



Dr. med. Dirk Dammann
Chefarzt Rehakinderklinik Wangen im Allgäu
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Sozialmedizin
dirk.dammann@wz-kliniken.de
Tel.: 07522 797 1302

**Schulmeidendes Verhalten
Case- und Caremanagement
EinBlick in die PraxisErfahrungen
13. Interdisziplinäre Bodensee-Fortbildung 2015**

In Rheinland-Pfalz werden Haupt- und Realschulen künftig zur Realschule plus zusammengefasst. Die rheinland-pfälzische Realschule plus heißt in Mecklenburg-Vorpommern Regionale Schule und in Sachsen Mittelschule und darf auf keinen Fall mit der Mittelschule in Bayern verwechselt werden, die eine aufgepeeppte Hauptschule und mit der Werkrealschule in Baden-Württemberg und der Mittelstufenschule in Hessen vergleichbar ist aber nicht mit der Gemeinschaftsschule in Baden-Württemberg. Alles klar?

frei nach:

Quelle: http://www.focus.de/schule/lernen/lernatlas/quiz/politik-gesellschaft/das-bildungs-babylon-wer-kennt-sich-aus-im-deutschen-schulsystem_aid_535359.html

Jahrgangsstufe	Sprachliches Gymnasium	Naturwissenschaftlich- technologisches Gymnasium
5. Jgst.		30
6. Jgst.	32	32
7. Jgst.	32	32
8. Jgst.	32	32
9. Jgst.	34	34
10. Jgst.	34	34
11. Jgst.	ca. 34 - 38	
12. Jgst.	ca. 29 - 34	
<i>Wochenstunden-Summen:</i>	<i>260 + 5 Intens.</i>	<i>260 + 5 Intens.</i>

**Gymn: 33 Stunden Schule + 8,75 Stunden Hausarbeiten* = 41,75 Stunden / Woche
große Streubreite; Maximum: 61 Stunden / Woche**

*Vedder, 2012

Anmerkung: Arbeit in der Steinzeit

Ob australische Ureinwohner, Buschmänner in Botswana oder Indianer im Amazonasgebiet, die Forscher berichten, dass der Einzelne in diesen Gesellschaften mindestens an jedem zweiten Tag überhaupt nicht arbeitet.

Quelle: DIE ZEIT, 22.3.2012 Nr. 13

**Arbeit:
Im Schnitt 4 Stunden / Tag**

Schulmeidendes Verhalten in Deutschland

- **Zahlen (Fehltage) werden erfasst aber nicht ausgewertet**
 - Ausnahme: Berlin seit März 2005
- **... keine einheitliche Definition**
- **Schätzung: 3 – 5% bleiben dem Unterricht fern (aktiv) entsprechend etwa 300 000**
- **Aktiv und passiv: ca 5 – 10 % (Knollmann, Hebebrand 2010)**
- **entschuldigtes Fehlen: 6.1 % der Schüler (Lenzen, 2013)**
- **Beginn mit 5. / 6. Klasse**
- **etwa 10 000 Totalverweigerer**
- **gesamt: 10 – 30 % (passives Schulmeiden inbegriffen)**
 - Schwerpunkt: Haupt- und Sonderschulen (80%)
 - Gymnasien (2 -4%)
- **Schwerpunkt um das 14. LJ, Beginn 12. LJ**
- **Deutlicher Zusammenhang zwischen Schulmeidung und Versetzung / Abschlüssen**

(KFN, *BMFSFJ 2010*)

Geschlechterverteilung

- **Schulschwänzer: keine Geschlechtsunterschiede (Wilmers 2002) VS**
- **Bei Warnke 2004: Jungen schwänzen doppelt so häufig, wie Mädchen**
- **Mädchen fehlen häufiger entschuldigt (Lenzen 2013)**

**Einheitlich:
je höher die Bildungsform, je weniger wird geschwänzt**

**Entschuldigt es wie unentschuldigtes
Verhalten...**

**... ist mit Verhaltens- und emotionalen
Auffälligkeiten assoziiert**

Tendenz gemessen über SDQ-Skalen

- **entschuldigtes Fehlen**
 - mehr „emotionale Probleme“
 - weniger „Verhaltensauffälligkeiten“
- **unentschuldigtes Fehlen**
 - mehr „Verhaltensauffälligkeiten“
 - wenig „emotionale Probleme“

Lenzen et al 2013

- **angstbedingtes Schulmeiden**
 - eher emotionale Probleme

Egger, 2003

**Verminderung der Chronifizierung entschuldigter
Schulmeider durch bessere Vernetzung
(Knollmann 2010)**

Folgen: vermehrte psychische, physische und soziale Probleme (Berg, 1993, Moret, 2006)

- Notenabfall
- Probleme in der Persönlichkeitsentwicklung durch mangelnde soziale Integration
- **schlechtere Abschlüsse**
- **höheres Risiko von Arbeitslosigkeit**
- **häufigerer Arbeitsstellenwechsel (m)**
- **Unzufriedenheit im Beruf**
- **mehr Krankheitstage**
- **Zunahme psychischer Störungen (soziale Phobien, bipolare Störungen, Depressionen und Zwangsstörungen)**
- **Zunahme von Abhängigkeit und Kriminalität (m)**
- **Höhere Abhängigkeit gegenüber öffentlichen Hilfen (w)**
- **Zunahme gesundheitlicher Probleme**
- **Häufigere Partnerwechsel**
- **geringeres Einkommen**
- **Höhere Scheidungsraten**

