

Universität Augsburg

Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät

Lehrstuhl für Grundschulpädagogik und -didaktik

Erstgutachter: Dr. Dirk Menzel

Zweitgutachterin: Dr. Ulrike Schaupp

Masterarbeit

Verhaltensauffällige Kinder - speziell Kinder mit ADHS - und Kampfsport

Entwicklung und Evaluation einer Trainerfortbildung zum Thema:

Kenntnisvermittlung über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sowie Sportkinesiologie als Trainingszusatz zur gezielten Förderung verhaltensauffälliger Kinder

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Education

Verfasser: Isabel Franziska Vogel

Matrikelnummer:

Adresse:

E-Mail:

Studiengang: Master of Education

Abgabe: 14.05.2019



Inhaltsverzeichnis

0	Vorwort	1
1	Einleitung	2
2	Aktueller Forschungsstand	4
2.1	Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern	5
2.2	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	7
2.2.1	Terminologischer Überblick	7
2.2.2	Kernsymptome	8
2.2.3	Prävalenz	11
2.2.4	Ursachen	11
2.2.5	Therapie	12
2.3	Kampfsport und ADHS	13
2.4	Gezielte Fördermöglichkeiten für verhaltensauffällige Kinder	16
2.4.1	Verbale Ansätze	16
2.4.2	Physische Ansätze	18
2.4.3	Psychologische Ansätze	19
2.4.4	Motorische Ansätze	21
2.5	Kinesiologie	23
2.5.1	Entwicklung der Kinesiologie	23
2.5.2	Kinesiologie und ADHS	24
2.5.3	Sportkinesiologie	25
2.5.3.1	Rechte und linke Gehirnhälfte	27
2.5.3.2	Der therapeutische Ansatz Tensegrity	29
2.5.3.3	Der Meridianumlauf	30
2.5.3.4	Ausgewählte Übungen für verhaltensauffällige Kinder	31
3	Hypothesen	36
4	Methodik und Stichprobe	37
4.1	Design der Interviews	37
4.2	Entwicklung der Fragebögen	40
4.3	Auswertungsverfahren	49

4.3.1	Interview	49
4.3.2	Fragebogen.....	52
4.4	Planung und Organisation des Fortbildungsprogramms	53
4.5	Beschreibung der Stichprobe	55
4.6	Inhalt der Fortbildung	56
5	Ergebnisdarstellung der Fragebögen	57
5.1	Prä-Fragebogen	58
5.2	Fragebogen im direkten Anschluss an die Fortbildung.....	63
5.3	Post-Fragebogen.....	67
6	Diskussion.....	76
6.1	Interpretation der Ergebnisse	77
6.1.1	Selbsteinschätzung der Trainer	77
6.1.2	Umgang mit Kindern	79
6.1.3	Beobachtungen an verhaltensauffälligen Kindern	83
6.1.4	Weitere Interpretationen	84
6.2	Bewertung der Hypothesen	87
6.3	Reflexion der Fortbildung	89
6.4	Einbettung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand	92
6.5	Limitierung der Aussagekraft der eigenen Arbeit.....	94
7	Fazit und Ausblick.....	95
8	Literatur	98
9	Anhang.....	106

0 Vorwort

In meiner Bachelorarbeit (Vogel 2017) habe ich mich bereits mit dem Thema Trainingsmethoden im Kampfsport für Kinder mit ADHS auseinandergesetzt. Dazu habe ich mittels einer qualitativen Studie Daten über die subjektive Wahrnehmung von Trainern zur Gruppendynamik erfasst und inwiefern das Trainingskonzept auf Kinder mit ADHS angepasst wird. Ergebnis der Studie war, dass die Interventionen der Trainer (z.B. Rhythmisierung, strenge Regeln usw.) keine signifikanten Verbesserungen in Bezug auf die Gruppendynamik erzielen konnten. Nur wenige Trainer hatten überhaupt Konzepte für die Adaption von Trainingsmethoden präsent.

Das war auch so zu erwarten, da im Bereich der ehrenamtlichen Trainertätigkeit keine ausreichenden Kenntnisse über die besonderen Anforderungen im Umgang mit Kindern mit ADHS vorliegen. Auch wenn es vereinzelt Trainer gibt, die sich in ihrer Freizeit mit diesem Thema beschäftigen wollen, gibt es nahezu keine Literatur oder Fortbildungsmöglichkeiten in diesem spezifischen Bereich.

In meiner Bachelorarbeit wurde bereits angesprochen, dass Therapeuten häufig empfehlen, Kinder mit ADHS in Kampfsportvereine „zu schicken“ (Vogel 2017, S. 21). Wenn aber eine Verbesserung der Integration von verhaltensauffälligen Kindern erzielt werden soll, dann muss auch ein Kampfsporttrainer über die besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen bei einem Kind mit ADHS informiert sein und darf mit dieser Thematik nicht allein gelassen werden.

In dieser Masterarbeit wurde ein Fortbildungsprogramm für ehrenamtliche Kampfsporttrainer entwickelt, mit dem Ziel, dass diese ihre Trainingsmethoden an die besonderen Herausforderungen anpassen können. Trainer müssen auf Schulungskonzepte zurückgreifen können, um dieses Ziele erreichen zu können. Mit dem entwickelten Fortbildungsprogramm könnte damit ein Anfang gemacht werden.

1 Einleitung

Beschäftigt man sich näher mit dem Thema, wie verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) wegen ihrer als auffällig empfundenen Verhaltensweisen nicht ausgegrenzt, sondern in ihr soziales Umfeld integriert werden können, stößt man sehr schnell auf zwei Fragestellungen:

Wer definiert, was *verhaltensauffällig* ist und welche *Hilfestellungen* sind verfügbar, um sachlich mit diesem Thema umgehen zu können.

In Alltagssituationen neigen wir schnell dazu, von unserem eigenen Verhalten abweichendes Verhalten als *auffällig* wahrzunehmen und ihm den Stempel der Verhaltensauffälligkeit aufzudrücken, dieses wahrgenommene Verhalten also negativ zu bewerten, weil wir selbst in unserer „Komfortzone“ gestört sind. Dass subjektive Empfindlichkeiten beim Umgang mit anderen nicht Maßstab der Dinge sein können, insbesondere nicht im pädagogischen Bereich, liegt auf der Hand, so dass wir uns dem Thema in objektiver und mithin wissenschaftlich fundierter Weise nähern müssen. Zu dieser Annäherung gehört auch die Reflexion, *wer* in welcher Weise Verhaltensauffälligkeiten definiert und damit Normen festschreibt.

Wie bereits erwähnt, baut diese Masterarbeit auf die vorausgegangene Bachelorarbeit auf. Der Titel der Bachelorarbeit lautete: *ADHS und Kampfsport - eine qualitative Studie über die subjektive Wahrnehmung von Trainern zur Gruppendynamik und Aspekte der Trainingsmethode im Kampfsporttraining mit Kindern mit ADHS*. Dabei wurde mittels einer qualitativen Studie versucht herauszufinden, wie die befragten Trainer auf Kinder mit ADHS eingehen, ob sie ihre Trainingsmethodik gegebenenfalls adaptieren und welchen Anteil Kinder mit ADHS an der Ausprägung der Gruppendynamik haben. Insgesamt wurden dazu sieben Kampfsporttrainer mittels eines semi-strukturierten Interviews befragt. Das Alter deren Zielgruppe lag zwischen 8 und 11 Jahren (Vogel 2017).

Ergebnis der qualitativen Studie war, dass die bestehenden „[...] Möglichkeiten der Adaption von Training, das den Bedürfnissen von Kindern mit ADHS gerecht wird, [nicht ansatzweise ausgeschöpft werden,] weil es an der Verzahnung zwischen theoretischen Erkenntnissen und praktischer Umsetzung fehlt“ (Vogel 2017, Abstract).

Erkenntnisse aus der Bachelorarbeit werden nun in dieser Masterarbeit praktisch umgesetzt. Dazu wurde auf Basis von Experteninterviews und einschlägiger Literatur ein

Fortbildungsprogramm für Kampfsporttrainer entwickelt, um diesen einen besseren Verlauf ihres Trainings und im besten Fall eine Verbesserung der Integration verhaltensauffälliger Kinder sowie eine positive Veränderung auffälligen Verhaltens zu ermöglichen.

Mit der Entwicklung der Fortbildung sollten die nachfolgend beschriebenen Ziele erreicht werden, die wiederum Einfluss auf die im Rahmen dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen (siehe Kapitel 3 Hypothesen) haben. Die Arbeitsziele der Fortbildung lassen sich wie folgt stichpunktartig zusammenfassen:

1. Wissenszuwachs über Merkmale verhaltensauffälliger Kinder (vertieft ADHS)
2. Wissenszuwachs zur Trainingsmethode Sportkinesiologie
3. Vermittlung von Reaktionsmöglichkeiten auf störendes Verhalten im Training (pädagogische und sportkinesiologische Fördermöglichkeiten)
4. Reflektion des durch die Trainer durchgeführten Trainings
5. Trainingsoptimierung und Adaption von Trainingsmethoden nach den individuellen Bedürfnissen verhaltensauffälliger Kinder

In Kapitel 2, dem aktuellen Forschungsstand, wird genauer erläutert, was unter Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, so wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung als gezieltes Beispiel einer Verhaltensauffälligkeit, verstanden wird. In diesem Kapitel geht es aber nicht nur um die Auffälligkeiten bei Kindern, sondern auch deren gezielte Fördermöglichkeiten und ausgewählte Übungen für verhaltensauffällige Kinder. Ein weiterer großer Aspekt im Hinblick auf den aktuellen Forschungsstand, stellt den Fachbereich Kinesiologie dar.

Kapitel 3 konkretisiert und begründet die Hypothesen.

In Kapitel 4 wird die Methodik und Stichprobe beschrieben. Dabei werden zum einen die Leitfäden der Experteninterviews erläutert und zum anderen die Entwicklung der Fragebögen zur Evaluation der Fortbildung genauer ausgeführt. Anschließend werden die Auswertungsverfahren zu den Interviews und den Fragebögen thematisiert und zuletzt die Planung und Organisation der Fortbildung, sowie die Beschreibung der Stichprobe dargestellt.

Kapitel 5 beschreibt die Ergebnisse der Fragebögen.

In Kapitel 6 werden diese Ergebnisse anschaulich und ausführlich interpretiert und diskutiert, aber auch kritisch reflektiert.

Abschließend wird die wissenschaftliche Arbeit zusammengefasst und ein Fazit gezogen. Sprachlich vereinheitlicht sind Geschlechtsbezeichnungen, wobei stets die männliche Form verwendet wird. Dies dient lediglich der besseren Lesbarkeit und nicht der Bevorzugung des ein oder anderen Geschlechts. Lange wissenschaftliche Bezeichnungen werden mit ihren geläufigen Abkürzungen verwendet, beispielsweise ADHS als Abkürzung für Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung.

2 Aktueller Forschungsstand

Den Stand der aktuellen Forschung gibt die 2016 publizierte Dissertation von Savard wieder. Er verarbeitet verschiedene, meist amerikanische Studien, die sich mit dem Thema Kampfsport in Verbindung mit dessen Wirkungen auf von ADHS betroffenen Menschen beschäftigen (Savard 2016, S. 52 f.). Seine Dissertation kommt zu dem Schluss, dass nach wie vor ein Defizit in der wissenschaftlichen Erforschung der Effekte von Kampfsporttraining in der Behandlung von ADHS besteht (Savard 2016, S. 55).

Damit ist und bleibt die von Therapeuten vertretene Annahme, Kampfsport wirke sich positiv auf die Behandlung von Kindern mit ADHS aus und die damit verbundene Annahme, durch Bewegung und Disziplin könnten die Symptome beeinflusst werden, wissenschaftlich unbelegt. Das gilt vor allem für die spezifische Ausprägung der angenommenen Wirkungen von Kampfsporttraining auf die Symptomatik, denn publizierte Arbeiten befassen sich meist nur ganz allgemein mit Sport und dessen Wirkungen auf ADHS (Vogel 2017, S. 4).

Wie bereits in der Bachelorarbeit herausgearbeitet wurde, gibt es ein Forschungsdefizit im Bereich ADHS und Kampfsport bezüglich Trainingskonzepten und deren Nutzen und dies, obwohl Kampfsport eine verbreitete Empfehlung für Kinder mit ADHS ist, damit diese lernen, besser mit ihren Besonderheiten umzugehen (Vogel 2017, S. 27).

Da Kampfsporttrainer nicht nur Kinder und Jugendliche mit ADHS in ihren Trainingsgruppen haben, sondern oft auch allgemein verhaltensauffällige Kinder, soll die Fortbildung nicht ausschließlich auf das Krankheitsbild ADHS ausgerichtet werden.

Die Fortbildung ist generell dafür geeignet, den Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern zu verbessern. Weil es aber ein weites Spektrum ist, wie sich Verhaltensauffällig-

keiten zeigen, wird als eines der Kernbeispiele ADHS ausgewählt, um Verhaltensauffälligkeiten auch an medizinisch und soziologisch definierten Kriterien festmachen zu können.

2.1 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern

Im Folgenden findet sich ein Überblick über die gebräuchlichsten Definitionen von *Verhaltensauffälligkeiten*. Eine einheitliche Definition existiert nicht. Um eine Auffälligkeit eines Verhaltens festzumachen, wird immer eine Norm gebraucht, anhand derer man abweichendes Verhalten feststellen kann. Diese Normen können sich jedoch zwischen sozialen Bezugsgruppen, oder von Kultur zu Kultur unterscheiden oder aber auch über Jahre verändern (Fröhlich-Gildhoff 2013, S. 17).

Fröhlich-Gildhoff (2013, S. 15 f.) schlägt die folgenden Normen vor, die bei einer näheren Betrachtung eines Verhaltens mit einbezogen werden müssen: soziale, statistische, funktionale, ideale und subjektive Norm.

Verhaltensauffälligkeiten und -störungen werden auch als „[...] Ergebnis sozialer Festlegungs- und Zuschreibungsprozesse“ (Vernooij 2000, S. 33) beschrieben.

Was konkret unter *Verhalten* zu verstehen ist, wäre zunächst im Detail zu klären: „**Verhalten** beinhaltet die Gesamtheit der äußerlich wahrnehmbaren Lebensäußerungen eines Menschen. Verhalten ist in hohem Maße entwicklungsabhängig“ (Thompson et al. 2000 zit. n. Ettrich & Ettrich 2006, S. 17, Herv. i. O.). Das bedeutet, dass das Verhalten eines Kindes immer im Kontext seiner Entwicklung gesehen und eingeschätzt werden muss.

Häufig wird in der Literatur das menschliche Verhalten in *normales*, *auffälliges* und *gestörtes* Verhalten eingeteilt (Ettrich & Ettrich 2006, S. 16).

„(Verhaltens-)Auffälligkeit ist immer ein soziales Konstrukt, das in Zusammenhang mit sozialen Gruppen- oder Individualnormen zu betrachten ist. Kriterien für Auffälligkeiten bzw. Störungen sind insbesondere: Die Stärke und Anzahl der Symptome, die psychosozialen Beeinträchtigungen, das jeweilige Alter und Geschlecht sowie die Dauer des Auftretens“ (Fröhlich-Gildhoff 2013, S. 31).

Ein weiteres Merkmal einer Verhaltensauffälligkeit ist, dass das beschriebene Verhalten *längerfristig* beobachtbar sein muss, sowie eine *negative Auswirkung* auf das Erziehungsverhältnis haben muss, weshalb in der Regel heilpädagogische Maßnahmen notwendig sind (Bundschuh 2007, S. 287).

Die verbreitetsten Formen von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind *internalisierende*, *externalisierende* und *komplexe* Auffälligkeiten. Dabei wird laut Fröhlich-Gildhoff (2013, S. 77-212) den drei Oberbegriffen beispielweise folgende Störungen zugeordnet: Zu den *internalisierenden* Auffälligkeiten zählen Depressionen, Angststörungen und Ess-Störungen. Zu den *externalisierenden* Auffälligkeiten zählen AD(H)S, Gewalt und Delinquenz und zu den *komplexen* Auffälligkeiten zählen die Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Traumafolgestörungen und Drogenmissbrauch sowie Abhängigkeit.

An den zitierten Definitionen über Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich vor allem, dass es sich um einen sozialen Zuschreibungsprozess handelt. Soziologisch könnte man den Blickwinkel umkehren und festhalten, dass für das betroffene Individuum sein eigenes Verhalten völlig wertfrei ist und damit weder auffällig noch störend. Dazu wird es erst, wenn soziale Interaktionspartner dem Individuum diese Auffälligkeiten und spezifisches abweichendes Verhalten zuschreiben.

Der Schlüssel im Verständnis der Interaktion zwischen Individuen, von denen der eine ist, wie er ist und der andere ihm Verhaltensauffälligkeiten zuschreibt, liegt also darin, dass wir in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema beide Interaktionspartner in den Blick nehmen müssen. Den „Bewerteten“ und den „Bewerter“. Das erscheint auch deshalb wichtig, weil gerade der Bewertende sich über seine eigenen Bewertungsmaßstäbe bewusst werden muss, die dem Bewerteten Eigenschaften zuschreiben. Will der Bewertende den Bewerteten (geistig) erreichen, muss er dessen „innere Landkarte“ kennenlernen, denn sonst läuft er Gefahr, dass seine Kommunikationsversuche ins Leere laufen. Ziel der sozialen Interaktion soll ja nicht nur die Etikettierung festgestellten Verhaltens sein, sondern dessen verständnisvolle und einfühlsame Beeinflussung von Verhaltensweisen (gerichtet auf Verhaltensänderung), die in einem sozialen Verband von der überwiegenden Anzahl dessen Mitglieder als störend empfunden werden.

