Studie. Dissertation. Universität Bonn, Bonn.

Netzwerk Leichte Sprache (2014): Was ist Leichte Sprache? Presseinformation vom 9.6.2014. Online verfügbar unter http://www.leichtesprache.org/images/Leichte_Sprache/140609Presseinformation_Netzwerk_Leichte_Sprache.pdf, zuletzt geprüft am 08.03.2015.

Neuy-Bartmann, Astrid (2014): ADHS - erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder. 6., erweiterte und überarbeitete Aufl., rev. Ausg. Stuttgart: Klett-Cotta.

OECD (2014): PISA 2012 Ergebnisse: Was Schülerinnen und Schüler wissen und können Band I, Überarbeitete Ausgabe, Februar 2014: Schülerleistungen in Lesekompetenz, Mathematik und Naturwissenschaften. Bielefeld, 2014.

Ohan, Jeneva L.; Cormier, Nicole; Hepp, Shellane L.; Visser, Troy A. W.; Strain, Melanie C. (2008): Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? In: *School Psychology Quarterly* 23 (3), S. 436–449. DOI: 10.1037/1045-3830.23.3.436.

ʿtmāhn, Mohammad (2005). Ālnšāṭ ālzād w ālkāth bālthsyġ ālmadrāsy fe ālmādrasaālbtdāh, rsālt Dwoktorh, Ġāmʿt dmšq.

عثمان، محمد (2005). النشاط الزائد وعلاقتة بالتحصيل الدراسي في المدرسة الابتدائية، رسالة دكتوراه، جامعة دمشق.

Palacios-Cruz, L. ; Pena Olvera, F. de la; Figueroa, G.; Arias Caballero, A.; Rosa Munoz, L. de la; Valderrama Pedroza, A. et al. (2013): Knowledge and beliefs about attention deficit hyperactivity disorder in teachers from three latin-american countries. In: *Salud Mental* (36), S. 257–262.

Petermann, Franz; Toussaint, Anne (2009): Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern mit ADHS. In: *Kindheit und Entwicklung* 18 (2), S. 83–94. DOI: 10.1026/0942-5403.18.2.83.

Rahn, Ewald; Mahnkopf, Angela (2005): Lehrbuch Psychiatrie. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Perold, M.; Louw, C.; Kleynhans, S. (2010): Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In: *South African Journal of Education* (30), S. 457–473.

Pfanzelt, C. (2011): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Möglichkeiten durch Klettern. Hamburg.

Philipsen, A.; Hesslinger, B.; van Tebartz Elst, L. (2008): Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: diagnosis, etiology and therapy. In: *Dtsch Arztebl Int* 105 (17), S. 311–317. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0311.

Post, S. (2009): Speziell und hochengagiert - Eine Online-Befragung der deutschen Klimaforscher. In: Nikolaus Jakob, Harald Schoen und Thomas Zerback (Hg.): *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 261–272.

Pötschke, M. (2009): Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung. In: Nikolaus Jakob, Harald Schoen und Thomas Zerback (Hg.): *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften, S. 75–89.

Pries, L. (2013): Wenn der Sozialraum der Menschen nicht nur an einem Ort ist, und warum das für Soziale Arbeit wichtig ist. In: AWO und Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): WISO Diskurs Sozialraumorientierung und Interkulturalität in der Sozialen Arbeit, Bonn, April 2013, S. 24-35.

Puls, J. H. (2010): Die wichtigsten Fakten zu ADHS: Was, woher, wohin? In: Jasmin Hofmeister (Hg.): ADHS. Diagnostik und Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern. Köln: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren, S. 11–15.

Radspieler, A. (2014): Ermittlung relevanter berufssprachlicher Kompetenzen aus der Subjektperspektive über Critical Incidents. In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online* (26), S. 1–18. Online verfügbar unter http://www.bwpat.de/ausgabe26/radspieler_bwpat26.pdf, zuletzt geprüft am 30.4.2015.

Rall, M.; Oberfrank, S. (2013): Critical incident reporting systems. In: *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* (27) 3, S. 206–212.

Reifenröther, E.; Ostrowski, V. (2015): Migrantenorganisationen als außerfamiliäre und außerschulische Lern- und Bildungsorte - das Beispiel deutsch-russischer Zusatzbildungszentren. In: *Migration und Soziale Arbeit* 37 (2), S. 140–144.

Reindl, N. (2011): Interkulturelle Familienbildung in der Praxis. In: AWO Bundesverband (Hg.): Standards und Bausteine interkultureller Familienbildung. Berlin, S. 31-53.

Richard, Stefanie; Eichelberger, Ilka; Döpfner, Manfred; Hanisch, Charlotte (2015): Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen: Ein Überblick. In: *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie* 29 (1), S. 5–18.

Rind, M. (2011): ADHS im Kindes- und Jugendalter als Familienproblematik. In: Sauerbrey, U./Winkler, M. (Hg.): Pädagogische Anmerkungen zum Aufmerksamkeitsdefizit-, Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Jena: IKS Garamond, S. 139–180.

RKI Robert Koch-Institut (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/ADHS.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 20.07.2015.

Roessner, V.; Rothenberger, A. (2010): Neurochemie. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 76–91.