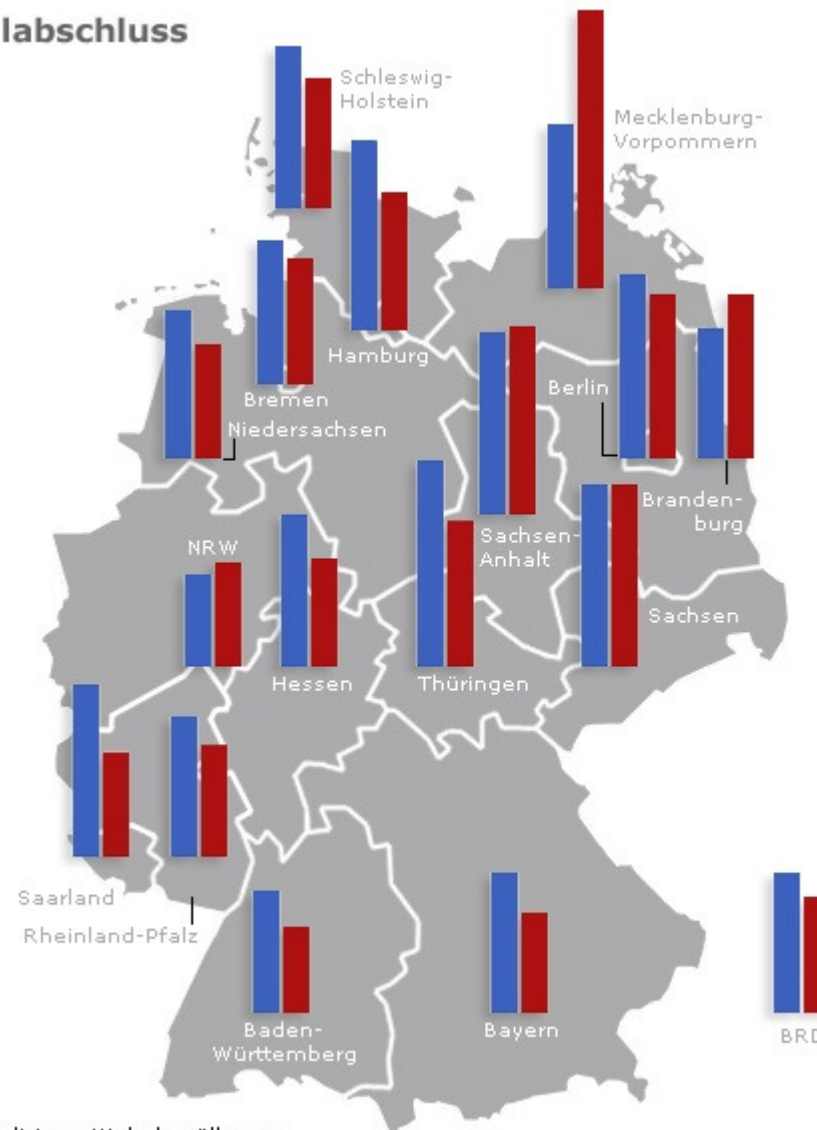
Bos et al 1990; Robins & Ratcliff 1980;



Anteile der Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss

in den Bundesländern, 1999 und 2008, in Prozent*

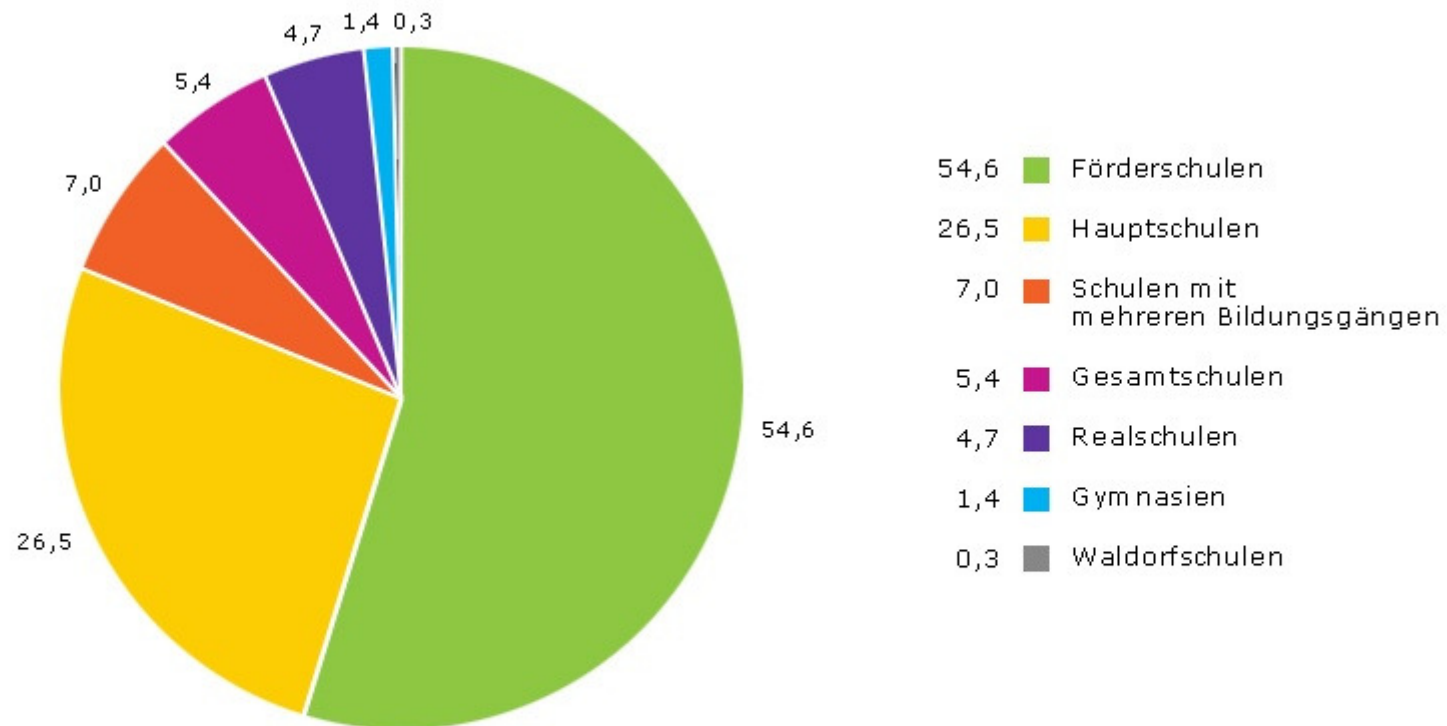
Bundesland	1999	2008
Baden-Württemberg	7,9	5,6
Bayern	9,1	6,5
Berlin	11,9	10,6
Brandenburg	8,4	10,6
Bremen	9,3	8,2
Hamburg	12,2	8,9
Hessen	9,9	7,0
Mecklenburg-Vorpommern	10,6	17,9
Niedersachsen	9,6	7,4
Nordrhein-Westfalen	6,0	6,8
Rheinland-Pfalz	9,1	7,2
Saarland	11,1	6,7
Sachsen	11,8	11,8
Sachsen-Anhalt	11,8	12,1
Schleswig-Holstein	10,5	8,4
Thüringen	13,3	9,4
Deutschland	9,1	7,5