2.2 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

ADHS ist eine Unterrubrik von Verhaltensstörungen. In der Bachelorarbeit wurde das Krankheitsbild ADHS bereits ausführlich beschrieben (Vogel 2017, S. 9 ff.). Deshalb sollen hier lediglich einige relevante Bereiche und Ergänzungen genannt werden. Zunächst wird ein terminologischer Überblick über das Krankheitsbild gegeben, dann die Kernsymptome aufgezählt und die Häufigkeitsangaben von ADHS genannt. Anschließend die Ursachen sowie mögliche Therapiebausteine erläutert.

2.2.1 Terminologischer Überblick

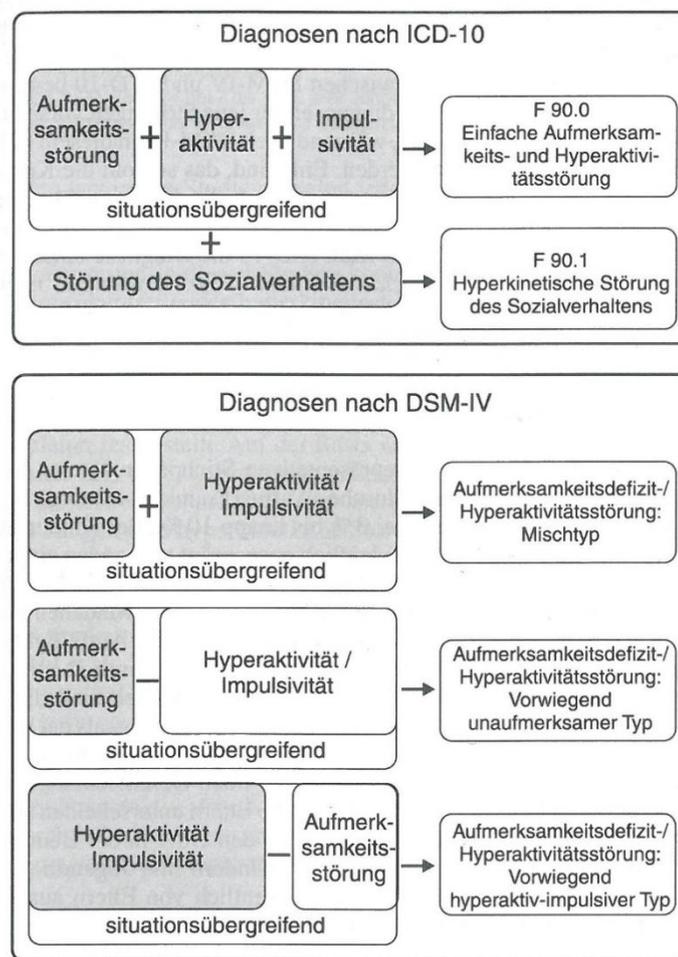
„In den weltweit genutzten klinischen Klassifikationssystemen (Dilling, Mombour & Schmidt 2015, S.358 ff.; Falkai & Wittchen 2015, S. 77 ff.) *ICD-10* (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation und *DSM-5* (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), dem nationalen psychiatrischen Klassifikationssystem der USA, sind genaue Diagnosekriterien für das Störungsbild beschrieben. Nach *ICD-10* wird das Krankheitsbild *hyperkinetische Störung* und nach dem *DSM-5* *Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung* benannt. In dieser Arbeit wird vorwiegend mit dem Begriff *Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung* gearbeitet. Die beiden Klassifikationssysteme unterscheiden sich hauptsächlich in ihrer Kombination der Kernsymptome und der Benennung der einzelnen Subgruppen.

Die hyperkinetische Störung ist im *ICD-10* unter F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend zu finden. Hier wird sie in F90.0 *einfache* Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und F90.1 *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* unterteilt (Dilling u.a. 2015, S. 362).

Das *DSM-5* unterscheidet zwischen einem ADHS *Mischtypus*, ADHS vorwiegend *unaufmerksam*er Typ und ADHS vorwiegend *hyperaktiv-impulsiver* Typ (Falkai & Wittchen 2015, S. 79).“ (Vogel 2017, S. 9 f.)

Tabelle 1 stellt die beiden Klassifikationssysteme übersichtlich dar:

Tabelle 1: Kriterien für die Diagnose einer ADHS nach den Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl 2013, S. 3)



2.2.2 Kernsymptome

„Beide Klassifikationssysteme beschreiben drei Kernsymptome (Döpfner u.a. 2013, S. 1, S. 25; Schuster 2017, S. 114):

- Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit)
- Impulskontrolle (Impulsivität)
- Aktivität (Hyperaktivität).“ (Vogel 2017, S. 11)

„Unter *Unaufmerksamkeit* wird die „[...] erhöhte Ablenkbarkeit, Abbruch von Tätigkeiten und Vermeidung von Anstrengung“ (Lehmkuhl, Adam, Frölich, Sevecke & Döpfner 2004, S. 27) verstanden. Besonders intensiv tritt diese Symptomatik auf, wenn der Betroffene Regeln oder Tätigkeiten einzuhalten hat (ebd.). Wenn das Kind zum Beispiel im Training eine bestimmte Übung ausführen soll, wird es ihm/ihr schwer fallen, bei der Sache zu bleiben. Das hat manchmal auch zur Folge, dass die Sportart häufig gewechselt wird (ebd.). Außerdem können Betroffene, wenn sie etwas erklärt bekommen, nicht immer folgen, sondern werden „von externen Reizen abgelenkt“ (Spinath & Brünken 2016, S. 112).

Hyperaktivität zeigt sich „[...] in vermehrter motorischer Unruhe, exzessivem Herumlaufen und erhöhter motorischer Aktivität in Situationen, in denen normalerweise ruhiges Verhalten [...] verlangt wird“ (Lehmkuhl u.a. 2004, S. 27). Auch das „herumfuchteln mit Händen und Füßen“ (Spinath & Brünken 2016, S. 113) ist ein weiteres Merkmal.

Impulsives Verhalten „[...] ist durch plötzliche und unüberlegte Handlungen charakterisiert [...]“ (Lehmkuhl u.a. 2004, S. 28). Dabei stören Betroffene durch spontane Zwischenrufe oder können nicht abwarten, bis sie bei auszuführenden Aktionen an der Reihe sind (Spinath & Brünken 2016, S. 113).

Für die medizinisch begründete Diagnose von ADHS müssen allerdings weitere wichtige Kriterien erfüllt sein. Innerhalb der drei Kernsymptome reicht es nicht, wenn nur ein Merkmal zutrifft (Spinath & Brünken 2016, S. 112 f.; Schuster 2017, S. 115).

Die oben beschriebenen Symptome müssen bereits vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein und mindestens 6 Monate andauern. Es müssen mindestens zwei Lebensbereiche betroffen sein (z.B. Schule und Zuhause). Außerdem müssen andere Krankheitsbilder, wie psychische Störungen, geistige Behinderung etc. ausgeschlossen werden (Spinath & Brünken 2016, S. 112).

Um die Störung wissenschaftlich zu diagnostizieren, müssen Feststellungen getroffen werden, aus welchem Bereich der drei Kernsymptome welche Spezifischen wie oft auftreten.“ (Vogel 2017, S. 11 f.)

„In Tabelle 2 sind alle Symptombeschreibungen zu den drei Kernsymptomen festgehalten. Die Übersicht ist zwar schon aus dem Jahr 2000, da sich aber hinsichtlich der Kriterien nichts geändert hat, ist sie für einen anschaulichen Überblick sehr gut geeignet. Der Bereich Unaufmerksamkeit umfasst neun Kriterien. Davon müssen mindestens sechs

Symptome über sechs Monate hinweg auftreten (Spinath & Brünken 2016, S. 112). Der Bereich der Hyperaktivität umfasst fünf Kriterien. Davon müssen mindestens drei Symptome über sechs Monate hinweg auftreten (Spinath & Brünken 2016, S. 113). Der Bereich der Impulsivität umfasst vier Kriterien. Davon muss mindestens ein Symptom über sechs Monate hinweg auftreten (ebd.).“ (Vogel 2017, S. 12 f.)

Tabelle 2: Symptomkriterien der ADHS nach den Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl 2000, S. 2).

A) Unaufmerksamkeit
<ol style="list-style-type: none"> 1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten. 2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten. 3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen. 4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten). 5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. 6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben). 7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). 8. Läßt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken. 9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeßlich.
B) Hyperaktivität
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. 2. Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. 3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben). 4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. 5. {Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“. (Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)
C) Impulsivität
<ol style="list-style-type: none"> 1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. 2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen). 3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein). 4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren).{Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.}
{ } = nur DSM-IV; () = nur ICD-10

2.2.3 Prävalenz

„ADHS zählt zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Spinath & Brünken 2016, S. 115). Die Prävalenzangaben zu ADHS variieren, je nach welchem Klassifikationssystem das Krankheitsbild diagnostiziert wird (ebd.). Bruchmüller macht außerdem darauf aufmerksam, dass es einen „trend for potential overdiagnosis“ (Bruchmüller 2011, S. 128) gibt (also eine Art „Modediagnose“).

Schuster wägt verschiedene Studien ab und kommt zum Schluss, dass „[...] etwa (3-) 5 % der Kinder (eines von 20) tatsächlich von ADHS betroffen sind“ (Schuster 2017, S. 120).

Signifikant ist, dass die Prävalenzen „[...] bei Jungen zwei- bis dreimal häufiger als bei Mädchen [sind]“ (Petermann 2013, S. 274).“ (Vogel 2017, S. 13 f.)

2.2.4 Ursachen

Trotz zahlreicher Forschungen zu Ursachenzusammenhängen bei ADHS ist bis heute keine eindeutige Ursache für ADHS gefunden worden (Abelein & Stein 2017, S. 65). Man geht von einer Interaktion zweier Hauptrichtungen aus. Diese sind zum einen die biologischen Faktoren, also die genetisch, veranlagten Einflüsse und zum anderen die psychosozialen Faktoren, also Umwelteinflüsse, wie Familie, Schule, räumliches Umfeld etc. (Döpfner u.a. 2013, S. 9 ff.).

Aus Zwillings- und Adoptionsstudien wurde gefolgert, „[...] dass etwas über 70% der Varianz der untersuchten Merkmale durch genetische Faktoren erklärt werden könnten“ (Nikolas & Burt 2010 zit. n. Schuster 2017, S. 120).

Im Zusammenhang mit den biologischen Faktoren haben Forschungen der letzten Jahre neue Erkenntnisse zu Tage gebracht. Man konnte bei Menschen mit ADHS einen Dopamin-Mangel im Gehirn nachweisen, welcher „[...] heute als Ursache für die Aufmerksamkeits- und Impulssteuerungsschwäche bei ADHS [gilt]“ (Kemmerich 2017, S. 20). Dopamin ist ein Botenstoff im Gehirn, genauer gesagt im präfrontalen Cortex. Dopamin ist hauptverantwortlich für die Steuerung von Aufmerksamkeit und Konzentration (Ellinger 2007, S. 133). Diese Botenstoffe regeln also den Informationsfluss und geben Nachrichten von einer Nervenzelle zur anderen weiter (Kemmerich 2017, S. 20). Bei

betroffenen Kindern und Erwachsenen wird der Botenstoff Dopamin „[...] verfrüht durch die Dopaminpumpen wieder aufgenommen und zerfällt damit zu schnell im synaptischen Spalt“ (Ellinger 2007, S. 133). Die Wirkung, die das Dopamin eigentlich vollziehen soll, geht somit verloren und die Informationsübertragung scheitert (Ellinger 2007, S. 133). Die medikamentöse Behandlung setzt genau an diesem Dopamin-Mangel an. Der Wirkstoff Methylphenidat soll den „Dopamin-Verkehr“ wieder ins Gleichgewicht bringen (Abelein & Stein 2017, S. 72). Dabei verstopft der Wirkstoff Methylphenidat die Dopaminpumpe und schafft es dadurch, den Botenstoff länger und wirksam im synaptischen Spalt zu erhalten (Ellinger 2007, S. 133).

2.2.5 Therapie

Würde man den Schwerpunkt der Betrachtung der Symptome lediglich auf die biologisch-genetischen Ursachen legen, könnte man sich auf den Standpunkt stellen, dass allein die Substituierung chemischer Botenstoffe im Gehirn das klinische Bild der ADHS behandeln oder zumindest verändern kann. Mit dieser Eindeutigkeit lassen sich Behandlungsansätze aber nicht beantworten, weil zum einen mit wissenschaftlicher Evidenz noch keine eindeutige Ursache der ADHS gefunden ist und zum anderen klinisch die Erfahrung gemacht wird, dass auch unterschiedliche psycho-soziale Therapien oder Trainingsansätze Wirkung auf das klinische Bild der Symptome zeigen.

Damit Kinder und Jugendliche mit ADHS sowie ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld besser mit dem Krankheitsbild umgehen können, gibt es verschiedene nicht medikamentöse Behandlungsansätze (Neuhaus 2016, S. 157 ff.).

Auch hinsichtlich dieser gibt es jedoch kein allgemein gültiges Rezept. Für jeden Einzelfall muss ein eigenes Therapieprogramm zusammengestellt werden.

Wichtig dabei ist, dass nicht nur der (Symptom-)Betroffene mit in die Therapie eingebunden wird, sondern auch sein Umfeld, also sowohl die Eltern als auch beispielsweise Kindergarten oder Schule (Döpfner u.a. 2013, S.20).

Häufig wird eine multimodale Therapie vorgeschlagen, welche eine Kombination aus einer medikamentösen Behandlung und verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen darstellt (Petermann 2013, S. 278 ff.). Aber nicht nur multimodale Therapieansätze sind für Betroffene wichtig, sondern auch pädagogische Ansatzpunkte helfen den Betroffenen

besser mit ihren Symptomen umzugehen. Ein professionelles Handeln auf Seiten der Pädagogen setzt Kompetenzen und Fachwissen hinsichtlich des Krankheitsbildes ADHS voraus (Abelein & Stein 2017, S. 195 f.). Kinder und Jugendliche mit ADHS brauchen klare Strukturen in ihrem Alltag (Gawrilow 2016, S. 143). Die Bezugspersonen der Betroffenen müssen geduldig und konsequent sein, aber auch eine eigene Strukturiertheit haben (Abelein & Stein 2017, S. 188 f.).

Eine ausführlichere Beschreibung der pädagogischen Maßnahmen wird in Kapitel 2.4 *Gezielte Fördermöglichkeiten für verhaltensauffällige Kinder* gegeben.

2.3 Kampfsport und ADHS

Jeffrey Alexander, ein Entwicklungspsychologe, behauptet: „Karate may be one of the best examples of a sport that is therapeutic for the ADHD child“ (Alexander 1990, S. 106). Diese Ansicht spiegelt die schon mehrfach erwähnte These wider, Kampfsport wirke sich positiv auf das Verhalten von Kindern aus, die von ADHS betroffen sind. Ein wissenschaftlicher Nachweis, dass dem wirklich so ist, ist dadurch aber natürlich noch immer nicht geführt.

In der Bachelorarbeit wurde im Kern der Frage nachgegangen, inwieweit sich wissenschaftlich die populäre These, Sport und insbesondere Kampfsport helfe Kindern mit ADHS ihre Symptome besser zu kontrollieren, nachweisen lasse und – sofern sich die These bestätigt –, welche konkreten Kriterien und Merkmale der Sportart es sind, die Kampfsport geeignet machen, vor allem Aufmerksamkeit und Impulskontrolle bei betroffenen Kindern zu verbessern.

In Studien (z. B. Gawrilow 2016, S. 146 f.) wurde herausgearbeitet, dass Sport tatsächlich ganz allgemein hilft, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle sowie psychologische Variablen zu verbessern, so dass die These möglicherweise ein lohnenswerter Ansatz ist, „Sportarten für Kinder mit ADHS zu suchen, von deren Struktur und Regeln man sich erhofft, dass diese am besten mit den Symptomen der Erkrankung korrelieren“ (Vogel 2017, S. 18).

In einer empirischen Studie mit 207 Kindern und Jugendlichen wurde von Lakes und Hoyt (2004) die Hypothese untersucht, ob sich die Selbstregulationsfähigkeit, also „[...] die Fähigkeit, das eigene Denken, Fühlen und Handeln zu beeinflussen und zu

kontrollieren“ (Gawrilow 2016, S. 169), durch ein schulbasiertes Taekwondo-Training verbessert. Nach drei Monaten konnte eine Verbesserung in „[...] cognitive self-regulation, affective selfregulation, prosocial behaviour, classroom conduct, and performance on a mental math test“ (Lakes & Hoyt 2004, S. 283) festgestellt werden, allerdings ohne einen direkten Bezug zu ADHS.

Da in der Literatur bisher nicht ausreichend transparent dargestellt wird, warum gerade Kampfsport ein sehr geeigneter Sport für Kinder mit ADHS sein kann, wurde in der Bachelorarbeit eine Übersichtstabelle (Tabelle 3) entwickelt, die vier verschiedene Sportarten (Fußball, Volleyball, Schach, Kampfsport) hinsichtlich der drei Kernsymptome (Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, Impulskontrolle) und deren „Passung“ zu den Kernsymptomen ADHS veranschaulicht.

„Ein ‚+‘ bedeutet, das Symptom ist unter Kontrolle, ‚++‘ bedeutet, das Symptom ist sehr gut unter Kontrolle. Ein ‚-‘ bedeutet, dass das Symptom nicht unter Kontrolle ist und ein ‚--‘ bedeutet, dass das Symptom überhaupt nicht unter Kontrolle zu bringen ist“ (Vogel 2017, S. 19).