Rommelspacher, B. (2009): Zur Emanzipation „der“ muslimischen Frau. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 5/2009, 34-38.

Roth, H.; Friedrich, D. (Hg.) (1975): Bildungsforschung, Probleme - Perspektiven - Prioritäten, Gutachten und Studien der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates. Stuttgart: Klett (51, Teil 2).

Rothenberger, A.; Neumärker, K.-J. (2010): Zur Geschichte der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 11–16.

Saudi Gazette (2015): Middle East leads global growth in English-medium international schools: ISC. Online verfügbar unter

<http://www.saudigazette.com.sa/index.cfm?method=home.regcon&contentid=20150226235073>, zuletzt aktualisiert am 26.02.2015, zuletzt geprüft am 02.06.2015.

Sawitzky-Rose, B. (2011): Assoziation von ADHS und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie. Dissertation. Universität Hamburg, Hamburg. Medizinische Fakultät. Online verfügbar unter <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2011/5365/pdf/Dissertation.pdf>, zuletzt geprüft am 28.05.2015.

Schewe, Iska (2007): Schewe, Iska: Positive Fantasien und Selbstüberschätzung bei ADHS-Kindern. Konstanz. Online verfügbar unter http://www.adhs-studien.info/Positive_Fantasien_und_Selbstueberschaetzung_bei_ADHS-Kindern.html, zuletzt geprüft am 09.03.2015.

Schlack, R.; Mauz, E.; Hebebrand, J.; Hölling, H. (2014): Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 820–829. DOI: 10.1007/s00103-014-1983-7.

Schmiedeler, S. (2013): Wissen und Fehlannahmen von deutschen Lehrkräften über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, H. 60, S. 143–153. DOI: 10.2378/peu2013.art12d.

Schmiedeler, S.; Scituito, M.; Terjesen, M.; Schneider, W. (2014): Wissen und Fehlannahmen von Lehrkräften über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) - ein kulturübergreifender Vergleich. Poster präsentiert auf der 49. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, September 2014. Bochum. S. 239.

Schumann, A. (2012): Critical Incidents als Forschungsinstrument und als Trainingsgrundlage. In: Schumann, A. (Hg.): *Interkulturelle Kommunikation in der Hochschule. Zur Integration internationaler Studierender und Förderung Interkultureller Kompetenz*. Bielefeld: transcript, S. 55–80.

Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U. (2004): Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (53) 6, S. 419-433.

Scituito, M. J. (2015): ADHD knowledge, misconceptions, and treatment acceptability. In: *J Atten Disord* 19 (2), S. 91–98. DOI: 10.1177/1087054713493316.

Scituito, M. J.; Terjesen, M. D.; Bender Frank, A. S. (2000): Teachers' Knowledge and Misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders. In: *Psychology in the schools* (37) 2, S. 115–122.

Sebihi, A. (2007): Interkultureller Dialog im Internet - Bildung einer E-Community zur Verbesserung des interkulturellen deutsch-arabischen akademischen Dialoges unter Verwendung von „Critical Incidents“. Dissertation. Georg-August-Universität, Göttingen. Institut für interkulturelle Didaktik e.V.

Selbsthilfegruppe Wunderkind (2015): Bedeutung im Alltag. Online verfügbar unter <http://www.selbsthilfegruppe-wunderkind.de/bedeutung-ads-adhs.html>, zuletzt geprüft am 15.06.2015.

Shaw et al. (2010): Lässt sich die Therapie von ADHS mit Computerspielen für Kinder unterstützen? Online verfügbar unter <http://www.praxis-dr-shaw.de/blog/lasst-sich-die-therapie-von-adhs-mit-computerspielen-fur-kinder-unterstutzen/>, zuletzt geprüft am 14.08.2015.

Simchen, Helga (2007): Thesen zu ADS. Online verfügbar unter <http://gesundheitsseiten.de/start.php?nas=l,0400,0062&thema=Thesen>, zuletzt geprüft am 09.03.2015.

Simchen, Helga (2015): Thesen zu ADS. Online verfügbar unter <http://helga-simchen.info/Thesen-zu-ADS>, zuletzt geprüft am 10.03.2015.

Sobanski, E.; Alm, B. (2004): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. Ein Überblick. In: *Nervenarzt* 75 (7), S. 697-715; quiz 716. DOI: 10.1007/s00115-004-1757-9.

Soroa, M.; Gorostiaga, A.; Balluerk, N. (2013): Review of Tools Used for Assessing Teachers' Level of Knowledge with Regards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In: Somnath Banerjee (Hg.): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: InTech*. Online verfügbar unter <http://www.intechopen.com/books/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents/review-of-tools-used-for-assessing-teachers-level-of-knowledge-with-regards-attention-deficit-hypera>, zuletzt geprüft am 09.06.2015.

Spector, P. E. (2006): *Industrial and organizational psychology. Research and practice*. 4. Auflage. Hoboken, NJ: J. Wiley & Sons.

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

Spröber, N.; Brettschneider, A.; Fischer, L.; Fegert, J. M.; Grieb, J. (2013): *SAVE - Strategien für Jugendliche mit ADHS: Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Verhaltensorganisation und Emotionsregulation*: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=z5luBAAAQBAJ>.