*Anteile der Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung

Quelle: Bertelsmann Stiftung nach Zahlen der KMK

Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss nach abgebenden Schulen, in Prozent



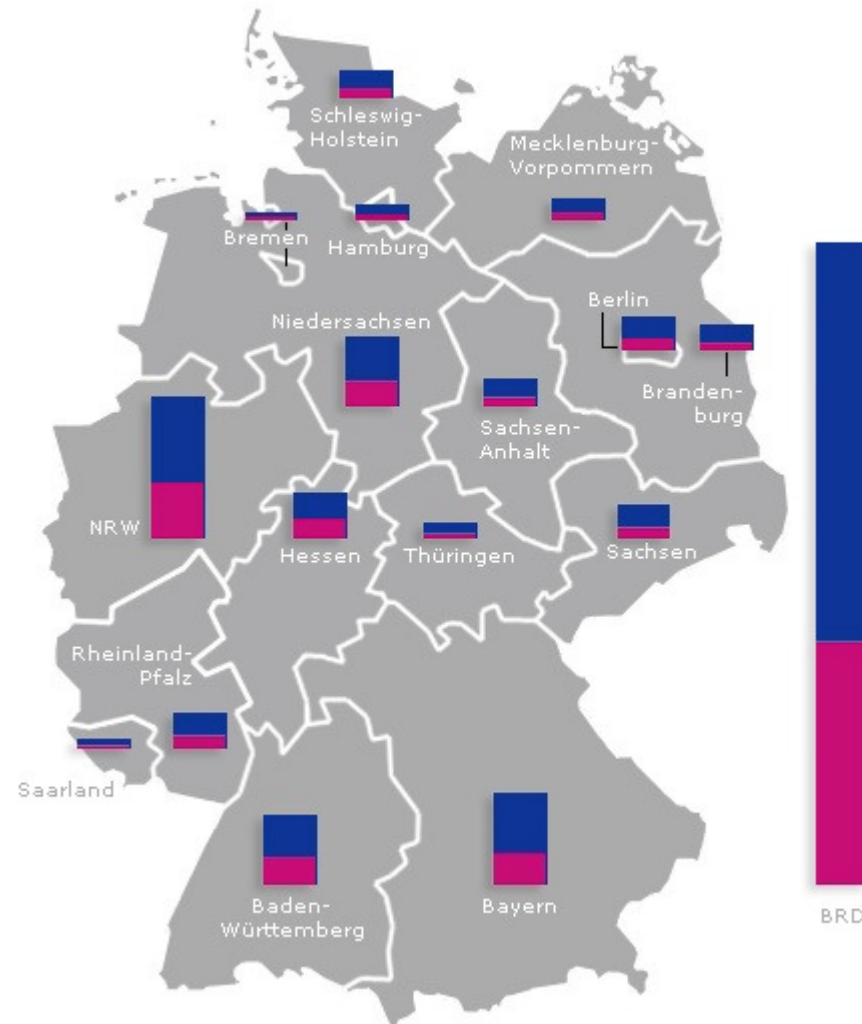
Quelle: Statistisches Bundesamt 2008/09; Bertelsmann Stiftung



Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss und Mädchenanteile

2008, nach Bundesländern*

Bundesland	absolut	davon Mädchen (in %)
Baden-Württemberg	6883	41,7
Bayern	9043	37,0
Berlin	3127	39,7
Brandenburg	2448	35,0
Bremen	530	41,3
Hamburg	1349	40,8
Hessen	4478	40,7
Mecklenburg-Vorpommern	2063	38,7
Niedersachsen	6780	38,5
Nordrhein-Westfalen	14.254	39,7
Rheinland-Pfalz	3342	39,6
Saarland	760	38,8
Sachsen	3134	36,4
Sachsen-Anhalt	2573	36,9
Schleswig-Holstein	2690	37,8
Thüringen	1426	35,8
Deutschland	64.880	38,6