Tabelle 3: Bewertung verschiedener Sportarten im Hinblick auf die Passung der Kernsymptome ADHS (Vogel 2017, S. 19)

	Aufmerksamkeitsstörung	Hyperaktivität	Impulskontrolle	Gesamtbewertung	Bemerkung
Fußball	+	++	--	3+, 2-	Impulskontrolle ist K.O.-Kriterium
Schach	--	--	+-	1+, 5-	Aufmerksamkeit und Hyperaktivität sind K.O.-Kriterium
Volleyball	+-	+-	+-	3+, 3-	Zu viele Negativmerkmale in allen Bereichen für einen Team-sport
Kampfsport	+-	+-	++	4+, 2-	Geeignet, weil z.B. Hyperaktivität auch als Motor genutzt werden kann (Schnelligkeit)

Wie man aus der Tabelle herauslesen kann, scheint Kampfsport eine sehr passende Sportart zu sein, um der Aufmerksamkeitsstörung entgegenzuwirken, da dort im Bereich des Freizeitsportes häufig nur kurze Abschnitte von hoher Konzentration abverlangt werden

und zwischen den Konzentrationsphasen häufig Pausen gemacht werden. Aber auch der Bereich der Hyperaktivität kommt im Kampfsporttraining nicht zu kurz. Die Kinder haben hier die Möglichkeit sich auszutoben und viel zu bewegen. Der klare Rahmen eines Kampfsporttrainings und seine strengen Regeln geben dem impulsiven Verhalten der aufmerksamkeitsgestörten Kinder nicht viel Raum, um „auszubrechen“ oder sich zu verletzen (Vogel 2017, S. 20). Da aber natürlich auch Kampfsport in der Interaktion mit anderen stattfindet, darf der Aspekt des Einflusses der ADHS-Symptome auf die soziale Gruppe nicht vernachlässigt werden. Im Rahmen der Recherchen zur Bachelorarbeit konnte keine einzige Arbeit gefunden werden, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzt. Deshalb wurde auf Untersuchungen allgemeiner Art zur Auswirkung von ADHS auf eine soziale Gruppe zurückgegriffen. Man kann selbst beobachten und betroffene Eltern berichten häufig, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS es in gleichaltrigen Gruppen oft nicht leicht haben. Durch ihre Hyperaktivität und ihr impulsiv gesteuertes Verhalten sind andere Kinder beim Spielen oft zurückgeschreckt. Eine der größten Probleme von Kindern mit ADHS ist oft die Integration in eine Gruppe (Barkley 2011, S. 296). In einer Studie führen Leithäuser und Beneke (2013, S. 288) aus, dass aufmerksamkeitsgestörte Kinder oft in Gruppen negativ herausstechen. Außerdem fühlten sie sich häufig von ihrer Peergroup nicht akzeptiert und hätten Schwierigkeiten Freundschaften aufzubauen.

„Daraus lässt sich auch für den Bereich der Gruppendynamik im Kampfsport bei Kindern mit ADHS mit hoher Wahrscheinlichkeit schlussfolgern, dass die spezifischen Symptome der Erkrankung Auswirkungen auf die Dynamik innerhalb der Sportgruppe haben können, denn auch in diesem Kontext sind krankheitsbedingt aggressives und impulsives Verhalten sowie Regelverstöße in der Gruppe zu erwarten“ (Vogel 2017, S. 26).

Eines der Forschungsergebnisse der Bachelorarbeit zu diesen Aspekten war (nicht repräsentativ), dass es sich als schwierig herausstellte, über die Trainer verlässliche Informationen über die Gruppendynamik zu erhalten, da viele Aussagen widersprüchlich waren. Wenn ein Trainer einerseits angab, dass ihn und die Gruppe das ADHS-spezifische Verhalten eines Kindes nicht stört, er aber andererseits darauf reagierte, störte es ihn/die Gruppe gleichwohl, denn sonst hätte er nicht darauf reagiert (Vogel 2017, S. 53).

2.4 Gezielte Fördermöglichkeiten für verhaltensauffällige Kinder

Im Folgenden werden einige Grundprinzipien gezielter Fördermöglichkeiten genannt, die sich der Fachliteratur entnehmen lassen und sich aus den durchgeführten Experteninterviews herauskristallisiert haben. Es sind Grundprinzipien, weil diese Ansätze in den routinierten Trainingsablauf eingeschlossen werden sollten und so den Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern nachhaltig ändern können.

Die Fördermöglichkeiten gliedern sich in verbale, physische, psychologische und motorische Ansätze. Als Fördermöglichkeiten werden beispielsweise auch einfache physische Vorgänge wie „Hand auf die Schulter legen“ oder verbale Ansätze wie „Austausch mit den Eltern“ bezeichnet, weil sie förderlich für die Kommunikation zwischen Individuen sind und dadurch den verhaltensändernden Zugang zum Betroffenen voranbringen.

Einige dieser Ansätze haben eine Schnittmenge, so zum Beispiel kann der physische Ansatz, das Kind mit der Hand an der Schulter zu berühren auch als psychologischer Ansatz begriffen werden. Die Zuordnung erfolgte primär nach dem äußeren Erscheinungsbild.

Das Übergewicht psychologischer Ansätze ist dem Denken unserer Zeit geschuldet, da wir mehr und mehr danach streben, Verhalten nach seinem Grund zu begreifen, also nach dessen innerer Ursache. Deshalb erfolgen Reaktionen ebenfalls unter dem Blickwinkel des Ansatzes an inneren Ursachen und weniger an physischen Möglichkeiten.

2.4.1 Verbale Ansätze

- „*Klare, kurze* Anweisungen statt langatmiger Erklärungen“ (Kemmerich 2017, S. 136, Herv. i. O.).

Da sich Kinder mit ADHS von vornherein schlechter konzentrieren können und eine kürzere Aufmerksamkeitsdauer haben (Kemmerich 2017, S. 28 f.), ist es wichtig die Erklärungen kurz zu halten. So haben die Kinder eine Chance möglichst viel der Erläuterungen mitzubekommen und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie die Übungen korrekt ausführen. Dies kommt aber auch den anderen Kindern im Training zu Gute, da alle Kinder nicht wegen verbalen Erklärungen ins Training kommen, sondern auf Grund des Sportes bzw. der Bewegung.

- „Positive Wortwahl statt Verbote“ (Kemmerich 2017, S. 136, Herv. i. O.).

Nachdem man verhaltensauffällige Kinder häufig ermahnen muss und über ihr Verhalten gesprochen wird, liegt es nahe, dass sich diese Kinder schnell angegriffen fühlen. Oft ist es effektiver, wenn man es nochmal über den „guten Weg“ probiert, bevor man mit Strafen droht. „Betonen Sie, *wie wichtig* Ihnen die Anweisung ist“ (Kemmerich 2017, S. 136, Herv. i. O.).

- „Verwenden Sie *Ich-Botschaften*“ (Kemmerich 2017, S. 136, Herv. i. O.; Interview Mohr).

Mit Ich-Botschaften soll sich das Kind nicht als Person angegriffen fühlen, sondern Ziel ist es, über das *Verhalten* des Kindes zu sprechen. Das Verhalten soll lediglich beschrieben, aber auf keinen Fall bewertet werden. Gordon unterscheidet zwei Arten von Ich-Botschaften: die *konfrontative* Ich-Botschaft und die *präventive* Ich-Botschaft.

„Eine konfrontative Ich-Botschaft ist eine nicht-vorwurfsvolle, urteilslose Botschaft, die dem Kind mitteilt, was der Erwachsene als Reaktion auf ein inakzeptables Verhalten des Kindes erlebt [...]“ (Gordon 1993, S. 161). Eine präventive Ich-Botschaft ist, „[w]enn Eltern oder Lehrer ein Bedürfnis darlegen, dessen Erfüllung weitere Unterstützung, Kooperation oder direkte Aktivität von Kindern oder Schüler verlangt [...]“ (Gordon 1993, S. 168).

Die konfrontative Ich-Botschaft basiert also auf Verhalten, das bereits in der Vergangenheit liegt und die präventive Ich-Botschaft soll das Verhalten, das in der Zukunft liegt, beeinflussen. Bei beiden Ich-Botschaften ist das Ziel, das Verhalten des Kindes für die Zukunft positiv zu beeinflussen.

Hilfreich ist es, dem Gesprächspartner zunächst die eigene Wahrnehmung über sein Verhalten in einer bestimmten Situation zu beschreiben und was dieses Verhalten beim Erklärenden bewirkt hat. Anschließend können Vorschläge unterbreitet werden, wie die Situation geändert werden könnte, damit sie für beide – Trainer und Schüler – in Ordnung ist.

- *Austausch* mit Eltern (Interview Dr. Springer)

Ein regelmäßiger Austausch der Trainer mit den Eltern ist sehr wichtig. Eltern kennen die Ausmaße der ADHS ihres Kindes am besten. Die Trainer sollen von diesem Wissen profitieren, um bereits funktionierende Verhaltensmuster der Eltern mit in ihr Training zu übernehmen. Aber auch die Eltern sollen von dem Austausch mit den Trainern Gewinn erzielen. Sowohl Fortschritte als auch Regressionen sollten in einem Gespräch vor oder nach dem Training kommuniziert werden (Interview Dr. Springer).

- Beim *Namen* rufen *anstelle von „Du“* (Interview Kirchner, Mohr, Klingelhöffer)

Kinder und Jugendliche mit ADHS sollten immer mit ihrem Vornamen angesprochen werden. Das gilt generell für alle Kinder. Damit wird erreicht, dass es erstens keine Missverständnisse gibt, welches Kind gerade gemeint wird und zweitens fühlen sich Kinder dadurch direkter angesprochen und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie dadurch wieder schneller aufpassen und sich konzentrieren. Außerdem zählt der Name zur rechten Gehirnhälfte, und zählt somit zur emotionalen und sozialen Intelligenz. Dies muss bei Kindern mit ADHS besonders gefördert werden (berichtet von Klingelhöffer 2018).

2.4.2 Physische Ansätze

- „Gehen Sie *in die Hocke*, um auf gleicher Augenhöhe mit dem Kind zu sprechen“ (Kemmerich 2017, S. 137, Herv. i. O.).

Wenn mit dem Kind auf gleicher Augenhöhe gesprochen wird, zeigt ihm das Respekt und Anerkennung. Ein physisches Machtgefälle (von groß zu klein) wird vermieden. Das Gespräch auf Augenhöhe schafft empathische Nähe und ermöglicht damit einen vertrauteren Umgang miteinander.

- „Greifen Sie das Kind *an der Schulter*, um Aufmerksamkeit zu erreichen“ (Kemmerich 2017, S. 137, Herv. i. O., Interview Kirchner, Mohr).

Mit einem körperlichen Impuls können Kinder oft schneller als mit Worten „zurückgeholt“ werden. Allerdings sollte diese Maßnahme zunächst mit den Eltern und dem Kind

besprochen werden. Viele Trainer werden sich diese Maßnahme vielleicht nicht trauen, da sexuelle Übergriffe in den letzten Jahren medial sehr präsent waren. Deshalb ist es sehr wichtig, dies vorerst mit den Betroffenen zu besprechen, um abzuklären, ob diese Maßnahme gewünscht und in Ordnung ist.

2.4.3 Psychologische Ansätze

- *Positive Verstärker* (Krowatschek 2015, S. 33, Interview Dr. Springer)

Für die Entwicklung des Fortbildungsprogramms eignen sich auch einige Übungen aus dem Marburger Konzentrationstraining. Das Marburger Konzentrationstraining ist für Kindergarten, Vorschule und Schulkinder, aber auch für Jugendliche erhältlich. Da nicht das komplette Programm angewendet werden soll, werden im Folgenden lediglich die relevanten Ansätze/Übungen dargestellt.

Wichtig für den Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern im Kampfsporttraining sind *Positive Verstärker*. Dabei wird zwischen sozialen Verstärkern und materiellen Verstärkern unterschieden (Krowatschek 2015, S. 33):

- Soziale Verstärker (Zuwendung, Beachtung, Lächeln, Loben, Ermunterung usw.)
und
- Materielle Verstärker (Verstärkerpläne, Punkte oder Token, Preise, Vergünstigungen, Geld, Süßigkeiten usw.)

Verstärker sind auch aus der Psychologie bekannt. Man unterscheidet zwischen positiven und negativen Verstärkern. Bei einer positiven Verstärkung folgt ein angenehmer Reiz auf das Verhalten. Bei einer negativen Verstärkung bleibt ein erwarteter aversiver Reiz aus, wenn das Verhalten gezeigt wird (Michael, Lass-Hennemann & Ehlers 2018, S. 92).

Positive Verstärkung wird eingesetzt, „[...] um die Auftretenswahrscheinlichkeit von erwünschtem Verhalten zu erhöhen und neue Verhaltensweisen aufzubauen“ (Michael u.a. 2018, S. 92).

Auch Dr. Springer spricht von der Bedeutsamkeit eines Punkte-Sammel-Systems. Allerdings betont er, dass es nur sinnvoll wäre, wenn das betroffene Kind die Punkte im Training sammelt, die Belohnung hingegen von den Eltern bekommt. Anderenfalls wäre das gegenüber den anderen Kindern im Training ungerecht, wenn nur das verhaltensauffällige

Kind belohnt wird und die anderen nicht. Außerdem sei es nicht wichtig, welche Belohnung das Kind bekommt. Das Belohnersystem funktioniere bereits bei Kleinigkeiten.

- „*Bewusstes Ignorieren*“ (Abelein & Stein 2017, S. 194)

Das bewusste Ignorieren meint, dass es in Situationen,

„[...] in denen das Störverhalten eines Lernenden andere Kinder nicht beeinträchtigt, das Ignorieren dieser Verhaltensweisen oftmals effizienter und weniger störend für den Lehr- und Lernablauf in der Gruppe ist als (wiederholte) verbale Ermahnungen oder Bestrafungen“ (Abelein & Stein 2017, S. 194).

Krowatschek (2015, S. 35) fügt dem hinzu, dass ein bewusstes Ignorieren nur dann sinnvoll ist, wenn das betroffene Kind im selben Moment ein „Modell“ vor Augen hat und erkennt, welches Verhalten von ihm verlangt wird.

- „*Catch him (her) being good*“ (Abelein & Stein 2017, S. 193)

„Anstatt das häufiger gezeigte unerwünschte Verhalten zu tadeln, wird das (ggf. nur kurz) zu beobachtende positive Verhalten rückgemeldet“ (Abelein & Stein 2017, S. 193). Dadurch wird nur positives Verhalten belohnt, als negativ empfundenen aber nicht abgestraft. Auf diese Weise soll vermieden werden, dass negatives Verhalten all zu sehr thematisiert wird und damit in den Mittelpunkt rückt.

- Kind in *erster Reihe* stehen lassen (Interview Mohr)

Damit die Betroffenen Kinder möglichst wenig Ablenkungspotenzial haben, ist es von Vorteil, diese in der ersten Reihe zu platzieren. Dadurch wird das Kind durch die Dinge, die sich hinter ihm befindet oder abspielen, nicht irritiert. Lediglich der Trainer sollte vor dem Kind stehen, damit es sich voll auf das Training und dessen Anweisungen konzentrieren kann.

Außerdem hat somit der Trainer eine bessere Kontrolle über das Kind. Der Trainer kann das Kind zum Beispiel ebenfalls schnell an der Schulter berühren, um seine Aufmerksamkeit zurückzugewinnen (Interview Mohr).

- *„Konsequenz“* (Kemmerich 2017, S. 133; Herv. I.V., Interview Mohr)

Kinder und Jugendliche sind Meister im Austesten. Sie finden schnell heraus, welche Verhaltensweisen sie sich leisten können und welche nicht. Deshalb ist es als Trainer besonders wichtig konsequent zu sein, um den Kindern und Jugendlichen möglichst wenig Spielraum für unangebrachtes Verhalten zu lassen. Dies spart außerdem sinnlose Diskussionen und führt zu einem reibungsloseren Ablauf des Trainings. Somit ist es also von besonderer Relevanz, dass das Verhalten der Kampfsporttrainer, welche hier als Erzieher fungieren, „[...] immer vorhersehbar und einschätzbar [...]“ (Kemmerich 2017, S. 133) ist.

- *Klare Strukturen* (Gawrilow 2016, S. 143, Interview Dr. Springer)

Wie bereits erwähnt, sind klare Strukturen und Abläufe für Kinder und Jugendliche mit ADHS besonders wichtig (Gawrilow 2016, S. 143). „[K]lare Absprachen, klare Regeln, wiedererkennbare Abläufe machen den Kindern leichter“ (Anhang G), erzählt Dr. Springer im Interview.

- *Abwechslung und kleine Pausen* (Kemmerich 2017, S. 28 f., Interview Kirchner)

Da die Aufmerksamkeitsspanne von Kindern mit ADHS deutlich geringer ist als bei anderen Kindern, ist es wichtig viele kleine Pausen einzubauen und ein abwechslungsreiches Training zu gestalten. Die Pausen müssen nicht jedes Mal gleich ablaufen. Es können auch immer wieder „aktive Pausen“ mit kleinen Spielen eingebaut werden, die die Aufmerksamkeit wieder erhöhen (Interview Kirchner).