Statista (2015): *Bevölkerung - Zahl der Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen am 31. Dezember 2013 (in Millionen)*. Online verfügbar unter <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/>, zuletzt geprüft am 27.05.2015.

Statistisches Bundesamt (2015): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Fachserie 1 Reihe 2).

Steinhausen, H.-C. (2010a): *Definition und Klassifikation*. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 17–28.

Steinhausen, H.-C. (2010b): *Epidemiologie*. 2010b. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 29–39.

Steinhausen, H.-C.; Rothenberger, A.; Döpfner, M. (2010): *Therapien - Einleitung und Überblick*. In: Hans-Christoph Steinhausen, Aribert Rothenberger und Manfred Döpfner (Hg.): *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 256–257.

Stiensmeier-Pelster, J.; Schwinger, M. (2008). *Kausalattribution*. In: Schneider, W. & Hasselhorn, M. (Hg.). *Handbuch der Pädagogischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 74-144.

Stormont, M.; Stebbins, M. S. (2005): Preschool Teachers' Knowledge, Opinions, and Educational Experiences with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder. In: *Teacher Education and Special Education: The Journal of the Teacher Education Division of the Council for Exceptional Children* (28) 1, S. 52–61.

Thapar, A.; Cooper, M.; Eyre, O.; Langley, K. (2013): What have we learnt about the causes of ADHD? In: *J Child Psychol Psychiatry* 54 (1), S. 3–16. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x.

UNESCO (2007): Strong foundations. Early childhood care and education : Education for All. Paris, France, Paris: UNESCO Publishing; Unesco (EFA global monitoring report, 2007).

UNO Vereinte Nationen: enable. Rights and Dignity of Persons with Disabilities. Vereinte Nationen. Online verfügbar unter <http://www.un.org/disabilities/>, zuletzt geprüft am 20.07.2015

Uslucan, H.-H. (2014): Ethische Erziehung in muslimischen Familien. In: Britta Marschke und Heinz Ulrich Brinkmann (Hg.): *Handbuch Migrationsarbeit. 2., überarbeitete und aktualisierte Aufl. 2014.* Wiesbaden: Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 257–269.

van de Glind, G.; van Emmerik-van Oortmerssen, K.; Carpentier, P. J.; Levin, F. R.; Koeter, M. W. J.; Barta, C. et al. (2013): The International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence (IASP) study: background, methods and study population. In: *Int J Methods Psychiatr Res* 22 (3), S. 232–244. DOI: 10.1002/mpr.1397.

Walter, D.; Döpfner, M. (2009): *Leistungsprobleme im Jugendalter.* Göttingen.

Weiner, B. (1985): An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. In: *Psychological Review*, 92, 4, S. 548-573.

Weiss, K. (2014): Migrantenorganisationen als Motor der Integrationsarbeit. In: Britta Marschke und Heinz Ulrich Brinkmann (Hg.): *Handbuch Migrationsarbeit. 2., überarbeitete und aktualisierte Aufl. 2014.* Wiesbaden: Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 93–104.

Wensierski, H.-J., von; Lübcke, C. (2006): Junge Muslime in Deutschland. In: *Sozial Extra*, Februar 2006, S. 17-21.

West, J.; Taylor, M.; Houghton, S.; Hudyma, S. (2005): A Comparison of Teachers' and Parents' Knowledge and Beliefs About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In: *School Psychology International* (26) 2, S. 192–208.

WHO Weltgesundheitsorganisation (2005): WHO Draft Guidelines for WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. From information to action. Online verfügbar unter http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2015.

Wiener, J.; Daniels, L. (2015): School Experiences of Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *Journal of learning disabilities.*

World Bank (2008): *The road not traveled. Education reform in the Middle East and North Africa.* Washington, DC: World Bank (MENA development report).

Youssef, M. K.; Hutchinson, G.; Youssef, F. F. (2015): Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers: Insights From a Caribbean Nation. In: *SAGE Open* (5) 1, S. 1–8.

Anhang

Leitfaden für focussierte Interviews mit muslimischen Eltern in Deutschland über ihre Kenntnisse, Einstellungen und Handlungen zu ADS/ADHS ihrer Kinder

Einführungstext:

Das nun folgende Interview soll Hinweise liefern, welche Probleme sich für arabische Eltern von Kindern, die ADS/ADHS aufweisen, ergeben. Es werden keine Informationen über die betreffenden Personen bzw. ihre Namen weitergegeben, d.h. alle Angaben zur Person werden anonym behandelt.

Es werden neben Ihnen noch weitere Personen (Eltern, Lehrer) befragt, so dass anschließend eine Auswertung mit Vergleichen vorgenommen werden kann. Es wird erwartet, dass die deutschen Einrichtungen durch diese Auswertung die Betreuung von arabischen Kindern mit ADS/ADHS verbessern kann, u.a. durch Erstellung von schriftlichem Informationsmaterial. Zunächst möchte ich Sie fragen, ob Sie damit einverstanden sind, dass ich unser Gespräch mit einem Kassettenrecorder aufzeichne. Dieses dient nur dazu, mein Gedächtnis zu entlasten, damit ich später Ihre Angaben genau wiedergeben kann.