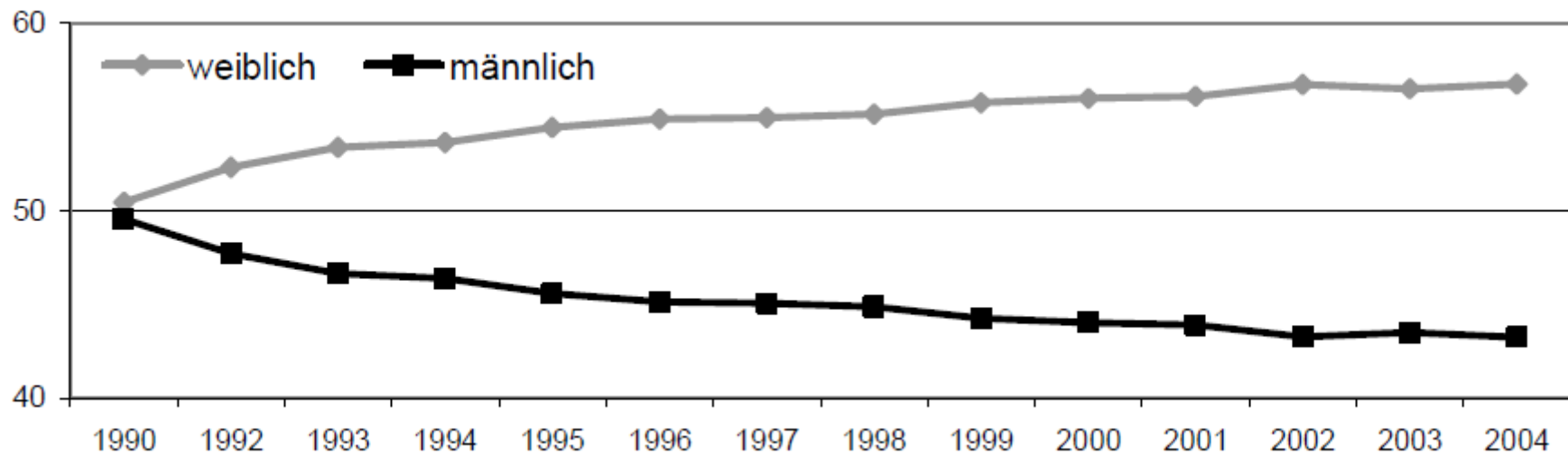


*Anteile an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung

Quelle: KMK 2010; Statistisches Bundesamt 2008/09; Bertelsmann Stiftung

Abiturienten getrennt nach Geschlecht in Prozent

(Quelle: Statistisches Bundesamt)



Insgesamt besuchten 2010 rund 8,8 Millionen Kinder und Jugendliche eine Schule

- Die gute Nachricht: Immer weniger Schüler verlassen die **Schule ohne Abschluss.**
- Die schlechte: Noch immer sind es **53.058 Jungen und Mädchen.**
 - ⇒ **6,5 Prozent der Schülerinnen und Schüler eines Altersjahrgangs haben keinen Abschluss gemacht**
- Ein Viertel dieser Jugendlichen besuchten zuvor eine Hauptschule, etwas mehr als die Hälfte eine Förderschule.
 - 2009 verließen 6,9 Prozent der Schüler die Schule ohne Abschluss, 2006 waren 7,9 Prozent.

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2012

Bestellnummer: 0110018-12900-1

Konsequenzen für die Erwerbsfähigkeit:

- wesentliche Risikofaktoren für Desintegration in Arbeit (Sheldon 2002)
- Unter den Jungen Arbeitslosen (16 – 25 Jahre) sind ein hoher Anteil nie diagnostizierte psychische Störungen identifizierbar (Projekt »SUPPORT25«, Essen)
- Viele dieser Jugendlichen landen dann »im Rechtskreis des Sozialgesetzbuches (SGB) II« und erhalten Grundsicherung,
... (dies) zeigt aber auch, wie wenig hier Arbeitsintegration Ziel in der Rehabilitation junger Patienten ist« (Kölch 2010)

Konsequenzen für die Erwerbsfähigkeit II

- Wer in der Schule scheitert und auch die Hauptschule nicht erfolgreich beendet, steuert in die berufliche Hoffnungslosigkeit.
(7- fach höheres Risiko für Arbeitslosigkeit)
- Schulabbrecher haben wenig Optionen über den Hilfsarbeiter-Status oder Hartz IV hinaus.
- Von den 2009 rund drei Millionen bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Arbeitslosen haben 472.400 keinen Schulabschluss, viele von ihnen sind Langzeitarbeitslose

dpa, 11. November 2009

Wo und wie fällt das Problem Schulmeidung auf?

- **Schule**
 - Schüler ist psychisch nicht anwesend
 - (Desinteresse, innere Kündigung, Opposition)
 - oder: physisch nicht anwesend
 - Krankschreibung
 - Entschuldigung durch die Eltern
 - Unentschuldigte Abwesenheit
 - Verweigerung durch die Eltern
 - Somatoforme Störungen mit reduzierter Teilhabe
- 1. **Elternhaus**
 - Abwehr
 - Diskussionen
 - Somatoforme Symptome
 - Oppositionelle oder dissoziale Entgleisung

Wer sind die ersten Beteiligten und wie geht es denen?

- **Lehrer**
- **Schulpsychologischer Dienst**
- **Schulbehörde**
- **Kinderarzt / Hausarzt**

**Häufige Überforderung:
Wenig bis kein Verständnis über Ursache und Wirkung
„Keine Schlagkraft“
Kein therapeutischer Auftrag
Kaum Vernetzung und wenig Wissen um Versorgungsstrukturen
Hoher Handlungsdruck**

Rolle der angefragten KJP / Psychotherapeuten

- **Niederschwelligkeit?**
- **Wartezeit?**
- **Diagnostik***

Differenzialdiagnostische Zuordnung MAS

1. Achse I

- Angst
- Depression
- Anpassungsreaktion / Belastung
- ...