2.4.4 Motorische Ansätze

- *Beruhigungszeit/ Powerphase* (Kemmerich 2017, S. 42, Interview Dr. Springer)

Wenn das verhaltensauffällige Kind den Trainingsablauf derart stört, dass der weitere Verlauf nicht mehr wie geplant weitergeführt werden kann, muss das betroffene Kind für eine kurze Zeit aus der Situation genommen werden. Dies kann auf zwei verschiedenen Wegen passieren. Eine Möglichkeit ist die „Powerphase“, die andere Möglichkeit, das

Kind in ein „Time-out“ zu schicken. Dabei ist es wichtig abzuwägen, was das Kind in diesem Moment benötigt: Eine Bewegungspause oder eine Beruhigungszeit? Beide Maßnahmen sollen für das Kind keine Bestrafung sein! Das verhaltensauffällige Kind soll im Laufe der Zeit merken, dass ihm die Powerphase bzw. die Beruhigungszeit helfen, mit seinen Symptomen umzugehen und dass es ihm nach dieser kurzen Auszeit wieder besser geht, um anschließend wieder konzentrierter dem Training folgen zu können (Kemmerich 2017, S. 42).

Beide Methoden sollten mit dem Kind im Voraus besprochen werden. Im besten Fall wird ein Handzeichen oder ein anderes Zeichen gemeinsam mit dem betroffenen Kind ausgemacht. Dadurch bekommt das Kind im Training keine weitere Aufmerksamkeit, die es vielleicht mit dem Verhalten erreichen möchte und das Training kann nahezu reibungslos weiter ablaufen.

Im Folgenden werden die beiden Möglichkeiten beschrieben:

„Unter einem Time-out versteht man eine Auszeit, die ein Kind angeordnet bekommt, wenn es sich selbst und andere stört und somit den Ablauf des Trainings unmöglich macht“ (Krowatschek 2015, S. 36). Andere Autoren nennen diese Maßnahme auch *Beruhigungszeit* (Kemmerich 2017, S. 40 ff.).

Krowatschek (2015, S. 36) empfiehlt, das Kind nach seiner Auszeit mindestens viermal zu loben, damit das Kind versteht, dass ihm nichts nachgetragen wird. Außerdem „[...] wird [so] der positive Kontrast zwischen seinem erwünschten Verhalten und Auszeit deutlich“ (Krowatschek 2015, S. 36).

Die *Powerphase* ist eine Empfehlung aus dem Experteninterview mit Herrn Dr. Springer (siehe Anhang G). Unter Powerphasen versteht er eine kurze Periode in denen sich die Kinder richtig verausgaben dürfen. Er empfiehlt Powerphasen auch immer vor Erklärphasen bzw. neuem Input einzubauen. Denn regelmäßige Bewegungsphasen führen nicht nur „[...] zu einer Verbesserung der Denkgeschwindigkeit und Gedächtnisleistung“ (Little 2013, S. 306), sondern auch zu einem erneuten Konzentrationsaufbau (Interview Dr. Springer).

2.5 Kinesiologie

Die Bezeichnung *Kinesiologie* leitet sich aus dem griechischen Wort *kinesis* ab, was so viel wie *Bewegung* bedeutet. Dabei ist aber nicht die körperliche Bewegung gemeint, sondern der Energiefluss durch die Meridiane (Klingelhöffer 2005, S. 8).

Kinesiologie wird in der Medizin als Lehre der Muskeln und Bewegung definiert (La Tourelle & Courtenay 1992, S. 13). Günter Dobler beschreibt die Kinesiologie als eine „[...] körpereigene Feedback-Methode, mit deren Hilfe die unterschiedlichsten Störungen der körperlichen Organ- und Energiezustände analysiert und durch zahlreiche Korrekturmethode harmonisiert werden können“ (Dobler 2004, S. 2).

Die angewandte Kinesiologie erstreckt sich in verschiedene Richtungen, von biologisch-medizinischer Kinesiologie über Brain Gym bis Health Kinesiology und Sportkinesiologie (Dobler 2004, S. 3). Für diese Arbeit ist insbesondere die Sportkinesiologie interessant.

Im Zusammenhang mit Kinesiologie tritt auch häufig der Name *Touch for Health* auf. Touch for Health, dessen Begründer John F. Thie ist, soll Laien die Kinesiologie näherbringen und für sie verständlich machen, auch, wenn sie keine medizinischen Vorkenntnisse haben (vgl. La Tourelle & Courtenay 1992, S. 27).

„Das Ziel der Kinesiologie ist, etwas so in Bewegung zu setzen, dass auf allen Ebenen Harmonie entsteht, also eine Balance, eine Ausgewogenheit der Kräfte, die in sich nicht statisch, sondern energetisch, dynamisch, beweglich, letztendlich: lebendig ist“ (Niklas & Niklas 2012, S. 18).

Im Folgenden wird genauer auf die Geschichte der Kinesiologie, den Meridianumlauf und als eine Unterrubrik der Kinesiologie, die Sportkinesiologie, eingegangen.

2.5.1 Entwicklung der Kinesiologie

Der amerikanische Chiropraktiker George Goodheart gilt als Begründer der modernen Kinesiologie. Er verbreitete in der Medizin die Verwendung von Muskeltests als diagnostisches Mittel (Dobler 2004, S. 2). Eine weitere Erkenntnis von George Goodheart ist die Entdeckung der „[...] im menschlichen Körper existierenden Zusammenhänge zwischen der einzelnen Muskelfunktion und den Meridianen der Akupunkturlehre, bestimmten Reflexzonen, Nahrungsmitteln und Emotionen“ (Dobler 2004, S. 2). Unter dem

Chiropraktiker wurde die Kinesiologie Anfang der 60er Jahre als *Applied Kinesiology* (deutsch: Angewandte Kinesiologie) verbreitet (Lesch & Förder 1994, S. 8).

Die Geschichte der Kinesiologie begann damit, als Goodheart herausfand, dass bei jeglichen Schmerzen am Körper, zunächst die schwachen Muskeln gefunden werden müssen, um diese anschließend mithilfe einer speziellen Massagetechnik zu stärken (ebd.). Die Kinesiologie ist auch eng mit der chinesischen Medizin verbunden, die sich wiederum viel mit Meridianen beschäftigt. Goodheart konnte durch seine Therapievorsuche seine Vermutung, „[...] daß die Muskeln über die Meridiane [...] mit bestimmten Organen [...] energetisch in Verbindung stehen“ (Lesch & Förder 1994, S. 9), bestätigen. Der Muskeltest stand bei all seinen Diagnosen im Mittelpunkt.

Das Meridiansystem der traditionellen chinesischen Medizin spielt ebenso eine große Rolle in der Kinesiologie. Meridiane sind fixe Bahnen im Körper, durch die die Lebensenergie (Qi) eines Menschen fließt (Keding 2006, S. 24).

Heutzutage hat sich die Kinesiologie in viele verschiedene Richtungen ausgebreitet und wird stetig weiterentwickelt.

2.5.2 Kinesiologie und ADHS

Auch in der Kinesiologie-Literatur wird das Thema ADHS immer wieder angesprochen. Die Anwendung kinesiologicaler Übungen wirkt sich positiv auf die Symptome von ADHS Patienten aus. Zum Beispiel auf die Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen und Unruhe (La Tourelle & Courtenay 1992, S. 33).

Aber auch umgekehrt wird in ADHS-Ratgebern von Kinesiologie als hilfreiche Methode gesprochen, um besser mit seinen Symptomen umzugehen (z.B. Kemmerich 2017, S. 134 f.). Allerdings thematisiert Kemmerich nicht nur positive Aspekte über die Kinesiologie, sondern betrachtet das Ganze auch kritisch. Ein wichtiger Kritikpunkt ist, dass die Auffassung über die Hirnfunktionen wissenschaftlich nicht nachweisbar sind (Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) zit. n. Kemmerich 2017, S. 135).

Auch in Fachzeitschriften werden alternative Behandlungen empfohlen, wie zum Beispiel „[...] Diäten, Neurofeedback, Homöopathie [und] Kinesiologie [...]“ (Schmeck,

Albermann, Bader, Hänggeli, Ryffel, Zollinger & Steinhausen 2008, S. 439). Allerdings wird auch hier betont, dass es bisher keine zufriedenstellenden Forschungen zu diesen Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Durch Balanceübungen kann Kindern mit ADHS geholfen werden, sich besser in ihrer Umgebung zurecht zu finden. „Sport und vor allem Überkreuzbewegungen sind ein wesentlicher Teil der Therapie“ (Klingelhöffer 2005, S. 35).

2.5.3 Sportkinesiologie

Werner Klingelhöffer ist promovierter Facharzt für Orthopädie mit Schwerpunktbezeichnungen Neurophysiologische Krankengymnastik, Akupunktur, Sportmedizin und Sportkinesiologie (Kinsporth o. J.). In seinem Buch *Basics der Sportkinesiologie (2014)* beschreibt er viele Übungen und deren Hintergründe bzw. Beweggründe, die Trainer in ihr Trainingskonzept einbauen können. Zum Thema Sportkinesiologie gibt es bis heute nahezu keine Literatur.

Viele Übungen, die im Zusammenhang mit dieser Masterarbeit verwendet werden, wurden von den Trainingsmethoden *Kinsporth®* übernommen, die Klingelhöffer entwickelte. Das Akronym Kinsporth setzt sich aus den drei Wörtern **K**inesiologie, **S**port und **O**rtHopädie zusammen. Die Balancierung des Körpers steht bei den jeweiligen Kinsporth®-Trainingsmethoden im Mittelpunkt. Sportkinesiologie bildet das Bindeglied zwischen mentalem und körperlichem Training (Klingelhöffer 2014, S. 7).

Touch for Health (Lehre von John F. Thie) bietet die Basis für die Sportkinesiologie. Der Begründer der Sportkinesiologie John Varun Maguire entwickelte auf dieser Basis ein eigenständiges System (Dobler 2004, S. 4 f.). Sportkinesiologie ist in vielen Bereichen einsetzbar. Durch regelmäßiges Durchführen sportkinesiologischer Übungen können die Muskelfunktionen gestärkt und Verletzungen schneller auskuriert werden (Dobler 2004, S. 5). Aber nicht nur das, sondern auch die Handlungsschnelligkeit und die mentale Komponente sollen durch die Sportkinesiologie verbessert werden. Die Methoden der Sportkinesiologie sind nicht nur für Hochleistungssportler geeignet, sondern auch für Freizeitsportler (Klingelhöffer 2005, S. 8).

„Die Kinesiologie stützt sich im Wesentlichen auf 4 Säulen:

1. Die Balancierung der drei Ebenen (dreidimensionaler Raum)
2. Die Kräftigung bzw. die Bereitschaft der Muskulatur
3. Die Erhöhung des Qi im Meridianflusses
4. Die Aktivierung der beiden Gehirnhälften

Die Sportkinesiologie übernimmt diese Parameter und ergänzt diese:

5. Das Testen so genannter Kenn-Muskeln. Für das spätere Training nehmen wir die Indikatoren-muskeln aus Touch for Health
6. Die muskuläre Testung der Überkreuzbewegung
7. Ernährungsfragen
8. Spezifische Trainingslehre
9. Das Verankern von Zielsetzungen (Affirmationen)“ (Klingelhöffer 2005, S. 8).

Die zitierten Merkmale der Kinesiologie und der Sportkinesiologie können als „Hebel“ für die Kernsymptome der ADHS-Symptomatik verstanden werden, weil die Balancierung der drei Ebenen auf die Impulskontrolle, sowie die Aufmerksamkeit wirkt, die Förderung der Bereitschaft der Muskulatur dem Bewegungsdrang entgegen kommt (Hyperaktivität als „Motor“) und durch die Aktivierung beider Gehirnhälften Aufmerksamkeit und Impulskontrolle angesprochen werden. Die Erweiterung dieser Parameter durch die Ansätze der Sportkinesiologie spielt vor allem für das Verankern von Zielsetzungen eine große Rolle, da sie die Basis für das Verankern erwünschter Verhaltensänderungen sind.

Klingelhöffer (Kinsporth®) teilt den zu trainierenden Körper in drei Ebenen:

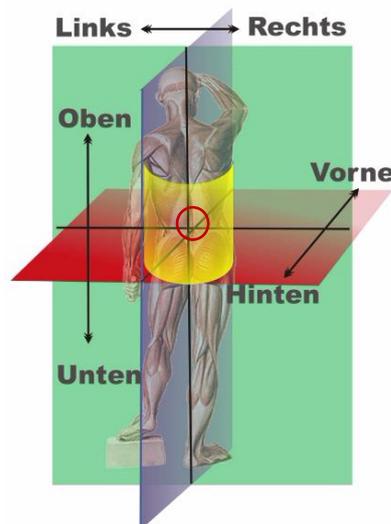


Abbildung 1: Die Achsen des Körpers (Klingelhöffer 2014, S. 8)

Abbildung 1 zeigt, dass die Horizontale und die Vertikale Ebene durch die Richtungen rechts und links zur Dreidimensionalität des Körpers im Raum führen.

Die (physische) Dreidimensionalität ist die Erfahrungswelt des Menschen und deshalb soll diese auch trainiert werden. Alle Übungen von Kinsporth® zielen auf diese Dreidimensionalität ab. Durch den Schnittpunkt der drei Ebenen soll der Mensch Balance im Körper finden (berichtet von Klingelhöffer 2018).

2.5.3.1 Rechte und linke Gehirnhälfte

Sportkinesiologie will den Menschen als „Ganzes“ wahrnehmen und auch so behandeln bzw. trainieren. Dabei spielt die Verbindung (Shunt) der rechten und linken Gehirnhälfte eine große Rolle. Die beiden Gehirnhälften haben qualitativ unterschiedliche Funktionen (Keding 2006, S. 231). Die linke Gehirnhälfte ist zuständig für die Aktion und die Analytik, ebenfalls wie für „[...] das Schreiben, das Sprechen, auch die Reaktion, die Muskelarbeit und die Leistung“ (Klingelhöffer 2005, S. 12). Diese Gehirnhälfte wird auch als analytische Hirnhälfte charakterisiert. Die rechte Gehirnhälfte steht für die emotionale und soziale Ebene, „[...] also für Bereiche wie Gefühl, Musik, Erinnerung, Freude, Trauer und auch Farbe, als auch das sexuelle Empfinden“ (Klingelhöffer 2005, S. 12). Diese Gehirnhälfte wird auch als intuitive Gehirnhälfte charakterisiert. Klingelhöffer betont hier insbesondere die Emotionen Wertschätzung und Zielsetzung. Diese sozial wertvollen Emotionen sollen mithilfe der Sportkinesiologie wieder aktiviert werden.



Abbildung 2: Linke und Rechte Gehirnhälfte (Klingelhöffer 2014, S. 9)

Die Aktivierung beider Gehirnhälften kann durch verschiedene Übungen vollzogen werden. Eine dieser Übungen ist die „Farbtafel“ (siehe Abbildung 3). Diese ist so aufgebaut, dass der Betrachter eine Farbe als Wort ausgedrückt lesen kann (z.B. „yellow“). Das geschriebene Wort erscheint aber nicht in der Farbe „yellow“, sondern in der Farbe „green“. Aufgabe ist es, die Farbe des gelesenen Wortes zu nennen. Dabei liest die linke

Gehirnhälfte das Wort (Analyse) und kommt zum Schluss, dass das Wort für die Farbe „gelb“ steht. Tatsächlich erkennt das Gehirn aber die Farbe „grün“, was nach der Vorstellung der Kinesiologie eine Leistung der rechten Gehirnhälfte ist, da Farben mit Emotionen verknüpft sind. Wegen der Aufgabenstellung (Farbe des gelesenen Wortes zu nen-

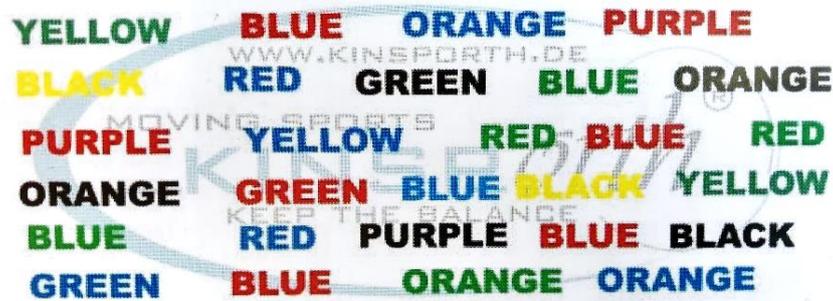


Abbildung 3: Farbtafel (Klingelhöffer 2014, S. 9)

nen) fragt die analytische linke Gehirnhälfte erneut nach der Farbe und erhält von der rechten Gehirnhälfte die Information, dass die Farbe „grün“ ist. (Klingelhöffer 2014, S. 9)

Die Aktivierung beider Gehirnhälften ist vor allem für ein nachhaltiges Lernen und Denken, aber auch für die Kreativität unerlässlich (Keding 2006, S. 233).

Viele sportkinesiologische Übungen trainieren beide Gehirnhälften und erreichen damit „[m]entale Stärke und damit Leistung, Stressresistenz, Lernfähigkeit, Balance und Erfolg“ (Klingelhöffer 2005, S. 12).

Durch eine liegende Acht (auch Unendlichkeitszeichen genannt) kann die Brückenbildung zwischen der rechten und linken Gehirnhälfte verbessert werden (Klingelhöffer 2005, S. 16). Dabei gibt es viele verschiedene Möglichkeiten die liegende Acht auszuführen. Zum Beispiel kann die liegende Acht auf ein Blatt Papier gemalt werden, die Augen können dementsprechend gerollt werden, der Kopf oder der ganze Körper können eine liegende Acht nachahmen (Klingelhöffer 2005, S. 17).

Generell wird durch sportkinesiologische Übungen die Brückenbildung zwischen der rechten und linken Gehirnhälfte gestärkt, sodass die Resilienz erhöht wird (Klingelhöffer & Bredy 2017, S. 93).