1. Informationen zur allgemeinen Situation

1.1 Alter des Kindes

1.2 Geschlecht des Kindes

1.3 Geschwister und deren Alter

1.4 in welche Schule geht das Kind, welche Klasse besucht es

1.5 wie ist die allgemeine Leistung des Kindes in der Schule (Gut, durchschnittlich, schlecht)

2. Fallbeschreibung zum Kind:

2.1 *Wie ist das Kind betroffen?*

a) *woran erkennen Sie, dass Ihr Kind betroffen ist?*

b) *wie schwer ist die Erkrankung?*

c) *wie lange ist die Erkrankung bekannt?*

2.3 *Wie hat sich die Erkrankung entwickelt?*

2.4 *Welche Folgen haben sich gezeigt?*

a) *Gibt es besondere Lernschwächen?*

a.1 *Probleme in der Schule.*

a.2 *Probleme mit Geschwistern*

a.3 *Probleme mit anderen Verwandten*

a.4 *Probleme mit Freunden/Freundinnen*

b) *Wie wird die Erkrankung behandelt?*

b.1 *welche Therapie (Medikamente)*

b.2 *wie lange besteht die Therapie*

b.3 *wie lange wird die Therapie dauern*

b.4 *welche Prognose hat der Arzt/Psychologe gegeben*

c) *Haben sich Erfolge der Behandlung gezeigt?*

d) *Was weiß das Kind selbst über die Erkrankung?*

e) *Was wissen Lehrer/Erzieherinnen über die Erkrankung des Kindes und wie reagieren sie darauf?*

3. Wissen/Kenntnisse:

3.1 *Was wissen Sie über ADS/ADHS?*

3.2 *Was wissen Sie über Folgen von ADS/ADHS (insbesondere Lernschwächen)?*

3.3 *Woher (von wem) wissen Sie das?*

3.4 *Seit wann (schon vor dem Auftreten der Symptome/der Therapie) wissen Sie das?*

3.5 *Wie kann die Konzentration des Kindes verbessert werden?*

4. Einstellungen:

4.1 Wie erklären Sie sich den Ursprung der Erkrankung?

4.2 Ist ADS/ADHS nach Ihrer Meinung eine Erkrankung (medizinisches Phänomen) oder ein

4.3 Kulturphänomen (durch die interkulturelle Situation bedingt)?

4.4 Wie sieht die Zukunft des Kindes aus?

5. Handlungen:

5.1 Wie können Sie dem Kind helfen und was tun Sie dafür?

5.2 Was sind Dinge, auf die Sie für das Kind besonders achten?

5.3 Wie sind Sie im Kontakt mit der Schuler/den Lehrern?

5.4 Was tun die Lehrer/Erzieher für das Kind?

5.5 Was tun andere Familienmitglieder für das Kind?

5.6 Welches sind die größten Schwierigkeiten/Probleme für das Kind?

6. Abschluss:

Ich fasse die wichtigsten Aussagen noch einmal zusammen und bitte Sie, mich zu korrigieren, wenn ich etwas falsch verstanden habe:

.....

Ich danke Ihnen für dieses Interview!

المقابلات الشخصية

هذه المقابلة بغرض توفير المعلومات التي يواجهها الوالدان المسلمان الذين لديهم أطفال مصابين باضطراب نقص الانتباه/ نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة. مع التأكيد لحضرتكم ان جميع المعلومات سوف تعالج بسرية وخصوصية وللأغراض البحثية فقط. كذلك سوف يسأل أشخاص آخريين ذوي علاقة مثل (أباء، معلمين، أطباء، أخصائي نفسي). بحيث يكون بالإمكان المقارنة والتقييم بين النتائج. ومن المنتظر من هذه الدراسة ان تساهم في تحسين مستوى الرعاية للأطفال المسلمين المصابين باضطراب نقص الانتباه/ المصحوب بفرط الحركة. وكذلك إصدار منشورات ومعلومات مكتوبة.

تمكنكم من معرفة المزيد حول هذه الدراسة الاستقصائية، وتقييمها لاحقاً. والآن أود ان استأذنك في ان تسمح لي بتسجيل حديثنا على جهاز التسجيل لان ذلك يساعدني في ان أكون دقيقاً في عملي.

معلومات الوضع العام

عمر الطفل

جنس الطفل

الاخوه والوالدين

في أي مدرس وفي أي صف هذا الطفل

ما هو مستوى أداء الطفل في المدرسة (جيد، متوسط، سيئ)

وصف حالة الطفل.