2. Achse V

- Überprotektion
- Psychische Erkrankung eines Elternteils
- ...

3. Blick auf Achse VI

- Ab „4“ ist die Beschulbarkeit ernsthaft gefährdet oder nicht möglich

*Differenzierung schulmeidenden Verhaltens

- Schulangst
- Schulphobie
- Dissoziales Schulmeiden
(Schulschwänzen)
- Missbrauch der
Elterlichen Sorge

aktiv?
passiv?
Mischtyp?
entschuldigt?
unentschuldigt?

Schulmeidendes Verhalten (mehr als 4 Tage / Monat)

ist ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Notfall

Eltern Coaching

- Rollenklärung
- Loyalität unter den Eltern, Cave: HC-Trennung
- Auftrag an Kinder
- Kommunikation
 - Transparent
 - Ehrlich
 - Wertschätzend
 - Klar

Rolle der angefragten KJP / Psychotherapeuten

- Niederschwelligkeit?
- Wartezeit?
- Diagnostik*
- **Maßnahmen**
 - **Absprachen zeitnah, verbindlich**
 - Elterncoaching
 - Lehrerberatung?
 - Erste therapeutische Absprachen?
 - Einleitung weiterer Maßnahmen, wie Richtlinien-therapie, Jugendhilfe? Reha?...

Spätestens hier stellt sich die Frage, wer das Case- und Caremanagement übernimmt. Zuständigkeiten?!?

Was noch?

1. „schnellen Termin“
2. Diagnostik nach MAS
3. Eltern coachen
4. Klare zeitliche Ziele
5. Behandlungsstufen vereinbaren (ab wann stationär?)
6. niederschwellige Psychotherapie anbieten
7. frühe Einbindung der Systeme (Elternhaus, Schule, Jugendhilfe, Reha), wenn keine schnelle Stabilisierung
8. Ambulante Anbindung an Institutsambulanz mit oder ohne „1631er“?!?

Cave:

**es gibt in Deutschland kein System, welches Schulabschlüsse erzwingt!
Sollbuchstellen ohne Alternative: Schulabschluss und Universitätsabschluss**

1. Lehrer / Schulsozialarbeiter/Schulpsychologischer Dienst
2. Schulbehörde
3. Kinder- / Hausarzt
4. **Beratungsstelle**
5. Ambulante (kinderpsychotherapeutische / kinderpsychiatrische) Behandlung
6. **Psychosomatische Rehabilitation / Kinderheilverfahren (keine Kur!)**
7. **Akutmedizinische (kinderpsychiatrische) Behandlung**
8. **Polizei?**
9. **Jugendhilfe, ambulant oder stationär (einzige aufsuchende Hilfe)**
 - Jugendhilfeantrag durch die Eltern!
10. **Familienrichter?**

Hab ich wen vergessen?

„Schnittpunkte der Systeme aus dem SGB“

- Kinder- und Jugendmediziner, Kinder- und Jugendpsychiater
- Ambulante (kinderpsychotherapeutische / psychiatrische) Behandlung
- Schulen (Lehrer / Schulsozialarbeiter)
- Beratungsstellen
- Psychosomatische Kinderrehabilitation
- Jugendhilfe, ambulant oder stationär
 - einzige aufsuchende Hilfe!
- Akutmedizinische Behandlung
- Bundesagentur für Arbeit
- Sozialamt

⇒ Trägerübergreifende Hilfeplanung wünschenswert!

⇒ Funktioniert aber nicht!

SGB

II (Grundsicherung)

III (Arbeitsförderung)

V (GKV)

VI (DRV_Rente)

VIII (Jugendhilfe)

IX (DRV_Reha)

XII (Sozialhilfe)

Übergang in das Erwerbsleben: Jugendliche in der Grundsicherung (SGB II)

- Im September 2010 ca. **910000 hilfebedürftige Jugendliche.**
 - **Davon waren 175 000 Jugendliche arbeitslos gemeldet.**
- **Auffällig:**
 - **niedriges Bildungsniveau der arbeitslosen Jugendlichen des Rechtskreises SGB II: 26 % haben keinen Schulabschluss**
 - **werden die Jugendlichen mit Hauptschulabschluss addiert, verfügen ca. 68 % der Jugendlichen im SGB II über eine tendenziell niedrigere Schulausbildung.**
 - **Weiterhin haben 67 % der arbeitslosen 20– 25-Jährigen keine abgeschlossene Berufsausbildung.**
- **Daneben sind arbeitslose Jugendliche in der Grundsicherung mit multiplen Herausforderungen konfrontiert:**
 - **Circa 7 400 von ihnen leiden unter gesundheitlichen Einschränkungen, die sich auf die Vermittlung auswirken.**
 - **Unter diesen gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen sind ca. 15 % mit psychischen Einschränkungen (diese gehen oftmals mit Suchtmittelmissbrauch einher).**

Schmitz 2010

Besonderheiten bei der U25-Betreuung

- **Paragraf 16 a SGB II**
 - **Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung**
 - **Erbringung kommunaler Eingliederungsleistungen wie z. B. Schuldner- oder Suchtberatung**
 - **psychosoziale Betreuung**

Betreuungsschlüssel aktuell bei 1 : 68,

- **häufige Einschaltung des ärztlichen und psychologischen Dienstes**
- **verbesserte Integrationsarbeit im Rahmen des »4-Phasen-Modells« für die Arbeits- und Ausbildungsvermittlung**