2.5.3.2 Der therapeutische Ansatz Tensegrity

Tensegrity ist ein zusammengesetztes Wort aus „tension“ (dt.: Spannung) und „integrity“ (dt.: Einheit) (Slomka 2015, S. 181). Das Wort Tensegrity hat seine Ursprünge in der Architektur. 1895 hat Buckminster Fuller dieses Modell (siehe Abbildung 4) als neue anatomische Architektur betitelt (Klingelhöffer 2015, S. 1). In der Architektur sind Tensegrity Tragstrukturen, „[...] die aus einem kontinuierlichen System von Zugelementen und einem diskontinuierlichen Subsystem von Druckelementen bestehen“ (Gengnagel 2002, S. 1).

Übertragen auf die Sportkinesiologie bedeutet das, dass wenn sich ein Teil des Körpers bewegt, sich auch andere Teile des Körpers mitbewegen (Klingelhöffer 2015, S. 2). Der Körper besitzt feste Strukturen. Angenommen die Holzstäbe (siehe Abbildung 4) stellen die Knochen dar und die Gummibänder die Faszien. Die Knochen sind also über das Spannungssystem der Faszien miteinander verknüpft.

„Jeder noch so kleine Teil des Körpers übernimmt eine Aufgabe in diesem Spannungsfeld. Verändert sich an einer Stelle etwas, wird ein Gelenk bewegt, wirkt sich jede noch so kleine Bewegung auf den gesamten Körper und auf das gesamte Spannungsnetz aus“ (Slomka 2015, S. 182).

Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass wenn eine Stelle des Systems blockiert ist, der Zugang nur über eine freie Stelle möglich ist.

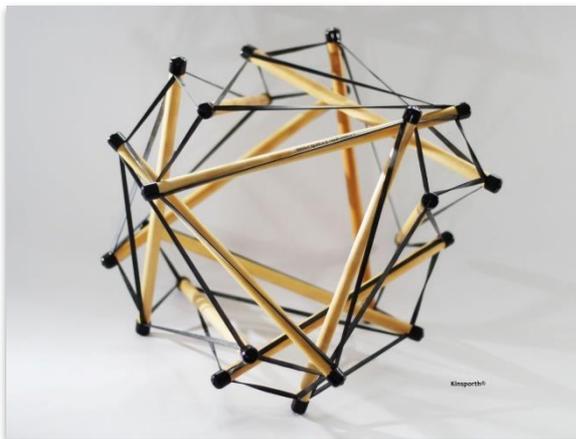


Abbildung 4: Das Tensegrity Modell (Klingelhöffer 2015, S. 1)

Das Tensegrity Modell lässt sich gut auf den Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern übertragen (berichtet von Klingelhöffer 2018):

Ein verhaltensauffälliges Kind ist an einer Stelle gefangen (z.B. Wutanfall als augenblickliche feste Tragstruktur), versucht sich zwar davon zu befreien, schafft es aber selbst nicht. Damit verhält es sich aus dem Betrachtungswinkel seiner Umwelt nicht sozialkonform, weil es in einer

störenden Tragstruktur gefangen ist. Deshalb muss der Zugang zu ihm an einer freien Stelle stattfinden, um die feste Tragstruktur auf diese Weise aufzulösen. Die Verhaltensauffälligkeit könnte von der linken Gehirnhälfte resultieren (Hyperaktivität), deshalb

müsste der Zugang über die rechte Gehirnhälfte (z.B. Musik, Rhythmus, Sport) stattfinden. Diese freie Stelle löst dann die feste Tragstruktur auf.

2.5.3.3 Der Meridianumlauf

Das Meridiansystem stammt aus der traditionellen chinesischen Medizin und gliedert sich in fünf Elemente. Diese sind Feuer, Erde, Metall, Wasser und Holz. Dabei besitzt, bis auf das Feuer, jedes Element zwei Meridiane – einen Yang- und einen Yin-Meridian. Feuer besitzt zwei Yang und zwei Yin-Meridiane. Diese Meridiane sind in ständigem Austausch und wirken aufeinander ein (Klingelhöffer 2005, S. 56).

Der Begriff (Meridian) wurde erstmals von Schiffsärzten verwendet. Er hat seinen Ursprung also in den geographischen Meridianen (Frank 1991, S. 82). Ein Meridian ist ein „[...] Blut- und Gefäßstrang, zu dem Arterien, Venen, Lymphgefäße, sensible und vegetative Nervenfasern zählen“ (Frank 1991, S. 82).

Meridiane haben verschiedene Aufgaben:

- „Sie leiten die Lebensenergie Qi, d.h. sie regulieren die Blutzirkulation
- Die Meridiane beeinflussen die organischen Körperfunktionen
- Sie verbinden außen und innen (Biao und Li), die Körperoberfläche mit den inneren Organen
- Sie übermitteln Reize, z.B. durch Druckmassage oder Akupunktur [...]“ (Frank 1991, S. 82).

Bezogen auf die Kinesiologie ist der Meridianumlauf eine wichtige Erkenntnis, da die Meridiane mit den Muskeln zusammenhängen und die Muskeln einen starken Einfluss auf die Meridiane haben und somit auch auf den Energiefluss einwirken können. Mit dieser Erkenntnis konnten sich neue Trainingskonzepte entwickeln lassen. (Klingelhöffer 2014, S. 17 f.).

Die Vorstellung vom Meridianumlauf ist ein Denkmodell, um sich Phänomenen der Wirklichkeit anzunähern. Dieses Denkmodell fügt sich in die Vorstellung über die beiden interagierenden Gehirnhälften ein und weitert es auf alle Körperregionen aus, die letztendlich über Gehirnfunktionen gesteuert werden. Die zentrale Vorstellung dabei ist der ständige Austausch und das ständige aufeinander einwirken von Körper und Geist, um Einklang zu finden (auch bezogen auf Individuum und Gesellschaft).

2.5.3.4 Ausgewählte Übungen für verhaltensauffällige Kinder

Im Folgenden Kapitel werden verschiedene sportkinesiologische Übungen vorgestellt. Diese Übungen sollten von den Trainern regelmäßig in das Kampfsporttraining eingebracht werden, um langfristig Erfolge bei den zu trainierenden Kindern zu erreichen. Es wird hier lediglich eine Auswahl an Übungen gezeigt. Alle Übungen sind aus dem Trainingsprogramm Kinsporth® entnommen und von Klingelhöffer entwickelt worden.

Liegende Acht atmen

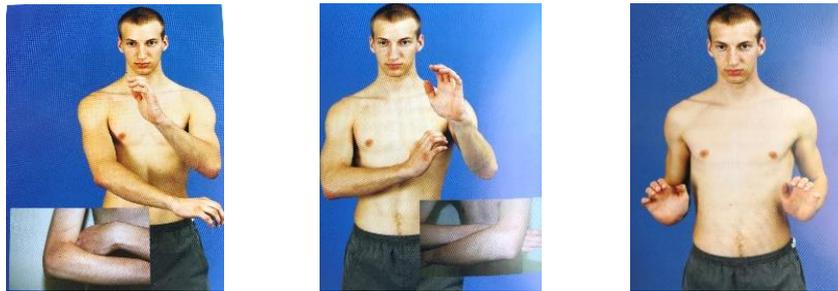


Abbildung 5: Liegende Acht einatmen (Klingelhöffer 2005, S. 18)

„Beim Einatmen führen wir (bei angewinkelten Ellbogengelenken) die rechte Hand in die linke Ellenbeuge, danach die linke Hand in die rechte Ellenbeuge, ziehen dann beide Hände neben den Körper zurück um dann in Ausatmung die Hände nach vorne zu drücken. Diese Übung dreimal wiederholen“ (Klingelhöffer 2005, S. 18).

Ziel dieser Übung ist es Balance und Ruhe zu finden. Durch die liegende Acht wird die Brückenbildung zwischen den beiden Gehirnhälften verbessert und in eine fließende Bewegung gebracht. Die Atmung der liegenden Acht sollte vor allem in der Zeit vor dem Training eingesetzt werden. Aber nicht nur da scheint diese Übung sinnvoll, sondern auch immer dann, wenn eine Disbalance auftritt. Die liegende Acht kann auch lediglich gedanklich durchgeführt werden (Klingelhöffer 2005, S. 16 ff.).

Emotionales Stress-Release



Bei dieser Übung werden drei Akupunkturpunkte mit den Fingern berührt. Die Übung sollte immer vor sportlichen Übungen durchgeführt werden, also zum Beispiel zu Beginn des Trainings. Ziel ist es, zur

Abbildung 6: Emotionales Stress-Release (Klingelhöffer 2005, S. 18)

Ruhe zu kommen und sich besser konzentrieren zu können (Klingelhöffer 2005, S. 18).

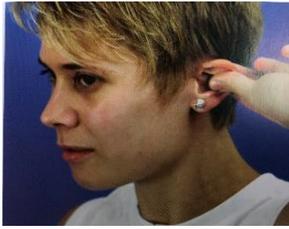


Abbildung 7: "Denkmütze" (Klingelhöffer 2005, S. 47)

Im Anschluss an die vorherige Übung sollten die Ohren ausgestrichen werden. Dabei werden die Ohren mit dem Daumen nach hinten und nach oben ausgestülpt (Klingelhöffer 2005, S. 47). Zuerst sollte bei einer Einatmung das Ohr nach oben gezogen werden und bei der Ausatmung dann nach hinten (Klingelhöffer 2014, S. 49). Damit soll ein „wach werden“ erreicht werden. Diese Übung wird auch als „Aktivierung der Denkmütze“ beschrieben (Klingelhöffer 2005, S. 47).



Abbildung 8: Wach werden (Klingelhöffer 2014, S. 49)

Mit der folgenden Übung wird ebenfalls ein „wach werden“ erzielt: Man reibt fest die Hände und legt anschließend die Handflächen für ein paar Sekunden auf die geschlossenen Augen. Man vermutet, dass es hierbei zu einer Mehrdurchblutung von Gehirnarealen kommt (Klingelhöffer 2014, S. 49).

Die drei Ebenen des Körpers mit einem Ball

Eine bildliche Darstellung der Ebenen des Körpers ist in Abbildung 1 (Seite 26) zu sehen.

Übung Ebene links-rechts:



Abbildung 9: Ausgangsstellung (Klingelhöffer 2014, S. 61)

Im weiteren Verlauf sollte nun die erste Ebene des Körpers trainiert werden. Die folgende Übung aktiviert beide Gehirnhälften: man nimmt die Arme/Hände überkreuz und hält einen Tennisball zunächst in der rechten Hand. Jetzt versucht man den Ball in der rechten Hand mehrmals hochzuwerfen und wieder zu fangen (Arme weiterhin überkreuzt). Anschließend wird der Ball überkreuz in die linke Hand übergeben und die linke Hand wirft den Ball einige Male in die Luft. Die auf den Bildern (Abbildung 9, 10, 11) zu sehenden Gummibänder an den Oberschenkeln, dienen als

physische Störfaktoren. Durch diese zusätzliche Beanspruchung wird das Erlernen der Ebenen verstärkt (berichtet von Klingelhöffer 2018).

Übung Ebene vorne-hinten und oben-unten:

Die nächste Übung trainiert nicht nur die vorne-hinten Ebene, sondern auch die oben-unten Ebene. Die Ausgangsstellung ist dieselbe wie in Abbildung 9. Jetzt wird immer das kontralaterale Bein nach vorne gesetzt, während die Arme gleichzeitig nach außen geschwungen werden. Also der Ball ist in der linken Hand, dann geht der linke Arm nach außen und das rechte Bein nach vorne und umgekehrt (siehe



Abbildung 10: Kontralaterales Bein nach vorne (Klingelhöffer 2014, S. 61)

Abbildung 10). Um die unten-oben Ebene dazu zuzunehmen, geht das Kind leicht in die Knie und zwar immer dann, wenn der Ball in der Ausgangsstellung in die andere Hand übergeben wird.

Von dieser Einzelübung geht man schließlich in die Partnerübung. Dabei stehen sich die Kinder gegenüber. Ausgangsstellung ist dieselbe wie in Abbildung 9. Beide Partner gehen gleichzeitig in die Knie und zwar immer dann, wenn der Ball überkreuz vor dem Körper ist. In der Kniebeuge wird der Ball dann wieder in die andere Hand übergeben, dann gehen die Arme wieder nach vorne, der Ball wird an den Partner weitergegeben und die Knie gehen in die Streckung. Mit der Überkreuz Stellung der Arme wird die links-/rechts-Ebene trainiert, mit der Beugung der Knie die oben-/unten-Ebene. Mit der Partner Übung lernen die Kinder auch auf den anderen einzugehen und auf sein Gegenüber entsprechend zu reagieren. Häufig entsteht hier ein gewollter Rhythmus, der vor allem die rechte Gehirnhälfte, also die emotionale Kompetenz aktiviert (berichtet von Klingelhöffer 2018).

Übungen Einbezug aller Ebenen:

Wie bereits erwähnt, wird mit der Überkreuz-Stellung die links-/rechts-Ebene trainiert, mit der Beugung der Knie die oben-/unten-Ebene. Um die letzte Ebene, die vorne-/hinten-Ebene zu erreichen,



Abbildung 11: Übung mit Einbezug aller Ebenen in einer Kreis-aufstellung (Klingelhöffer 2014, S. 62)

geht man mit dem kontralateralen Bein einen Schritt nach vorne, also wenn der Ball in der linken Hand ist, geht das rechte Bein nach vorne. Diese Übung kann in verschiedenen Aufstellungen und verschiedener Anzahl an Personen durchgeführt werden, wie zum Beispiel einer Viereraufstellung, Gassenaufstellung, Kreis, Reihe usw.

Ziel dieser Übungen ist es durch die Überkreuzbewegungen auf körperlicher Ebene die beiden Gehirnhälften zu verbinden. Aber auch Koordination und Konzentration werden bei diesen Übungen gefördert. Da diese Übungen viel Konzentration abverlangen sollten sie schrittweise eingeführt werden. Also zunächst nur eine Ebene trainieren, dann zwei und schließlich, wenn das gut funktioniert, die dritte Ebene dazunehmen. Um die Schwierigkeit zu erhöhen kann die Geschwindigkeit gesteigert werden, die Aufstellung und Anzahl an Personen geändert werden oder zum Beispiel ein „Störfaktor“ hinzugegeben werden, der die Kinder versucht abzulenken (berichtet von Klingelhöffer 2018). Bei dieser Übung ist außerdem positiv zu bemerken, dass das Kind, das den Fehler gemacht hat, nicht auffällt. „Das kinesiologische Ziel ist erreicht, wenn die Spieler zum Lachen anfangen, dann haben wir alle körperlichen Ebenen erreicht und die Balance der beiden Gehirnhälften erreicht“ (Klingelhöffer 2014, S. 62).

Gehirnverdrehungen Kreis

Bei dieser Übung stellt sich die zu trainierende Gruppe in einen Innenstirnkreis und hält die Hand des jeweils rechten und linken Nachbarn. Aufgabe ist es, alle Anweisungen des Trainers gegensätzlich auszuführen. Der Trainer kann die folgenden Anweisungen geben: vor, zurück, rechts, links. Die Kinder müssen schnell reagieren und umdenken. Wenn der Trainer „rechts“ ruft, müssen alle Kinder einen Sprung nach links machen. Ruft er „vor“, springen alle Kinder zurück usw.

Bei dieser Übung wird den Kindern eine hohe Konzentrationsanforderung abverlangt. Das Kind hört mit der linken Gehirnhälfte z.B. vor, fragt die rechte, was zu tun ist, die linke führt das aus. Falsch, die rechte hätte vorher die Order umdrehen sollen, damit links das Gegenteil entsteht. Hierbei findet ein hohes Synapsen Training zwischen beiden Gehirnhälften statt (berichtet von Klingelhöffer 2018).

Kreisspiel mit Ball

Wie im Theorieteil bereits erläutert, ist der Name einer Person etwas sehr persönliches und in der rechten Gehirnhälfte verankert. Er zählt zur emotionalen und sozialen Intelligenz, welche bei Kindern mit ADHS besonders gefördert werden muss (siehe Kapitel 2.4.1 Verbale Ansätze). Diese Übung soll die rechte Gehirnhälfte schulen. Dabei stehen alle Kinder in einem Innenstirnkreis mit etwa einer Armlänge Abstand zu ihrem rechten und linken Partner. Ein Kind bekommt einen Ball und wirft diesen zu einem anderen Kind im Kreis. Bevor es den Ball wirft, nennt es den Namen des nächsten Kindes. Die Reihenfolge bleibt immer gleich. Jedes Kind muss sich also das Kind merken, zu dem es den Ball geworfen hat. Bei einer weiteren Variante des Spiels muss jedes Kind seinem Ball nachlaufen. Sprich Kind A wirft den Ball zu Kind B und läuft dann auf den Platz von Kind B. In der Zeit wirft Kind B den Ball zu Kind C und läuft auf den Platz von Kind C usw. Die Anzahl der Bälle im Spiel kann ebenfalls variiert werden (berichtet von Klingelhöffer 2018).

Das Werfen des Balls findet mit der linken Hirnhälfte statt. Wenn bei dieser Aktion der Name des anderen genannt wird, „hängt“ sich dieser Vorgang der rechten Gehirnhälfte (Namensnennung) an die Aktion an. Wenn aber der Name vor dem Wurf genannt werden soll, fehlt kurzfristig dieser Aufhänger und es entsteht Stress. Zu bemerken ist das immer, wenn die Lautstärke in diesem Gruppenspiel deutlich steigt. Wie wichtig aber der Name als Emotion ist, erlebt man sehr schnell, wenn das Kind mit Namen angesprochen wird, ohne ihn beim Kind vorher zu erfragen. Das Kind fühlt die Steigerung seiner Wertigkeit. Dies ist besonders wichtig bei verhaltensauffälligen Kindern (berichtet von Klingelhöffer 2018).