كيف أصيب الطفل

كيف علمت ان طفلك مصاب

ما مدى صعوبة هذا المرض

متى عرف هذا المرض

كيف يتطور المرض

ما هي التطورات التي ظهرت

هل هناك صعوبات تعلم محددة؟

مشاكل بالمدرسة

مشاكل مع إخوته

مشاكل مع الأقارب الآخرين

مشاكل مع الأصدقاء، الصديقات

كيف سوف يعالج هذا المرض

أي معالجة (دواء)

ما مدة المعالجة

كم من الوقت يستغرق العلاج
ما هي توقعات الطبيب ، المعالج النفسي
هل أظهرت المعالجة تحسن
ماذا يعرف الطفل حول هذا المرض
ماذا يعرف المعلمين، المربين حول مرض الطفل وما هي ردة فعلهم

علم ومعرفة:

ماذا تعرف عن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد
ماذا تعرف عن تطورات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالتحديد صعوبات التعلم
من اين/ ممن تعلمت هذا
منذ متى تعرفت على هذا(قبل ظهور الأعراض والمعالجة؟؟؟)
كيف يمكن تحسين تركيز طفل ؟

الإعدادات

كيف تفسر أصل/ منشأ هذا المرض
أعتقد ان هذا الاضطراب عبارة عن ظاهرة طبيعية أو هو عبارة عن ظاهرة ثقافية (ناتجة عن التمازج الثقافي
الحالي)
كيف تنظر لمستقبل الطفل

مناقشات:

كيف تستطيع مساعدة الطفل وما الذي يستوجب فعله لذلك؟
ما هي الأشياء الخاصة التي يجب التركيز عليها للطفل
كيف تواصلك مع المدرسة/ المعلمين
ماذا يقدم المعلم/ المربي من اجل الطفل
ماذا يفعل أفراد العائلة من اجل الطفل؟
ما هي المشاكل الرئيسية للطفل؟

Lehrer Fragebogen zu ADHS

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über die Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), indem Sie Ihre Antworten ankreuzen. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, antworten Sie bitte mit „Weiß nicht“ und raten Sie nicht. Bitte lassen Sie keine Frage aus.

Fragebogen ausgefüllt von:

- Lehre/in Verwaltungsangestellte
 Anderen:

Ich habe mindestens ein Kind mit ADHS im Unterricht.

- ja nein (wenn nein gehen sie bitte zur nächsten Seite)

Alter des Kindes:

- Männlich Weiblich

In welche Schule geht das Kind?

- Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium
 Berufsschule Gesamtschule Sonstiges:

Wie ist die allgemeine Leistung des Kindes in der Schule?

- gut durchschnittlich schlecht

Woran erkennen Sie, dass Ihr Kind von ADHS betroffen ist?

.....

wie schwer ist die Erkrankung?

.....

Welche Folgen haben sich gezeigt?

.....

	Richtig	Falsch	Weiß Nicht
1. Kinder mit ADHS verhalten sich ausdauernder, wenn sie interessanten, spannenden Aktivitäten nachgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kindern mit ADHS fällt es schwer, eine Tätigkeit über eine lange Zeitdauer hinweg auszuführen. Sie bevorzugen eher kurze Tätigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ADHS ist eine Folge falscher Erziehung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ADHS ist kein absichtliches Verhalten (das Kind will sich eigentlich nicht so verhalten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die meisten Kinder mit ADHS leiden an weiteren Störungen, die von ADHS verursacht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ADHS ist eine der häufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ADHS kann entweder leicht oder stark ausgeprägt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ADHS ist nur eine „Modeerscheinung“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es gibt wirksame Medikamente und Therapien zur Behandlung von ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ADHS ist die Folge einer Störung des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ADHS hat viele Symptome (Merkmale), die bei jedem Betroffenen etwas anders aussehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ADHS verschlechtert sich bei unzureichender Behandlung des betroffenen Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ADHS beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die meisten ADHS Kinder kommen im Alltag auch ohne Behandlung gut zurecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kinder mit ADHS können nicht in normalen Klassen lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. In der Behandlung von ADHS ist die Zusammenarbeit mit der Familie und der Schule wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ADHS ist die Folge einer schwierigen Partnerschaft zwischen den Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ADHS ist die Folge von zu viel Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ADHS entsteht, wenn ein Kind zu viel am Computer spielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ADHS ist eigentlich keine Krankheit, sondern eine nur vorübergehende Störung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ADHS kann entstehen, wenn die Mutter während der Schwangerschaft besondere psychische Probleme hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kinder mit ADHS haben mehr Probleme mit neuen als mit vertrauten Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eine Ernährung mit wenig Zucker hilft gegen ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Damit ADHS diagnostiziert werden kann, müssen die Symptome des Kindes vor dem Alter von 12 Jahren aufgetreten sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Kinder mit ADHS gehorchen normalerweise eher ihren Vätern als ihren Müttern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ein Symptom von Kindern mit ADHS ist, dass sie sich körperlich grausam gegenüber anderen verhalten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Es ist normal bei Kindern mit ADHS, dass ein überhöhtes Selbstwertgefühl oder ein Gefühl von Großartigkeit vorliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Kinder mit ADHS haben häufig in ihrer Vergangenheit gestohlen oder Gegenstände anderer zerstört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Symptome einer Depression werden bei Kindern mit ADHS häufiger diagnostiziert als bei Kindern ohne ADHS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ADHS kann man mit Sportaktivitäten heilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Kinder mit ADHS sind weniger intelligent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Aus den meisten Schätzungen geht hervor, dass ADHS bei ca. 16% der Schulkinder vorliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Um ADHS zu diagnostizieren, muss das Kind entsprechende Symptome in zwei oder mehr Lebensbereichen zeigen (z. B. zu Hause, in der Schule).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Damit ADHS diagnostiziert werden kann, müssen deutliche Hinweise auf bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Im Schulalter betrifft ADHS normalerweise öfter die Jungen als Mädchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Der genetische Faktor (Vererbung) ist die häufigste ADHS Ursache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ADHS kann auch erst im Erwachsenenalter entstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Damit ADHS diagnostiziert werden kann, muss das Kind entsprechende Symptome länger als 6 Monaten zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Die meisten Kinder mit ADHS handeln impulsiv (vorschnell und heftig), z.B. geben sie eine Antwort sehr schnell und denken nicht lange genug darüber nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مقياس المعرفة باضطراب ضعف الانتباه و النشاط الحركي الزائد (ADHS) للوالدين