Anbindung über den zuständigen Rehaberater der

Nürnberger Modell

1. zwei Tage unentschuldigte Fehlzeit – Schule nimmt Kontakt zu Eltern bzw. Schüler auf und leitet päd. Maßnahmen ein, ggf. Fachdienst
2. drei Tage – schriftliche Mitteilung der Schulleitung an die Eltern
3. fünft unentschuldigte Fehlzeiten – Schulleiter erteilt verschärften Verweis und droh mit Schulzwang (Zwangszuführung)
4. zehn Tage unentschuldigte Fehlzeit – Durchführung des Schulzwangs durch sozialarbeiterische Fachkraft oder Polizei

Schreiner, 2000

Parallel: Kontrollen in der Stadt durch Polizei / Beamte in zivil

85 % der aufgegriffenen Kinder in Nürnberg waren Jungen

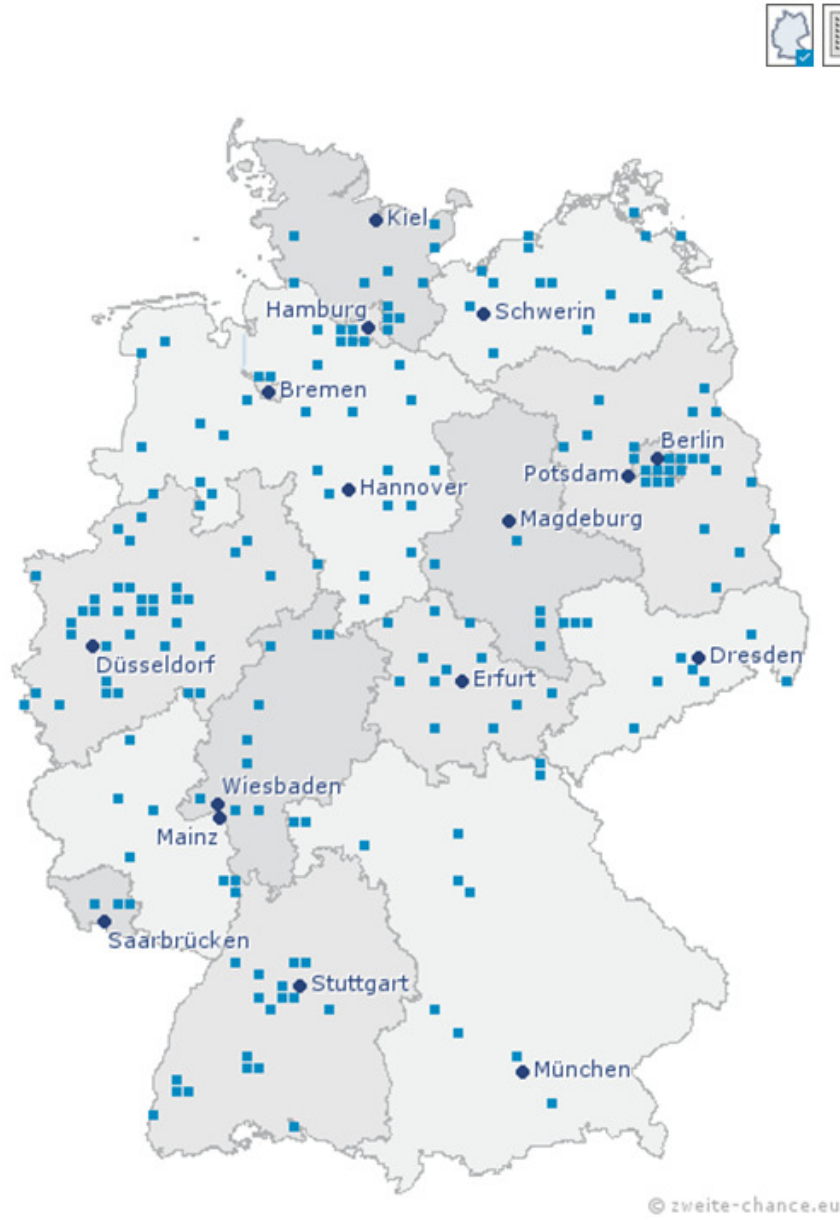
Hilfen im schulischen Kontext

- **Pädagogik / Bindung**
 - in der Schule:
 - Sitzplatz
 - Störungen verringern
 - Aufmerksamkeit lenken
 - stützen und stärken
 - Fortbildungen für Lehrer
- **Unterstützung durch Psychotherapie?**
- **Unterstützung durch Pharmakotherapie ?**



gefördert von:





**Schulmeider:
Wir retten nicht Leben
sondern Lebensläufe**

AN REHA DENKEN:
Unsere Kinder
sind die berufstätige Generation
von morgen

Psychische Störungen stellen die häufigste Diagnose bei der Frühberentung dar (RICHTER 2006)

Antrag über die DRV!

TIPP zur Reha für Kinder und Jugendliche

1. Rehaantrag parallel über die DRV (ehemals BfA)
2. möglichst über DRV der Länder (ehemals LVA)
3. Cave: „Kurfalle“ der Krankenkassen umgehen!
4. Jeder Facharzt kann einen Antrag bei der DRV stellen
 - Bei Antragstellung bitte auf Teilhabe und Erwerbsfähigkeit eingehen!
 - Begleitperson möglich bis 9. LJ

**bundesweit einheitlicher Rehaantrag der DRV
für Kinder- und Jugendliche**

Berücksichtigung Vorbestehen chronischer Erkrankungen!

**Schulische Entwicklung bei spezifischen Störungsbildern
am Beispiel des ADHS**



Display Settings: Abstract

Send to:

J Pediatr Psychol. 2007 Jul;32(6):643-54. Epub 2007 Jun 14.

Academic and educational outcomes of children with ADHD.

Loe IM, Feldman HM.

Children's Hospital of Pittsburgh, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA.