3 Hypothesen

Eine spezifische und wissenschaftsbasierte Fortbildung für ehrenamtliche Kampfsporttrainer zum Thema *Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern - speziell Kinder mit ADHS* - wurde bisher nicht entwickelt. Mit Hilfe der inhaltlichen Vermittlung der Fortbildung sowie der Evaluation der Fortbildung soll herausgefunden werden, ob sich verhaltensauffällige Kinder innerhalb von vier Monaten nach der Fortbildung der Trainer und der Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse im Training in ihrem Verhalten ändern und ob die Trainer Inhalte der Fortbildung langfristig in ihrem Training anwenden und somit gezielter auf die Kinder eingehen. Wie schätzen die Trainer die Kinder ein? Nehmen sie Auffälligkeiten besser wahr? Können sie das in der Fortbildung gewonnene theoretische und praktische Wissen nutzen und umsetzen?

Bei diesen Fragestellungen muss man sich darüber bewusst sein, dass es sich nicht um tatsächlich messbare Größen handelt, sondern um die (subjektive) Wahrnehmung menschlichen Verhaltens im Rahmen sozialer Interaktionen und dessen wiederum subjektiv wahrgenommen potenziellen (erwünschten) Veränderungen.

In dieser Masterarbeit wurden aus diesem Anlass folgende Hypothesen aufgestellt, die durch die Evaluation der Fortbildung be- oder widerlegt werden sollen:

1. Eine Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema ‚Verhaltensauffällige Kinder‘ führt zu einer *Veränderung der Selbsteinschätzung der Trainer*.
2. Eine Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema ‚Verhaltensauffällige Kinder‘ führt zu einer *Veränderung im Umgang mit Kindern*.
3. Eine Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema ‚Verhaltensauffällige Kinder‘ führt zu einer *differenzierteren Symptomerkennung*.

Um die Hypothesen in ihrem sachlichen Kontext beantworten zu können, wurde der Arbeit der Theorieteil vorangestellt. In diesem wurden Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, als Kernbeispiel das Krankheitsbild ADHS sowie die Sportkinesiologie genauer beleuchtet.

4 Methodik und Stichprobe

Um die Hypothesen zu beantworten, wurde eine Fortbildung für Kampfsporttrainer entwickelt und durchgeführt. Dazu wurden verschiedene Fragebögen zum Zweck der Evaluierung entwickelt. Ein Prä-Fragebogen wurde 3 Wochen vor der Fortbildung von den Teilnehmern bearbeitet. Direkt nach Abhalten der Fortbildung wurden die Teilnehmer mittels Fragebogen über ihre Eindrücke und Erfahrungen befragt und schließlich ca. vier Monate nach der Fortbildung erfolgte nochmals eine Befragung anhand eines Post-Fragebogens.

Der Inhalt der Fortbildung wurde mit Hilfe von Fachliteratur sowie der Essenz aus den Experteninterviews zusammengestellt. Den zweiten theoretischen Input, sowie den praktischen Teil der Fortbildung gestaltete der Gastreferent Herr Klingelhöffer, Experte für Sportkinesiologie.

Im Folgenden Abschnitt wird die Methodik zur Planung und Durchführung der Fortbildung sowie die Stichprobe beschrieben. Zunächst wird das Design der Interviews sowie die Entwicklung der Fragebögen erläutert. Anschließend das Auswertungsverfahren für die Interviews und die Fragebögen dargestellt und zuletzt die Planung und Organisation der Fortbildung und die Stichprobe beschrieben. Beschreiben der Stichprobe in diesem Zusammenhang bedeutet die Darstellung der Trainerbiografie (Alter und Erfahrung des Trainers im Zusammenhang mit verhaltensauffälligen Kindern) und der Experteninterviews.

4.1 Design der Interviews

Für die Planung der Fortbildung war es unabdingbar, sich mit Experten auseinanderzusetzen, um von deren Fachwissen profitieren zu können. Dabei war es wichtig, auf der einen Seite Informationen aus medizinischer Sicht und auf der anderen Seite Erfahrungswerte aus der Kampfsportpraxis zu bekommen. „Experten verfügen [...] über ein spezielles Wissen, das einen spezifischen Bereich betrifft und das nicht Teil des Allgemeinwissens ist“ (Misoch 2015, S. 120). Experteninterviews können entweder auf das ‚Kontextwissen‘ oder auf das ‚Betriebswissen‘ der Befragten abzielen (Misoch 2015, S. 121 f.). Kontextwissen beschreibt das Wissen, dass die jeweiligen Experten über das Handeln

anderer haben. Betriebswissen beschreibt das Wissen, bei dem „[...] der Experte mit seinem Handeln im Zentrum des Forschungsinteresses [steht]“ (Misoch 2015, S. 122).

Vorliegend kam es auf das Kontextwissen an, weil das Handeln verhaltensauffälliger Kinder im Zentrum des Interesses steht.

Nach Bogner, Littig & Menz (2014, S. 22 ff.) gibt es drei unterschiedliche Formen von Experteninterviews: das explorative Experteninterview, das systematisierende Experteninterview und das theoriegenerierende Experteninterview. Experteninterviews sind in den meisten Fällen teilstrukturierte Interviews (Bogner u.a. 2014, S. 27). Für die Befragungen der Masterarbeit hat sich das systematisierende Experteninterview als passend erwiesen. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf einer möglichst „[...] weitgehenden und umfassenden Erhebung des Sachwissens der Experten bezüglich des Forschungsthemas“ (Bogner u.a. 2014, S.24).

Für die Auswertung eines systematisierenden Interviews wird häufig eine qualitative Inhaltsanalyse verwendet (Bogner u.a. 2014, S. 25).

Der Leitfaden des Interviews wurde den Interviewpartnern ca. eine Woche vor dem geplanten Interview-Termin geschickt. Nur bei systematisierenden Experteninterviews ist dies eine gängige Vorgehensweise, da sich die Interviewpartner so auf das Gespräch vorbereiten können (Bogner u.a. 2014, S. 31).

Bei der Erstellung der Interviewleitfäden wurden die Ergebnisse der Bachelorarbeit berücksichtigt und eingearbeitet. Das diente in erster Linie dazu, um auf diese Weise zu hinterfragen, wie die Sichtweise der Experten zu den vorangegangenen Ergebnissen ist. Alle Fragen des Interviewleitfadens sind erzählgenerierend gestellt.

Insgesamt wurden fünf Ärzte mehrfach angeschrieben, mit der Bitte um ein Interview. Leider kam lediglich von einem Arzt eine Rückmeldung: Dr. med. Stephan Springer ist Chefarzt an der Kinderklinik Hochried und hat sich für ein Interview bereit erklärt. Zusätzlich konnten zwei Kampfsporttrainer ausfindig gemacht werden, die bereits viele Erfahrungen mit verhaltensauffälligen Kindern, insbesondere Kinder mit ADHS, haben.

Interview Arzt

Zu Beginn des Interviews mit dem Arzt wurde eine Einleitungs- bzw. Vorstellungsphase eingeplant. Dabei wurde der Interviewpartner über den Rahmen des Interviews, das

Vorhaben der Fortbildung und der institutionelle Kontext erläutert. Außerdem wurde der zeitliche Interviewrahmen von 30 Minuten geklärt und um Erlaubnis der Tonbandaufzeichnung gebeten. Anschließend wurde die Frage nach dem Schwerpunkt der Tätigkeit in der Klinik Hochried gestellt. Diese Frage diente als „Warm-up“. Da bei einem Experteninterview „[...] nicht die Person des Experten, sondern dessen Wissen im Fokus steht, werden biografisch individuelle Inhalte im Experteninterview bewusst ausgeklammert“ (Misoch 2015, S. 124). Somit ist es in diesem Falle von keiner großen Wichtigkeit, mehr Informationen über die Person selbst zu erfahren. Der Hauptteil des Interviews deckte verschiedene medizinisch-fachliche Fragen über ADHS ab. Nachdem die Rückmeldung für die Zusage für ein Interview sehr spät kam (ca. 2 Wochen vor der geplanten Fortbildung), musste der ursprüngliche Leitfaden adaptiert werden, da sich einige Fragen bereits in der Vorbereitung für die Fortbildung geklärt haben. Der vollständige Leitfaden des Interviews mit Herrn Springer ist im Anhang E, die Vorlage zur Einwilligungserklärung zum Interview im Anhang A zu finden.

Interview Kampfsporttrainer

Bei der Befragung der Kampfsporttrainer ging es darum, herauszufinden, welche Strategien sie nutzen, um besser mit verhaltensauffälligen Kindern umzugehen. Zu Beginn der beiden Interviews wurde ebenfalls eine Einleitungs- bzw. Vorstellungsphase vorangestellt. Der Rahmen des Interviews, das Vorhaben der Fortbildung und der institutionelle Kontext wurden dabei geklärt, sowie das Einverständnis über die Tonbandaufzeichnung wurden mündlich abgefragt. Um zum Thema hinzuführen wurden als „Warm-Up“ die Fragen nach der Länge der Tätigkeit als Kampfsporttrainer, sowie die spezifische Arbeit mit Kindern mit ADHS gefragt. Die Frage nach deren Meinung, warum sie glauben, dass Kindern mit ADHS immer wieder empfohlen wird in einen Kampfsportverein zu gehen, wurde ebenfalls nachgegangen. In der Hauptphase der beiden Interviews ging es primär darum, von den Erfahrungen der Trainer profitieren zu können, um diese Erfahrungswerte später in der geplanten Fortbildung an die Teilnehmer weiterzugeben. Dabei wurde konkret nach Übungen gefragt, die sie einsetzen, um den Symptomen der verhaltensauffälligen Kinder entgegenzuwirken, aber auch welche Gegenmaßnahmen sie unternehmen, wenn ein verhaltensauffälliges Kind sich nicht „trainingskonform“ verhält. Der vollständige Leitfaden der Interviews mit den Trainern ist im Anhang F zu finden.

4.2 Entwicklung der Fragebögen

Im Folgenden wird die Entwicklung der Fragebögen zur Evaluation der Fortbildung erläutert (vollständige Fragebögen Anhang B-D). Bei der Erstellung eines Fragebogens ist es von großer Wichtigkeit, Gütekriterien einzuhalten. Insgesamt gibt es drei Gütekriterien: Reliabilität, Validität und Objektivität (Lienert & Raatz 1998, S 7 ff.). Die wichtigsten Gütekriterien für einen Fragebogen sind die Reliabilität und die Validität.

„Während sich die Prüfung der Validität mit der Frage beschäftigt, inwieweit der Fragebogen tatsächlich das misst, was er messen soll, beschäftigt sich die Prüfung der Reliabilität mit der Frage, inwieweit der Fragebogen das, was er misst (was immer das sei), genau misst“ (Mummendey & Grau 2014, S.100).

Die Objektivität misst den „Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind“ (Lienert & Raatz 1998, S. 7).

Neben den Gütekriterien müssen weitere Kriterien stets beachtet werden. Dabei spielt es eine große Rolle, wie die einzelnen Items formuliert werden. Missverständnisse müssen ausgeschlossen sein, um ein einheitliches Verständnis der Fragen und deren Antworten garantieren zu können. „Das geht so weit, dass durch geschickte Auswahl der verwendeten Begriffe Ergebnisse manipuliert werden können“ (Mummendey & Grau 2014, S. 40). Aber nicht nur die Formulierung der einzelnen Fragen hat Einfluss auf deren Beantwortung, sondern auch die Reihenfolge der Items (Mummendey & Grau 2014, S. 41).

Im weiteren Verlauf werden sowohl der Aufbau als auch die Begründungen für die einzelnen Bereiche der drei Fragebögen dargestellt:

Prä-Fragebogen

Drei Wochen vor der Fortbildung wurde den Kursteilnehmern der Prä-Fragebogen übergeben. Da es nicht möglich war, allen Teilnehmern der Fortbildung den Fragebogen persönlich auszuhändigen, wurde dem Fragebogen eine Informationsseite mit Hinweisen über den Hintergrund und Inhalt der Fortbildung vorangestellt. Mit Hilfe eines anonymen persönlichen Codes (im Nachhinein stellte sich heraus, dass er gar nicht von Nöten ist) wird die Anonymität der Teilnehmer gewahrt. Zugleich können jedoch die Prä- und Post-Fragebögen personenbezogen zugeordnet werden. Der Fragebogen ist in vier Teile eingeteilt und enthält insgesamt 71 geschlossene Fragen und vier offene Fragen. Dem ersten

Teil des Fragebogens ist ein kurzer Überblick über ADHS und Verhaltensauffälligkeit vorangestellt, um einen gemeinsamen Nenner zu schaffen.

Bevor den Teilnehmern ein final erstellter Fragebogen vorgelegt werden kann, ist es wichtig, einen Pretest zu machen. Pretests werden bei Befragungen größerer Stichproben durchgeführt (Mummendey & Grau 2014, S. 90 f.). In der Regel sollte die Zahl der Probanden nicht weniger als 100 sein. Da es im Rahmen dieser Masterarbeit jedoch nicht möglich war, solch eine große Stichprobe zu finden, mussten die Anforderungen reduziert werden. Für den Pretest wurden 10 Personen ausgewählt, die ebenfalls potenzielle Teilnehmer der Fortbildung hätten sein können. Sie haben Feedback über die Verständlichkeit der Items gegeben und mögliche Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen markiert. Diese Art des Pretests nennt sich *konventioneller Pretest* (Mummendey & Grau 2014, S. 91).

Eine erfolgreiche soziale Interaktion wird maßgeblich durch wechselseitiges Verständnis der Interagierenden geprägt. Sender und Empfänger von Informationen müssen auf die gleiche Wellenlänge eingestellt sein, damit sie gleichgerichtet und damit auf ein gleiches Ziel hin orientiert miteinander agieren können. In der Situation Lehrer – Schüler gibt es ein definiertes Machtungleichgewicht zu Lasten des Lernenden, das der Lehrende ausgleichen muss und das besondere Bedeutung in Situationen erlangt, die auf Grund besonderer Gegebenheiten, wie zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten des Lernenden, geprägt sind. Beiden Beteiligten wird viel abverlangt, wenn ein gemeinsames Ziel (Wissenstransfer) erreicht werden soll: Der Lehrende muss sich auf die „innere Landkarte“ des Lernenden einlassen können. Dies wird nur dann glücken, wenn er dessen „Topografie“ kennt, also weiß, wie ein verhaltensauffälliges Kind denkt, fühlt und welchen Kontext es braucht, um erfolgreich lernen zu können. Der Lehrende muss also wissen, auf welchem „Kanal“ er den Lernenden erreicht. Das ist zwar ein Grundprinzip jeder sozialen Situation im Kontext von Lehren und Lernen, hier jedoch angereichert durch von der „Norm abweichendes Verhalten“, also einer empfundenen/wahrgenommenen Verhaltensauffälligkeit, die als Ursache der Lernschwierigkeit begriffen wird.

Damit der Lehrende in der Lernsituation, die für ihn auf Grund des abweichenden Verhaltens des Lernenden eine Herausforderung oder gar Stresssituation darstellt oder darstellen kann, in adäquater Weise den an ihn gestellten Anforderungen gerecht werden kann (erfolgreiche Wissensvermittlung), ist es wichtig, dass der Lehrende sich seiner

Aufgabe bereits im Vorfeld durch Reflexion bewusst wird. Dazu dient auch die *Selbsteinschätzung* (**Teil 1** des Fragebogens) des Lehrenden bezogen auf die konkrete Situation des Umgangs in der Lernsituation mit verhaltensauffälligen Kindern.

Die Selbsteinschätzung, also die an sich selbst gestellte Frage, wie man einer Situation mit besonderen Anforderungen begegnen kann, stellt bereits im Vorfeld der späteren sozialen Interaktion eine wichtige Landmarke dar, ob die soziale Interaktion generell gelingen könnte. Denn sobald der Lehrende auf Grund seiner Selbsteinschätzung sich diesen Situationen nicht gewachsen sieht, wird er die an ihn gestellte Aufgabe nicht erfüllen können. Es würde sich sozusagen lediglich die eigene Prophezeiung erfüllen.

Deshalb ist es für den Lehrenden schon im Vorfeld wichtig, sich mit der potenziell später auftretenden Situation auseinandersetzen und sich zu hinterfragen, wie er der Situation begegnen wird und ob er sich dieser gewachsen fühlt.

Bezogen auf die Fortbildung bedeutet das auch, dass ein Trainer als Lehrender die Inhalte der Fortbildung anders wahrnehmen und aufgreifen wird je höher seine Selbsteinschätzung im Hinblick auf seine eigene Kompetenz im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern ist.

Im Rahmen der Ergebnisauswertung der Sinnhaftigkeit und Effizienz der Trainerfortbildung ist es von höchstem Interesse zu hinterfragen, wie die Antworten der Trainer nach Durchführung der Fortbildungsmaßnahme im Hinblick auf deren konkreten Nutzen ausfallen, je nachdem wie die Lehrenden/Trainer im Vorfeld ihre Kompetenz selbst eingeschätzt haben.