إخوتي الكرام و أخواتي الكريمات الآباء والأمهات لا يخفى قلة المعلومات المتوفرة حالياً حول اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد خصوصاً في المجتمعات والتجمعات العربية ، فلا تبخلو علينا بالمشاركة في هذه الاستبانة.

الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة بعناية و اهتمام و ذلك بوضع علامة (✓) عند الإجابة المناسبة، إذا كنت لا تعرف الإجابة الرجاء اختيار لا أعلم ولا تحاول التخمين، وذلك لمساعدتنا في تحقيق الهدف المرجو من هذا الاستبانة.
❖ تأكد أن جميع المعلومات سرية، ولن يكشف عن هويتك ابداً.

معلومات عامة

من قام بتعبئة الاستمارة: الأب الأم

شخص آخر.....

لدي على الأقل طفل يعاني من ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد نعم لا (إذا كانت الإجابة بلا انتقل الى الصفحة التالية)

عمر الطفل: ذكر انثى

إلى أي مدرسة يذهب الطفل الابتدائية المتوسط الثانوية

مهنية اخرى.....

ماهو مستوى أداء الطفل جيد متوسط ضعيف

كيف علمت أن طفلك مصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHS)

.....

كيف هي صعوبة هذا الاضطراب؟
.....

ماهي الآثار التي ترتبت على إصابة الطفل بالاضطراب؟
.....

استبانة المعرفة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد

الفقرة	نعم	لا	لا أعلم
1	نعم	لا	لا أعلم
2	نعم	لا	لا أعلم
3	نعم	لا	لا أعلم
4	نعم	لا	لا أعلم
5	نعم	لا	لا أعلم
6	نعم	لا	لا أعلم
7	نعم	لا	لا أعلم
8	نعم	لا	لا أعلم
9	نعم	لا	لا أعلم
10	نعم	لا	لا أعلم
11	نعم	لا	لا أعلم
12	نعم	لا	لا أعلم
13	نعم	لا	لا أعلم
14	نعم	لا	لا أعلم
15	نعم	لا	لا أعلم
16	نعم	لا	لا أعلم
17	نعم	لا	لا أعلم
18	نعم	لا	لا أعلم
19	نعم	لا	لا أعلم
20	نعم	لا	لا أعلم
21	نعم	لا	لا أعلم

الفقرة	نعم	لا	لا أعلم
22	نعم	لا	لا أعلم
23	نعم	لا	لا أعلم
24	نعم	لا	لا أعلم
25	نعم	لا	لا أعلم
26	نعم	لا	لا أعلم
27	نعم	لا	لا أعلم
28	نعم	لا	لا أعلم
29	نعم	لا	لا أعلم
30	نعم	لا	لا أعلم
31	نعم	لا	لا أعلم
32	نعم	لا	لا أعلم
33	نعم	لا	لا أعلم
34	نعم	لا	لا أعلم
35	نعم	لا	لا أعلم
36	نعم	لا	لا أعلم
37	نعم	لا	لا أعلم
38	نعم	لا	لا أعلم
39	نعم	لا	لا أعلم

الباحث/ مالك الرفاعي

شاكرين لكم حسن تعاونكم

<http://adhd.aikud.org>

للتواصل والاستفسار:

البريد الإلكتروني/ m.alrefaei@gmx.de

Kritische Ereignisse" (Critical Incidents)

"Kritische Ereignisse" (Critical Incidents) sind herausragende Ereignisse, über die in kurzen Episoden berichtet wird.

Im Zusammenhang interkultureller Kommunikation sind "Kritische Ereignisse" also Ereignisse in interkulturellen Begegnungen, Kulturkontakten.

Diese können störend gewesen sein, es kann sich um Missverständnisse und gar um Konflikte handeln, es kann aber auch eine gewinnbringende, erfolgreiche Kontaktsituation gewesen sein.

"Kritische Ereignisse" werden gesammelt, um Grundlagen und Material für interkulturelle Reflexion, z.B. in Trainings zu gewinnen. Es wird gefragt und analysiert, was man aus solchen Fallbeschreibungen lernen kann.

In einigen Lebensbereichen sind die Folgen von problematischen ""Kritischen Ereignissen"" manchmal besonders schwerwiegend. Dies gilt sicherlich auch für den Bereich der psychischen und physischen Gesundheit. In dem hier vorgelegten Fragebogen geht es um "Kritische Ereignisse" im Zusammenhang von ADHS-Erkrankungen von Kindern und im Kontakt zwischen Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund.