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is associated with poor grades, poor reading and math standardized test scores, and increased grade retention. ADHD is also associated with increased use of school-based services, increased rates of detention and expulsion, and ultimately with relatively low rates of high school graduation and postsecondary education. Children in community samples who show symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity with or without formal diagnoses of ADHD also show poor academic and educational outcomes. Pharmacologic treatment and behavior management are associated with reduction of the core symptoms of ADHD and increased academic productivity, but not with improved standardized test scores or ultimate educational attainment. Future research must use conceptually based outcome measures in prospective, longitudinal, and community-based studies to determine which pharmacologic, behavioral, and educational interventions can improve academic and educational outcomes of children with ADHD.

PMID: 17569716 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Free full text](#)

Publication Types, MeSH Terms

Publication Types

[Review](#)

MeSH Terms

[Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/psychology](#)

[Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/rehabilitation*](#)

[Child](#)

- schlechtere Noten
- seltener Abitur und Hochschule
- schlechte schulische und Bildungsergebnisse



Am J Psychiatry. 2011 Nov;168(11):1164-70. Epub 2011 Jul 28.

Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: a 16-year longitudinal population-based study.

[Piquault JB](#), [Tremblay RE](#), [Vitaro F](#), [Carbouneau R](#), [Genolini C](#), [Falissard B](#), [Côté SM](#).

Research Unit on Children's Psychosocial Maladjustment, University of Montreal, Canada.

Abstract

OBJECTIVE: Literature clearly documents the association between mental health problems, particularly attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and educational attainment. However, inattention and hyperactivity are generally not considered independently from each other in prospective studies. The aim of the present study was to differentiate the unique, additive, or interactive contributions of inattention and hyperactivity symptoms to educational attainment.

METHOD: The authors randomly selected 2,000 participants from a representative sample of Canadian children and estimated developmental trajectories of inattention and hyperactivity between the ages of 6 and 12 years using yearly assessments. High school graduation status, at age 22-23 years, was obtained from official records.

RESULTS: Four trajectories of inattention and four trajectories of hyperactivity were observed between the ages of 6 and 12 years. After controlling for hyperactivity and other confounding factors, a high inattention trajectory (compared with low inattention) strongly predicted not having a high school diploma at 22-23 years of age (odds ratio=7.66, 95% confidence interval [CI]=5.06-11.58). To a lesser extent, a declining or rising trajectory of inattention also made a significant contribution (odds ratios of 2.67 [95% CI=1.90-3.75] and 3.87 [95% CI=2.75-5.45], respectively). Hyperactivity was not a significant predictor once inattention was taken into account.

CONCLUSIONS: Inattention rather than hyperactivity during elementary school significantly predicts long-term educational attainment. Children with attention problems, regardless of hyperactivity, need preventive intervention early in their development.

Comment in

[Piquault JB, Tremblay RE, Vitaro F, Carbouneau R, Genolini C, Falissard B, Côté SM. Am J Psychiatry. 2011 Nov;168\(11\):1164-70. doi: 10.1176/jmap.2011.168.11.1164.](#)

Sind ADHS´ler eine Zumutung für die Schule?

oder

ist die Schule eine Zumutung für die ADHS´ler?



Dec 2012, Vol 69, No. 12 >

< Previous Article

Full Content is available to subscribers
Subscribe/Learn More

Next Article >

Original Article | Dec 2012

Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later

Rachel G. Klein, PhD; Salvatore Mannuzza, PhD; María A. Ramos Olazagasti, PhD; Erica Roizen, MS; Jesse A. Hutchison, BA; Erin C. Lashua, MA; F. Xavier Castellanos, MD

Arch Gen Psychiatry. 2012;69(12):1295-1303. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.271.

Text Size: [A](#) [A](#) [A](#)

Article

Figures

Tables

References

Comments

ABSTRACT

[ABSTRACT](#) | [METHODS](#) | [RESULTS](#) | [COMMENT](#) | [AUTHOR INFORMATION](#) | [REFERENCES](#) ▼

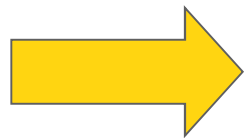
Context Prospective studies of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) have not extended beyond early adulthood.

Objective To examine whether children diagnosed as having ADHD at a mean age of 8 years (probands) have worse educational, occupational, economic, social, and marital outcomes and higher rates of ongoing ADHD, antisocial personality disorder (ASPD), substance use disorders (SUDs), adult-

- Beginn: Medical Center, New York betreute in den 70er Jahren (Jungen)
- Forscher der New York University halten seither Kontakt
- Die damaligen Patienten sind heute im Durchschnitt 41 Jahre alt.

ADHS – Lebenslange Auswirkungen? Ergebnisse der Studie von R.G. Klein et al.:

- **31% der ADHS´ler verließ die Schule zweieinhalb Jahre früher als eine Kontrollgruppe gleichaltriger Männer ohne ADHS (4 % in der Kontrollgruppe)**
- **3 % erreichen einen höheren Schulabschlusses (29 % in der Kontrollgruppe)**



**Symptome wachsen sich nicht immer aus:
Persistenz von 22 %**

Vorzeitiger Schulabbruch bei 31 Prozent !

ADHS – Lebenslange Auswirkungen?