Im Sinne der Reliabilität sollten mehrere Fragen/Aussagen auf ein Konstrukt abzielen. Die Fragen zur Selbsteinschätzung der Lehrenden wurden in die Kategorien (siehe Tabelle 4) Gefühl der Überforderung/Unsicherheit, Freude/Spaß, Motivation, Fachwissen und Anstrengung/Belastung eingeteilt. Damit werden emotionale und intellektuelle Komponenten der Selbsteinschätzung abgedeckt, die sich im Inhalt der sozialen Interaktion widerspiegeln. Die Einschätzung erfolgt anhand einer vierstufigen Skala von „ja“, „eher ja“, „eher nein“ bis „nein“.

Tabelle 4: Einteilung der Fragen zur Selbsteinschätzung in Kategorien

Kategorie	Fragen
<i>Gefühl der Überforderung:</i>	Ich fühle mich „allein gelassen“, wenn ich ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) im Training habe.
	Manchmal treten in meinem Training Situationen auf, in denen ich nicht weiß, wie ich mit dem verhaltensauffälligen Kind umgehen soll.
	Ich fühle mich unsicher, wenn ich ein Kind mit ADHS in meiner Trainingsgruppe habe.
<i>Freude/ Spaß:</i>	Es macht mir Freude, verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) zu trainieren.
	Ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) ist eine Bereicherung für meine Trainingsgruppe.
	Ich habe das Gefühl, dass verhaltensauffällige Kinder von meinem Training profitieren.
	Ich kann Kinder für meine Sportart begeistern, unabhängig von ihren verschiedenen Bedürfnissen (z.B. verhaltensauffällige Kinder).
<i>Motivation</i>	Ich traue mir zu, mein Training auf die Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) anpassen zu können.
	Ich bin mir sicher, dass ich verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) genügend fordern und fördern kann.
	Ich tausche mich regelmäßig nach dem Training mit den Eltern der betroffenen Kinder aus.
	Ich bin zuversichtlich, dass ich auf die verschiedenen Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kindern mit ADHS) eingehen kann.
<i>Fachwissen:</i>	Ich weiß in den meisten Fällen, wie ich mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) umgehe.
	Ich habe mich schon mal mit dem Thema Sportkinesiologie beschäftigt.
	In meiner Freizeit habe ich mich schon mal mit dem Thema ADHS beschäftigt.
	Ich behandle das (die) verhaltensauffällige(n) Kind(er) anders als die anderen Kinder.
<i>Anstrengung/ Belastung:</i>	Das verhaltensauffällige Kind (z.B. Kind mit ADHS) wird in meiner Trainingsgruppe des Öfteren ausgeschlossen.
	Ich finde es anstrengend ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) in meiner Trainingsgruppe zu haben.
	Ich habe das Gefühl, dass das verhaltensauffällige Kind (z.B. Kind mit ADHS) den Trainingsablauf stört bzw. verzögert.

Der **zweite Teil** des Fragebogens umfasst den *Umgang mit Kindern*. Dazu wurden zunächst fünf allgemeine Fragen, wie „Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder

mehrere) verhaltensauffällige Kind(er) (z.B. Kinder mit ADHS)?“ oder „Benötigen verhaltensauffällige Kinder Ihrer Meinung nach eine Sonderbehandlung?“ gestellt. Die Einschätzung erfolgt anhand einer vierstufigen Skala von „ja“, „eher ja“, „eher nein“ bis „nein“. Im Anschluss daran wurden konkrete Möglichkeiten bzw. Verhaltensweisen vorgeschlagen und nach deren Bewertung gefragt. Bereits im Rahmen der Bachelorarbeit wurde der Frage nachgegangen, wie die dort teilnehmenden Trainer verhaltensauffälligen Kindern begegnen, insbesondere wenn es um die Frage ging, wie sie Verhaltensauffälligkeiten begegnen in dem Sinne, dass sie betroffene Kinder in den Ablauf des Trainings reintegrieren, wenn diese den Ablauf oder andere Teilnehmer durch ihr Verhalten „gestört“ haben. Dabei haben sich spezifische Verhaltensweisen der Trainer herauskristallisiert, die vor allem durch das Spannungsfeld Geduld und Verständnis sowie Druck und Bestrafung gekennzeichnet waren. Um die Ergebnisse der Bachelorarbeit vertieft hinterfragen zu können, wurde diese Thematik auch in der Masterarbeit aufgegriffen, um erneut zu hinterfragen, wie die jetzt teilnehmenden Trainer die beschriebenen Verhaltensweisen der damaligen Trainer bewerten, sich also mit diesen identifizieren können oder sie ablehnen.

Die Trainingskonzepte wurden ebenfalls in Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 5). Die Kategorien setzen sich aus den verschiedenen Ansätzen zusammen, die im Theorieteil erarbeitet wurden (siehe Kapitel 2.4 Gezielte Fördermöglichkeiten für verhaltensauffällige Kinder). Die Einschätzung erfolgt anhand einer vierstufigen Skala von 1 = „nicht gut“ bis 4 = „gut“. Bei diesen Trainingskonzepten gibt es keine festgelegten Bewertungen über positive oder negative Folgen der Durchführungen der verschiedenen Methoden. Die Aufzählung und Bewertung der Trainingsmethoden sollen den Trainern einige mögliche Reaktionen auf ein Verhalten ins Gedächtnis rufen. Außerdem soll dadurch ein kritisches Hinterfragen angekurbelt werden. Wie reagiert das verhaltensauffällige Kind, wenn ich es unter Druck setze? Passt es schneller wieder auf, wenn ich es „anschreie“ oder wenn ich einfach ruhig die Hand auf seine Schulter lege und versuche dadurch die Aufmerksamkeit des Kindes wieder zu erlangen.

Das starke Übergewicht der Subkategorien der psychologischen Ansätze im Vergleich zu den anderen drei Kategorien (motorisch, verbal, physisch) wurde bereits in Kapitel 2.4 *Gezielte Fördermöglichkeiten für verhaltensauffällige Kinder* begründet.

Tabelle 5: Einteilung der Fragen zu Trainingskonzepten in Kategorien

<i>Psychologische Ansätze</i>	Geduld
	Sonderbehandlung des verhaltensauffälligen Kindes
	Disziplin
	Verhaltensauffälliges Kind immer in der ersten Reihe haben
	Rhythmisierung (immer gleiche Struktur des Trainings)
	Bestrafungsmaßnahme: Kind eine kurze Zeit auf die Bank setzen
	Konsequenz
	Belohnungen
	Kind unter Druck setzen (z.B. „Wenn du nicht endlich aufpasst, dann...“)
<i>Motorische Ansätze</i>	Entspannungseinheiten
	Ständige Beschäftigung des verhaltensauffälligen Kindes
<i>Verbale Ansätze</i>	Verhaltensauffälliges Kind immer beim Namen ansprechen (anstelle von „du...“)
	Klare, kurze Anweisungen
<i>Physische Ansätze</i>	Das Kind mit der Hand an der Schulter berühren

Um Lehrende/Trainer im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern weiter zu sensibilisieren und für das im Rahmen der Fortbildung vermittelte Fachwissen über die Symptomatik verhaltensauffälliger Kinder für die Trainer Ankerplätze zu setzen, wurde im **dritten Teil** des Fragebogens nach den bereits vorhandenen *Selbstbeobachtungen der Trainer bzgl. verhaltensauffälliger Kinder* gefragt, um einen konkreten Bezug zwischen der bereits stattgefundenen Beobachtung/Selbsterfahrung und dem rein theoretischen Überbau zu schaffen. Die Fragen aus diesem Teil wurden aus dem Teacher's Report Form (TRF) (Döpfner, Lehmkuhl & Berner 1994) verwendet. Die TRF ist in zwei Bereiche unterteilt: Kompetenz-Items und Problem-Items. Für diese Arbeit sind lediglich die Problem-Items relevant. Insgesamt besteht der zweite Teil des Fragebogens aus 120 Items, die Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden abfragen (Döpfner u.a. 1994, S. 5). Die Problem-Items wurden wiederum in 8 Syndrom-Skalen unterteilt, die die drei Bereiche internalisierende Störungen (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität), externalisierenden Störungen (delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten) und weder internalisierende noch externalisierende Störungen bzw. gemischte Störungen (soziale Probleme, Schizoid/zwanghaft,

Aufmerksamkeitsstörungen¹) umfassen (Döpfner u.a. 1994, S. 11). Der Beurteilungszeitraum des TRF Originalfragebogens schließt genau genommen ausschließlich die letzten zwei Monate ein. Da es in diesem Rahmen jedoch nicht möglich war, ausgenommen Trainer zur Fortbildung einzuladen, die auch in den letzten zwei Monaten verhaltensauffällige Kinder in ihren Trainingsgruppen hatten, wurde dieser Beurteilungszeitraum aufgelöst und „allgemein“ gefragt, ob die Trainer die ein oder andere Auffälligkeit bereits in ihren Trainingsgruppen beobachten konnten. Auch wurden nicht alle 120 Items übernommen, sondern lediglich 33 ausgewählt.

Die Auswahl der unterschiedlichen Skalen hat sich nach den Korrelationen nach Döpfner gerichtet:

„Die höchste Korrelation von $r = .74$ (Varianzaufklärung: 55%) ist zwischen den Skalen "Delinquentes Verhalten" und "Aggressives Verhalten" festzustellen. Ebenfalls höhere Korrelationen wurden zwischen den Skalen "Angst/Depressivität" einerseits und "Sozialer Rückzug" ($r = .58$), bzw. "Soziale Probleme" ($r = .71$) andererseits ermittelt, wobei die letztgenannte Beziehung teilweise auf einem methodischen Artefakt beruht, da beide Skalen mehrere Items gemeinsam beinhalten. Die Skala "Aufmerksamkeitsstörungen" korreliert mit den Skalen "Soziale Probleme" ($r = .60$), "Delinquentes Verhalten" ($r = .58$) und "Aggressives Verhalten" ($r = .66$) im mittleren Bereich“ (Döpfner u.a. 1994, S. 22).

Wichtig zu erwähnen ist, dass den Trainern im Rahmen der Abfrage zu den einzelnen Items nicht bewusst war bzw. sie nicht erkennen konnten, welches Item zu welcher Verhaltensauffälligkeit zugeordnet werden kann. Das sieht auch der TRF nicht vor. Dadurch wird eine Beeinflussung im Antwortverhalten im Hinblick auf die einzelnen Kategorien, zu welchen einzelne Merkmale der Verhaltensauffälligkeiten zugeordnet werden (z.B. soziale Probleme, delinquentes Verhalten), vermieden.

Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass sich bei den Fragen „ist immer müde“, „verletzt sich absichtlich“, „ist lieber allein als mit anderen zusammen“, „kaut Fingernägel“ und „hat Übergewicht“ im Nachhinein herausgestellt hat, dass sich diese Fragen für die Auswertung der Fragebögen als nicht relevant gezeigt haben und aus diesem Grund nicht ausgewertet wurden (in Tabelle 6 wurden diese Items deshalb durchgestrichen).

¹ Fröhlich-Gildhoff (2013, S. 117 ff.) zählt AD(H)S zu den externalisierenden Auffälligkeiten (nähere Erläuterungen dazu siehe auch Kapitel 2.1 Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern)

Tabelle 6: Kategorieneinteilung Teil 3 des Fragebogens

Skala	Items
<i>Soziale Probleme</i>	Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter
	Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen
	Wird gehänselt
	Wird von anderen Kindern nicht gemocht
	Weint viel
	Kommt mit anderen Kindern nicht aus
<i>Aggressives Verhalten</i>	Streitet oder widerspricht viel
	Ist trotzig, ablehnend oder frech zu den Trainern/Trainerinnen
	Ist roh oder gemein zu anderen
	Verlangt viel Beachtung
	Macht seine/ihre Sachen kaputt
	Zerstört die Sachen anderer
	Stört andere Kinder
	Leicht eifersüchtig
	Redet dazwischen
	Gerät leicht in Raufereien
<i>Aufmerksamkeitsstörungen</i>	Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter
	Summt oder macht seltsame Geräusche
	Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen
	Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende
	Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen
	Kann nicht still sitzen, ist unruhig oder überaktiv
	Ist verwirrt oder zerstreut
	Ist zappelig
	Hat Tagträume oder ist gedankenverloren
	Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen
	Ist nervös, reizbar oder schwindelt
<i>Angst/Depressivität</i>	Weint viel
	Ist unangepasst
<i>Delinquentes Verhalten</i>	Lügt, betrügt oder schwindelt
	Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat
<i>Körperliche Beschwerden</i>	Ist immer müde
<i>Schizoid/zwanghaft</i>	Verletzt sich absichtlich
<i>Sozialer Rückzug</i>	Ist lieber allein als mit anderen zusammen
<i>Keiner Kategorie zugehörig:</i>	Kaut Fingernägel, hat Übergewicht

Schließlich wird im Rahmen der Vorabbefragung der Trainer in freier Form abgefragt, welche Schwierigkeiten den Trainern nach ihrer Wahrnehmung schon begegnet sind und welche Erfahrungswerte sie in der Vergangenheit mit verhaltensauffälligen Kindern sammeln konnten. Das war mit der Hoffnung verbunden, die eigene Herangehensweise durch das Stellen der strukturierten Fragen hinterfragen und praktisches Wissen und praktische Erfahrungen der Teilnehmer erfassen zu können, die möglicherweise von ihrem vorgezeichnetem Bild abweichen, dieses ergänzen oder korrigieren. Damit zumindest theoretisch die Möglichkeit geschaffen wird, das schon vorhandene Know-how der Trainer in die Fortbildung integrieren zu können, wurden diese offenen Fragestellungen bereits vor der Fortbildung gestellt.

Fragebogen im direkten Anschluss an die Fortbildung

Direkt im Anschluss an die Fortbildung wurden die Teilnehmer gebeten, einen zweiseitigen Evaluationsbogen auszufüllen. Der Fragebogen enthält insgesamt sieben geschlossene Fragen und sieben offene Fragen. Ziel dieser Befragung ist es, die Qualität der Fortbildung sowie spontane Verbesserungsvorschläge abzufragen. Ferner sollte hinterfragt werden, welchen Nutzen die Teilnehmer aus der Fortbildung ziehen und mit welchen konkreten Schritten sie im nächsten Training beginnen wollen. Durch die unmittelbare Befragung konnte auf Grund der Reaktion der Teilnehmer auch darauf geschlossen werden, ob diesen die Fortbildung selbst Spaß gemacht hat und sie etwas mitnehmen konnten. Zur Orientierung wurde das Skript „Qualitätswerkzeug Evaluationsmethoden“ (ArtSet® GmbH 2007) zur Hand genommen und passende Fragen übernommen bzw. adaptiert.

Post-Fragebogen

Zu Beginn des Post-Fragebogens wird erneut der anonyme persönliche Code abgefragt, um diesen Fragebogen personenbezogen mit dem Prä-Fragebogen vergleichen zu können. Der Post-Fragebogen umfasst sieben verschiedene Bereiche. Die Bereiche eins bis drei des Post-Fragebogens sind identisch mit dem des Prä-Fragebogens (siehe Erläuterungen dazu auf den vorherigen Seiten). Die Bereiche vier bis sechs zeichnen sich durch offene Fragen aus. Insgesamt enthält der Fragebogen 77 geschlossene Fragen und zehn offene Fragen. Die offenen Fragen decken die Bereiche über die pädagogischen und

sportkinesiologischen Fördermöglichkeiten sowie die Frage nach beobachteten Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern ab. Bei den Fragen zu den pädagogischen und sportkinesiologischen Fördermöglichkeiten war es von Interesse herauszufinden, welche Maßnahmen, die die Trainer in der Fortbildung kennengelernt haben, tatsächlich in ihren Trainingsstunden ausprobieren konnten und bezugnehmend darauf, welche der Maßnahmen gut funktioniert haben und welche wiederum nicht. Der Bereich über die Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern fragt nach beobachtbaren Veränderungen bezogen auf die verhaltensauffälligen Kinder in den letzten 4 Monaten. Abschließend folgt ein allgemeiner Teil, bei dem zunächst in offener Form abgefragt wird, welche Fördermöglichkeiten weiterhin im Training beibehalten werden wollen und sechs allgemeine geschlossene Frage über den Nutzen sowie eine generelle Bewertung der Fortbildung in Form von einer Notenabfragung (Skala 1-6).

4.3 Auswertungsverfahren

Im Folgenden wird zunächst das Auswertungsverfahren der Interviews und anschließend das Auswertungsverfahren der Fragebögen ausführlich beschrieben.

4.3.1 Interview

Die durchgeführten Interviews werden anhand der Kriterien der von Mayring entwickelten qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse beschreibt eine Möglichkeit, Daten qualitativer Forschung auszuwerten.

Eine Inhaltsanalyse nach Mayring will:

- „*Kommunikation* analysieren.
- *fixierte* Kommunikation analysieren.
- dabei *systematisch* vorgehen.
- dabei also *regelgeleitet* vorgehen.
- dabei auch *theoriegeleitet* vorgehen.
- das Ziel verfolgen, *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation* zu ziehen“ (Mayring 2015, S. 13, Herv. i. O.).

Mayring teilt die qualitative Inhaltsanalyse in drei Grundformen des Interpretierens: zusammenfassende, explizierende und strukturierende Analysetechnik (Mayring 2015, S. 67). Ziel der Analyse ist es, die Kenntnis und die Erfahrungen sowohl der beiden

Kampfsporttrainer als auch des Arztes im Umgang mit Kindern mit ADHS zusammenzufassen und Empfehlungen für die Teilnehmer der Fortbildung herauszufiltern bzw. abzuleiten.

Für diese Arbeit eignet sich die strukturierende Analysetechnik:

„Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring 2015, S. 67).

Die strukturierende Analysetechnik wird nochmals in vier Untergruppen unterteilt: formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung (Mayring 2015, S. 68).