1. Bitte geben Sie eine Überschrift zu der besonderen Situation mit einer Person aus einer anderen Kultur. Finden Sie eine Überschrift, die nur berichtet und nicht bewertet!

.....
.....

2. Darstellung des Ereignisses: Was war das Wesentliche an dieser Situation? Vergessen Sie nicht zu beschreiben was geschah, wo und wann das geschah , wer (Rolle, Alter, Geschlecht) anwesend war und Ihre Absichten in dieser besonderen Situation!

.....
.....

3. Einzelheiten bei diesem Ereignis:

3.1 Was war das Herausragende an dieser Situation?

.....
.....

3.2 Bitte beschreiben Sie, was diese Situation ausgelöst hat: Wer hat als erster gesprochen oder gehandelt? (Bitte beschreiben Sie, wie das Ereignis begonnen hat (Worte, Gesten, etc.)

.....
.....

3.3 Wie wurde die Situation beendet?

.....
.....

3.4 Gab es eine Vereinbarung, Bedrohung, etc.?

.....
.....

3.5 Was geschah danach? Bitte beschreiben Sie nachfolgende Situationen in Zusammenhang mit diesem Ereignis (z.B. ein Besuch, eine Entschuldigung).

.....
.....

4. Weitere Fragen zu diesem Ereignis:

4.1 Hatte dieses Ereignis Folgen für Ihr Kind?

.....
.....

4.2 Wie hat sich dieses Ereignis auf die ADHS-Erkrankung ausgewirkt?

.....
.....

4.3 Wie hat sich dieses Ereignis auf die andere Person ausgewirkt?

.....
.....

Fragen zu den Erläuterungen

Sie haben nach dem Ausfüllen des Fragebogens zu ADHS und ihren Symptomen und Ursachen Erläuterungen zu Ihren Antworten bekommen. So konnten Sie bei einigen der Fragen feststellen, ob Ihre Antwort richtig war oder nicht. Wie beurteilen Sie diese Befragungsmethode und die Erläuterungen zu Ihren Antworten?

1) Wie haben Sie die Erläuterungen gelesen?

- Ich habe alles sehr sorgfältig gelesen.
- Ich habe das meiste gelesen.
- Ich habe nur einiges davon gelesen. Ich habe gar nichts davon gelesen.

2) Es hat mir gefallen, dass es solche Erläuterungen gab, nachdem ich den Fragebogen ausgefüllt hatte.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

3) Die Erläuterungen gaben mir Hinweise darauf, was ich zu ADHS und ihren Ursachen noch nicht gewusst hatte.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

4) Die Erläuterungen waren verständlich.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

5) Die Erläuterungen waren sachlich überzeugend.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

6) Ich habe jetzt das Interesse, noch mehr über ADHS und ihre Ursachen zu erfahren.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

7) Ich weiß jetzt besser, wie ich mich gegenüber einem Kind mit ADHS verhalten soll.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

8) Ich werde die Befragung an andere Personen weiterempfehlen.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

9) Ich hätte mir gern noch ausführlichere Erläuterungen gewünscht.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

10) Ich denke, dass die Erläuterungen zumeist falsch waren.

- Ich stimme sehr zu. Ich stimme ziemlich zu.
- Ich stimme kaum zu. Ich stimme überhaupt nicht zu.

استبانة على الإجابات

بعد أن أجبت على مقياس مستوى المعرفة والمفاهيم الخاطئة حول اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد، حصلت على الإجابات الصحيحة مع شرح موجز ومختصر لكل فقرة. نرجو منك مشكوراً، ان تقيم لنا مدى رضاك واستفادتك من الاجوبة والتفسيرات:

- (1) كيف قراءات التعليقات
 قراءتها بعناية
 قراءتها بعضها
 لم اقرأها ابدا
 قراءتها اغلبها
- (2) امر جيد أن أحصل على إيضاحات بعد أن قمت بتعبئة الاستبانة.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (3) الإيضاحات كانت مفيدة في تعرفي على الاضطراب وأسبابه.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (4) التعليقات كانت واضحة وسهلة الفهم.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (5) التعليقات كانت موضوعية ومنطقية.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (6) جعلتني أكثر حماساً و تشوقاً لمعرفة المزيد عن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (7) الان أعرف أكثر، كيف ينبغي عليّ التصرف مع طفل يعاني من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي الزائد.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (8) سوف انصح الآخرين بتعبئة هذه الاستبانة.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (9) تمنيت لو أن الشرح كان أكثر عمقاً و تفصيلاً.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق
- (10) أعتقد أن أغلب التعليقات كانت خاطئة.
 أوافق بشدة
 لا أوافق بشدة
 لا أوافق
 أوافق

Kommentare Zum Aussagen

1 Kinder mit ADHS verhalten sich ausdauernder, wenn sie interessanten, spannenden Aktivitäten nachgehen.

a) Kinder mit ADHS sind unkonzentriert bei Routineaufgaben und im Alltag, sie können ihre Aufmerksamkeit nicht dauernd aufrecht halten, ermüden und langweilen sich schnell.

b) ADHS-Kinder bewegen sich in einem schlimmen Teufelskreis. Dinge die sie interessieren, können sie sehr gut. Sie zeigen Engagement und Lernwillen. Sie laufen zu Höchstformen auf und bringen große Leistungen. Daraus schließen Lehrer gern „Er kann es doch, wenn er nur will!“.