- **16 % zeigten eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (versus null Prozent)**
- **14 Prozent hatten Drogenprobleme (versus fünf Prozent)**

***Keine* Unterschiede fanden sich bei**

- **Depressionen**
- **Angstzuständen**
- **Hospitalisierung wegen psychischer Störungen**
- **Inhaftierung wegen Gesetzesverstößen**

**ADHS´ler
finden sich als Erwachsene
nur schwer im Leben zurecht
mit zahlreichen Problemen
im Privat- und Arbeitsleben**

**eine Betreuung und Behandlung
ist auch im Erwachsenenalter nötig**

(Kern 2012)



A service of the U.S. National Library of Medicine
NIH National Institutes of Health

[Home](#) [About MedlinePlus](#) [Site Map](#) [FAQs](#) [Contact Us](#)

Search MedlinePlus [GO](#)

HEALTH TOPICS

Drugs & Supplements

Videos & Cool Tools

ESPAÑOL



Teens With ADHD May Need Help Making Transition to College

Experts offer suggestions for students on how to compensate for their disorder

Friday, August 17, 2012



FRIDAY, Aug. 17 (HealthDay News) -- For students with attention-deficit/hyperactivity disorder, or ADHD, making the transition to college can be especially difficult. But by adopting certain strategies, such as sticking to a structured daily schedule and tapping into the university's disability support services, freshman with ADHD can do well, according to experts and teens with the condition.

"The ones who are going to do best are those who come to college prepared, who are aware of their weaknesses and have some strategies for compensating," said Kristy Morgan, a recent Kansas State University doctoral graduate in student affairs and higher education who conducted in-depth interviews with eight college freshman with ADHD about what they learned from the experience.

Certain themes emerged.

While most students said they got through high school without having to study much, they found college classes much tougher -- and most felt they didn't have the study skills to handle it.

"They were able to get through junior high and high school pretty well, and get good enough grades to get into college," Morgan said. "Then they got to college. They were finding they had to study very independently, and there were less in-class opportunities for test prep, and it was more difficult."

Related MedlinePlus Pages

- [Attention Deficit Hyperactivity Disorder](#)
- [College Health](#)

Was kann KiJu-Reha leisten?

- **befristete Herausnahme aus dem sozialen Kontext**
- **strukturierte Verhaltensbeobachtung**
- **Schulung**
- **Verhaltenstraining in multimodalen, milieutherapeutischen Settings**
- **Einbindung der Eltern**
 - **Mitaufnahmemöglichkeit bis zum 8. Lebensjahr**
- **Immer: Erhalt der Bindung an Zuweisunger / Vorbehandler**
- **Unterstützung vernetzter Versorgung...**

Rehabilitationsbedürftigkeit

- 1. Funktionseinschränkung, sowie Störungen der Aktivität und Teilhabe stehen im Mittelpunkt.**
- 2. Ambulante Behandlungsangebote nach ärztlicher Überprüfung allein sind nicht mehr zielführend oder möglich**
- 3. Individuelle Einzeltherapie steht nicht im Vordergrund**

Rehabilitationsfähigkeit

1. (Entwicklungs-) Gefährdung des Patienten
2. Aussicht auf Nachhaltigkeit der Maßnahme
3. Bis zum Alter von 7 Jahren mit Begleitung durch eine Bezugsperson. Ältere Kinder und Jugendliche meist alleine
4. Gruppenfähigkeit und Alltagskompetenz
5. (Eigen)-Motivation

Vor der Reha

- **Netzwerke Aufbauen**
- **Casemanagement mit Eltern und Zuweisern!**
 - Ärztliche Anbindung und Abklärung
 - Ambulant therapeutische Anbindung an Institutsambulanz der zuständigen Klinik vor Ort
 - Jugendhilfe
 - Familiengericht?
- **Eher schnelle Abläufe!**
- **Schulmeidung ist ein „Reha-Notfall“**

ABGRENZUNG REHA - AKUT

- **AKUT**
 - Exakt auf die Einzelperson zugeschnittenes Behandlungssetting
 - mit sehr individualisierten Zielen und Maßnahmen der Behandlung
 - Durchgängige, pflegerische/pädagogisch Einzelbetreuung möglich
 - Besondere Sicherheitsvorkehrungenmöglich (Eigen- und Fremdgefährdung)
 - Diagnostischer Schwerpunkt möglich
 - Förderung der Gesundheit
- **REHA**
 - Vorgegebener Behandlungsrahmen
 - Diagnostik sollte vorab gelaufen sein
 - Gruppentherapeutischer Schwerpunkt
 - Schwerpunkt sozialmedizinische Beurteilung
 - Förderung des Funktionsniveaus und schulisch-/ beruflichen Entwicklung / der Erwerbsfähigkeit

Maßnahmen

- **Coaching der Eltern**
 - Homepage nutzen!
- **Klaren Auftrag der Eltern einholen!**
- **Verständnis erarbeiten**
 - Schulbesuch zumutbar???
- **Exposition**
- **Schulprogramme nutzen, wenn vorhanden**
- **VT Therapieplanung mit**
 - Strukturplan, Verstärker, Selbstwertstärkung, Soz-Kompetenztraining...
- **Zielereflexion**
- **Reha: Kein RTS, aber KTL müssen eingehalten werden**
- **Organisation der Nachbetreuung schon vor der Aufnahme!**

Nachbetreuung organisieren!

Praktische Beispiele:

- **Mit Exposition zu Hause**
- **Verbindliche Termine vor Ort**
- **Abläufe definieren z.B. für ersten Schultag, bringen, holen, etc.**
- **Hilfen installieren (Beratungsstelle? Hilfe zur Erziehung? Psychotherapie?)**
- **„Plan-B“ entwickeln**

- **„Plan B“:**
 - Krisengespräch unmittelbar
 - Klärung wo und wer das machen kann
 - Es braucht eine Alternative zum heimischen Zimmer!
 - Stationäre Aufnahme anbieten? (Akut)





Für Fragen

Dr. med. Dirk Dammann

Chefarzt

**FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie, Sozialmedizin**

Tel.: 07522 – 797 1302

Mailto: dirk.dammann@wz-kliniken.de

Fachkliniken Wangen

Am Vogelherd 14

88239 Wangen im Allgäu