Bei Dingen, die ADHS-Kinder nicht verstehen, oder wenn kein Interesse am Lehrstoff besteht, wird es schwierig. Denn dann werden die Unterrichtsinhalte „auf die Seite geschoben“. Die Kinder lassen sich leicht ablenken und können sich nicht mehr auf das Unterrichtsgeschehen konzentrieren.

a) <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/ADHS-ADS/Das-Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom-ohne-Hyperaktivitaet.aspx> 24.07.13

b) <http://www.adhs-zentrum.de/Paedagogen/Interessanter-Unterricht.php> 15.09.13

2 Kindern mit ADHS fällt es schwer, eine Tätigkeit über eine lange Zeitdauer hinweg auszuführen. Sie bevorzugen eher kurze Tätigkeiten.

ADHS- Kinder mit ausgeprägter Hyperaktivität können sich meist nicht sinnvoll alleine beschäftigen. Sie sind oft zappelig und spielen chaotisch, destruktiv und wenig ausdauernd. Meist können sie sich nicht lange auf eine Sache konzentrieren .

Kaum haben sie mit einem Spiel begonnen, wechseln sie zum nächsten . Oft klagen sie über Langeweile. Beim Aufräumen des Zimmers lassen sich die Kinder ständig ablenken, so dass trotz ihres eifrigen Bemühens an Ordnung nicht zu denken ist .

ADHS- Kinder sind beim Spielen sehr ausgelassen, teils ungeschickt und haben wenig Gespür für Gefahren. Sie laufen beispielsweise häufig weg und rennen ungehalten auf die Straße.

<http://www.selbsthilfegruppe-wunderkind.de/symptome-ads-adhs.html> 1.2.2014

3 ADHS ist eine Folge falscher Erziehung.

Diese Antwort kann man nicht gelten lassen. Sie würde auch den betroffenen Eltern ein schlechtes Gewissen bereiten. Für die Eltern ist es wichtig, bestätigt zu finden, dass sie in der Erziehung nicht versagt haben und sie nicht schuld sind. Allerdings kann es sein, dass bestimmte Bedingungen, in denen Kinder in der Familie, im Kindergarten oder auch in der Schule aufwachsen, die Ausprägung und den Verlauf von ADHS negativ beeinflussen.

<http://www.selbsthilfegruppe-wunderkind.de/ursachen-ads-adhs.html> 18.03.13

4 ADHS ist kein absichtliches Verhalten (das Kind will sich eigentlich nicht so verhalten.

a) Das Kind mit ADHS zeigt gewiss nicht absichtlich dieses Verhalten, um

seine Eltern zu ärgern oder zu provozieren.

b) Viele Eltern von Kindern mit ADHS verstehen nicht, dass ihr Kind sie nicht ärgern möchte. Für die Kinder selbst ist es sehr schwer, mit dieser Störung zurecht zu kommen, da sie sich wohl bemühen, um in der Schule alles richtig zu machen, aber einfach nicht hinterher kommen. Sie können sich einfach nicht konzentrieren, haben oft nur wenige oder keine Freunde, weil ihre überschäumende Aktivität für viele sehr anstrengend ist. Kinder mit ADHS müssen speziell behandelt werden und brauchen die Gewissheit, dass man ihnen nicht die Schuld an ihrem Verhalten gibt oder sie sogar dafür bestraft. Vor oder neben einer Medikation (Verordnung von Medikamenten) sollten Eltern jedoch versuchen, das Kind auf andere Weise zu behandeln bzw. ihm zu helfen, mit der Störung zu leben und die Impulsivität (überzogene Lebhaftigkeit) unter Kontrolle zu bekommen.

a) <http://adhs-muenchen.net/pages/adhs-kinderjugendliche/tipps.php> 18.03.13

b) <http://www.adhs-selbsthilfe-pool.de/> 3.2.2014

<http://www.iv-ts.de/adhs.htm> 12.2.2014

5 Die meisten Kinder mit ADHS leiden an weiteren Störungen, die von ADHS verursacht werden.

Es ist kaum der Fall, dass eine alleinige ADHS vorliegt und diagnostiziert wird. Oft findet man noch Begleitstörungen (komorbide Störungen), die die Diagnostik der ADHS auch so schwierig machen. In Deutschland liegen noch keine statistischen Werte vor, aber in den USA spricht man von ca. 80 % Begleitstörungen bei ADHS.

http://www.adhs-nrw.de/ADHS_und_Ko.html 18.03.13

6 ADHS ist eine der häufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

a) ADHS ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Man nimmt an, dass etwa 2-6 % aller Kinder und Jugendlichen unter krankhaften Störungen der Aufmerksamkeit und an motorischer Unruhe leiden.

b) ADHS ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter mit Auswirkungen auf viele Aspekte der kindlichen Entwicklung und auf die soziale, kognitive und emotionale Funktionsfähigkeit.