Ziel ist es, durch die Interviews an Expertenwissen zu gelangen, das in der Fortbildung an die Trainer weitergegeben werden soll. Dabei werden bestimmte Aspekte aus den Interviews herausgefiltert. Für die Auswertung der Interviews wurde deshalb die inhaltliche Strukturierung verwendet, deren Ziel es ist, „bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen“ (Mayring 2015, S. 103). Eine sehr übersichtliche Methode, um möglichst alle relevanten Daten verarbeiten zu können, ist das Codieren. Das Kategoriensystem nach der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring) bietet sich hier gut an. Dazu wurde eigens ein Kategoriensystem (Tabelle 7) mit vier Hauptkategorien mit wiederum jeweils Subkategorien entworfen.

Für die Erstellung des Kategoriensystems war es von Nöten die Interviews zunächst sorgfältig zu transkribieren, da die Transkription die Voraussetzung für die Analyse der in den Interviews erlangten Informationen ist. Die gründliche Transkription ist wichtig, „[...] da es sich hierbei um einen elementaren Bestandteil für die Qualitätssicherung der qualitativen Daten handelt“ (Misoch 2015, S. 251 f.). Es steht der „[...] wenig interpretationsbedürftige manifeste Informationsgehalt“ (Bogner u.a. 2014, S. 41) im Vordergrund, weshalb eine Transkription von Fülllauten („äh“) und eine Markierung von Pausen etc. nicht notwendig sind. „Aufgrund der thematischen Fokussierung werden die Audioaufnahmen von Experteninterviews meistens nicht vollständig, sondern lediglich selektiv transkribiert“ (Misoch 2015, S. 124). Aber selbst bei einer sorgfältigen Transkription können beim Lesen der Transkripte falsche Interpretationen der Ergebnisse entstehen, sodass das auditive Datenmaterial auch weiterhin zur Hand genommen wurde. Durch kleinschrittiges Anhören und Abtippen wurde das auditive Datenmaterial im Textverarbeitungssystem ‚Word‘ verschriftet. Die Erstellung von Transkripten ist ein sehr zeitaufwändiger Arbeitsschritt. Dies ermöglicht jedoch eine gezielte Analyse der Interviews, sowie

eine Einarbeitung wörtlicher Zitate der Interviewpartner im Fließtext der Arbeit. Vor Beginn des Interviews wurden die Befragten über eine Tonbandaufnahme aufgeklärt und um deren Einverständnis gebeten. Die vollständigen Transkripte sind im Anhang (G-I) zu finden.

Mit Hilfe des gründlichen Durchgangs der Transkripte wurden die folgenden Fördermöglichkeiten herausgefiltert und in Kategorien eingeteilt:

Tabelle 7: Kategoriensystem Fördermöglichkeiten

Kategorien/Subkategorien	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Es wurden den einzelnen Kategorien bzw. Subkategorien Interviewpassagen zugeordnet, in denen...	
Verbale Fördermöglichkeiten	...Fördermöglichkeiten genannt wurden, die auf einer mündlich/sprachlichen Grundlage basieren.	Vgl. Subkategorie
Austausch mit Eltern	... es empfohlen wird, einen intensiven Elternaustausch zu pflegen.	Springer: [...] ein ADHS Kind im Kampfsport erfordert ein bisschen mehr Elternarbeit und Elternabsprache. Also mehr als die anderen.
Beim Namen rufen anstelle von „Du“	...es empfohlen wird, die Kinder mit ihrem Namen anzusprechen.	Kirchner: [...] meiner Erfahrung nach kann man die dann relativ schnell wieder zurückholen, wenn man die dann direkt anspricht, also nicht einfach nur irgendwie „jetzt passt mal alle auf“, sondern direkt ansprechen.
Ich-Botschaften	...es empfohlen wird, mit den betroffenen Kindern in Form von „Ich-Botschaften“ zu kommunizieren.	Mohr: Und ich frage nur! Ich sag nicht „Du hast“, sondern ich frage nur. „Für mich ist es einfach wichtig, dass ich mit dir besser arbeiten kann.“ Also Ich und Du Botschaften [...].
Physische Fördermöglichkeit	... Fördermöglichkeiten genannt wurden, bei denen es um einen körperlichen Impuls geht.	Vgl. Subkategorie
An Schulter berühren	...es empfohlen wird, das verhaltensauffällige Kind mit der Hand an der Schulter zu berühren, um dessen Aufmerksamkeit wieder zurückzugewinnen.	Kirchner: Ich mach das dann auch gerne so, dass ich die, wenn die so ganz weg sind, einmal berühre, an der Schulter oder so und so Körperkontakt aufnehme und dann sind die eigentlich auch relativ schnell wieder bei mir.

Psychologische Fördermöglichkeiten	... Fördermöglichkeiten genannt wurden, bei denen es um psychologische	Vgl. Subkategorie
Kind in erster Reihe stehen lassen	... es empfohlen wird, das verhaltensauffällige Kind bei Übungen in die erste Reihe zu stelle.	Mohr: Ich hab David dann immer in die erste Reihe geholt [...].
Konsequenz	... es empfohlen wird, den Kindern gegenüber konsequent zu sein.	Mohr: Und Disziplin ist das falsche Wort. Es ist einfach nur Konsequenz! Ich bin einfach nur konsequent!
Klare Strukturen	... es empfohlen wird, den Kindern eine gewisse wiedererkennbare Struktur im Training zu bieten.	Springer: Also klare Absprachen, klare Regeln, wiedererkennbare Abläufe machens den Kindern leichter.
Positive Verstärker	... es empfohlen wird, das positive Verhalten der betroffenen Kinder durch Verstärker (wie z.B. Loben, Punkte-Sammelsysteme usw.) öfter zu zeigen.	Springer: Also ADHS Kinder sind für Belohnersysteme eigentlich relativ gut zugänglich. Also so Punkte-Sammelsystem.
Abwechslung	... es empfohlen wird, das Training abwechslungsreich zu gestalten.	Kirchner: Ja klar, das [Abwechslung im Training] ist immer gut.
Rituale	... es empfohlen wird, Rituale in das Training einzubauen.	Kirchner: Rituale find ich ganz wichtig. Gerade die Begrüßung am Anfang und wenn man da mit Partner zusammen übt, dann begrüßt man sich ja auch nochmal, dann haben die auch so nen Rahmen, an den sie sich halten können.
Motorische Fördermöglichkeiten	... Fördermöglichkeiten genannt wurden, die auf Bewegung aufbauen.	Vgl. Subkategorie
Powerphase	... es empfohlen wird, regelmäßig in das Training Phasen einzubauen, in denen sie sich auspowern können.	Springer: Was ich den Trainern auch unbedingt sagen würde, ist, dass es ganz wichtig ist, in das Training Powerphasen einzubauen.

4.3.2 Fragebogen

Um die Fragebögen auswerten zu können, ist es in einem ersten Schritt zunächst erforderlich, die einzelnen ausgefüllten Fragebögen in einer Tabelle zusammenzutragen. Dazu wurde das Tabellenkalkulationsprogramm Excel verwendet, da dieses Programm eine übersichtliche Darstellung ermöglicht und zusätzlich viele Rechenvorteile für eine gute Auswertung mit sich bringt. Ein Statistikprogramm, wie etwa SPSS, war für die

Auswertung in diesem Rahmen nicht notwendig, da lediglich eine kleine, nicht repräsentative Stichprobe von 12 Teilnehmer auszuwerten war. Die Antworten der einzelnen Items wurden somit an erster Stelle zusammengefasst. Da man als Betrachter der Tabellen auf den ersten Blick mit den vielen Zahlen nichts anfangen kann, wurden die einzelnen Items, in einem zweiten Schritt, in ihre vorher eingeteilten Kategorien (siehe Kapitel 4.2 Entwicklung der Fragebögen) zusammengestellt. Anschließend wurden die einzelnen Items der Kategorien gebündelt, sodass am Ende jeweils eine repräsentative Zahl für eine Kategorie feststand. Diese wird als Prozentzahl angegeben, da sich die Zahlen für den Betrachter der Tabellen als Prozentzahlen besser einordnen lassen und sich so der Anteil der einzelnen Zahl an der Gesamtheit leichter erkennen lässt (Kirchhoff, Kuhnt, Lipp & Schlawin 2010, S. 48).

4.4 Planung und Organisation des Fortbildungsprogramms

Die Fortbildung als Methode zur Übermittlung von Informationen eignet sich im Zusammenhang mit den Zielen dieser Arbeit hervorragend. Im Gegensatz zu z.B. einer Broschüre oder einem Podcast können die Teilnehmer bei einer Fortbildung persönlich und direkt angesprochen und auftauchende Fragen können sofort geklärt werden. Zudem sollte ein großer Teil der Fortbildung ein praktischer Teil sein, in dem den Trainern neue Methoden im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern gezeigt werden sollten.

Das übergeordnete Ziel der Fortbildung ist es, bei den Teilnehmern einen bewussten Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) zu schaffen. Dazu gibt es drei Teilziele. Die Trainer sollten ihre

1. Selbsteinschätzung reflektieren,
2. die Symptome von Kindern mit ADHS differenzierter und bewusst wahrnehmen und zuletzt
3. verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) gezielt fordern und fördern können.

Auch das übergeordnete Ziel der Fortbildung kann im Rahmen der Unmittelbarkeit der Veranstaltung deutlich besser verfolgt und vertieft werden. Die Reflektion der Selbsteinschätzung erfolgt und die Anzahl der eigenen Gedanken dazu wachsen, wenn der einzelne Trainer ein unmittelbares Feedback zur Selbsteinschätzung erhält oder auch die

Selbsteinschätzung der anderen Teilnehmer reflektieren kann (*Hypothese*: Veränderung der Selbsteinschätzung).

Durch die bewusste Kommunikation der Trainer untereinander während der Fortbildung, können diese selbst im Austausch mit den Anderen weitere Anzeichen von Verhaltensauffälligkeiten wahrnehmen lernen. Denn es liegt meist eine große Anzahl unterschiedlicher Symptome vor, die zwischen den betroffenen Kindern variieren. Durch das Kennenlernen einer möglichst großen Vielzahl von Symptomen fällt das künftige Erkennen leichter (*Hypothese*: Differenziertere Symptomerkennung).

Schließlich vertiefen sich Mittel und Methoden, wie verhaltensauffällige Kinder gefördert, aber auch gefördert werden können im unmittelbaren Austausch in der Gruppe, da die Gruppe und damit jeder Einzelne auch in diesem Bereich vom Input aller Teilnehmer profitieren kann (*Hypothese*: Veränderung im Umgang mit Kindern).

Wie bereits in Kapitel 4.1 *Design der Interviews* erwähnt, wurden Experten zum Thema ADHS befragt. Auf Grundlage der Interviews und einiger Literatur wurde ein Fortbildungsprogramm für die Kampfsporttrainer entwickelt. Dazu mussten zunächst Schwerpunkte gesetzt werden.

Die zwei großen Themenblöcke der Fortbildung sind auf der einen Seite die Wissensvermittlung über verhaltensauffällige Kinder mit einem Schwerpunkt auf Kinder mit ADHS sowie die Erläuterung sportkinesiologischer Ansätze und Methoden und auf der anderen Seite sportkinesiologische Übungen für einen besseren Umgang und eine gezielte Förderung für verhaltensauffällige Kinder. Klingelhöffer - der Experte der Sportkinesiologie – hat sich dazu bereit erklärt, an der Fortbildung als Referent teilzunehmen.

Für die Umsetzung der Fortbildung wurden ursprünglich zwei Standorte ausgesucht. Die Fortbildung sollte im Polizeisportverein in Augsburg und im TSV Weilheim stattfinden. Leider konnte die Fortbildung in Augsburg nicht stattfinden, weil eine gemeinsame Terminfindung nicht möglich war. Im Gegensatz dazu haben sich erfreulicherweise 12 Kampfsporttrainer an der Fortbildung in Weilheim angemeldet. Diese fand am 29. Juli 2018 von 10.00 bis 14.00 Uhr in den Räumlichkeiten des TSV Weilheim statt.

4.5 Beschreibung der Stichprobe

Dieses Kapitel beschreibt wichtige Informationen über einerseits die Befragten der Experteninterviews und andererseits die Teilnehmer der Fortbildung.

Experteninterviews

Insgesamt wurden drei Personen für das Experteninterview ausgewählt. Das waren zum einen zwei Kampfsporttrainer, die viel Erfahrung im Umgang mit Kindern mit ADHS haben und zum anderen ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychologie. Herr Mohr (Name geändert, Transkript siehe Anhang I) ist bereits seit 30 Jahren hauptberuflich Trainer für den Kampfsport Karate. Herr Kirchner (Name geändert, Transkript siehe Anhang H) praktiziert seit 20 Jahren Kampfsport und ist bereits seit 17 Jahren Trainer.

Die beiden Kampfsporttrainer werden Herr Kirchner und Herr Mohr genannt, weil sie mit ihrem wahren Namen nicht in dieser Arbeit genannt werden wollten. Der Arzt, Herr Springer, war mit seiner Namensnennung einverstanden. Er ist Chefarzt (Leiter) der Klinik Hochried, einem Haus für (auch) psychisch auffällige oder gar kranke Kinder, die therapeutischer Unterstützung bedürfen. Herr Springer ist Facharzt auf zwei Gebieten, der Pädiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Anhang G: Transkript Herr Springer).

Teilnehmer der Fortbildung

Das Alter der Teilnehmer lag zwischen 16 und 63 Jahren. An der Fortbildung nahmen vier weibliche und acht männliche Trainer teil. Abgedeckt wurden die Kampfsportarten: Jiu-Jitsu (3 Teilnehmer), Shaolin-Tempel-Boxen, Aikido (5 Teilnehmer), Pa-Kua Kampfkunst, Kosmodynamik, Sintony, Judo (2 Teilnehmer), Boxen.

Die meisten Teilnehmer waren bereits viele Jahre (ein Jahr – 30 Jahre) als Trainer tätig.

In der unten aufgeführten Tabelle 8 ist eine Übersicht über alle Teilnehmer der Fortbildung mit Angaben über das Geschlecht, das Alter, die Kampfsportart, die sie unterrichten, wie lange sie bereits Trainer sind und zuletzt, ob sie bereits verhaltensauffällige Kinder bzw. Kinder mit ADHS in ihren Trainingsgruppen hatten/haben.

Tabelle 8 - Tabellarische Zusammenfassung der Stichprobenbeschreibung (Teilnehmer Fortbildung)

<i>Teilnehmer</i>	<i>Ge- schlecht</i>	<i>Alter</i>	<i>Kampfsportart</i>	<i>Dauer der Tätigkeit</i>	<i>Verhal- tensauf- fällige Kinder im Training</i>	<i>Kinder mit ADHS im Trai- ning</i>
<i>THEL27</i>	♀	16	Aikido	2	Ja	Ja
<i>HEER19</i>	♀	51	Judo	2	Ja	Ja
<i>DIER12</i>	♀	49	Jiu Jitsu	10	Ja	Ja
<i>JOER10</i>	♂	59	Boxen	25	Ja	Eher ja
<i>OLCH10</i>	♂	17	Aikido	2	Eher ja	Nein
<i>EIRT16</i>	♂	45	Judo	1	Eher ja	Eher nein
<i>AUUD01</i>	♂	55	Jiu Jitsu / Shao- lin-Tempel-Bo- xen	30	Eher nein	Eher ja
<i>JOCH09</i>	♀	63	Jiu Jitsu	11	Ja	Ja
<i>ERCH14</i>	♂	61	Aikido	25	Eher ja	Eher ja
<i>HART30</i>	♂	55	Pa-Kua, Kampf- kunst	10	Ja	Nein
<i>PAEL05</i>	♂	19	Aikido	4-5	Eher ja	Ja
<i>JONN10</i>	♂	55	Aikido	10	Ja	Ja

4.6 Inhalt der Fortbildung

Der Theorieteil der Arbeit spiegelt im Großen und Ganzen den Inhalt der Fortbildung wider: Zu Beginn der Veranstaltung wurden die Teilnehmer über die Verhaltensstörung ADHS ausführlich aufgeklärt. Dabei wurde die Nennung und Beschreibung der Kernsymptome sowie weitere Kriterien für eine Diagnose ADHS, die Prävalenz, Ursachen und auch mögliche Therapieansätze erläutert. Auch die Frage, warum diese Fortbildung gerade in einem Sportverein mit Abteilungen für Kampfsport gehalten wird, wurde geklärt. Sodann wurden die im Theorieteil dieser Arbeit herausgearbeiteten Fördermaßnahmen bzw. Grundprinzipien genauestens erklärt und im Anschluss daran diskutiert. Eine PowerPoint Präsentation dazu ist im Anhang J zu finden. Aus ihr ergeben sich alle Details zum Thema.

An diesen Vortrag, der in etwa 1 ¼ Stunden dauerte, wurde der Vortrag von Herrn Klingelhöffer angeschlossen, der in etwa eine Stunde dauerte. Der Vortrag von Herrn Klingelhöffer handelte von sportkinesiologischen Aspekten, die sich gut auf den Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern übertragen lassen. Schwerpunkte seines Vortrags waren

die „Intelligenzen der beiden Gehirnhälften“ sowie der gezielte Einsatz bzw. das Training der beiden Gehirnhälften. Anschließend wurde der Tensegrity-Ansatz vorgestellt, sowie der Umgang mit verschiedenen Stressoren. Abschließend wurden weitere Ansätze im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht der Sportkinesiologie erläutert. Eine anschauliche PowerPoint Präsentation zum Vortrag von Herrn Klingelhöffer ist im Anhang K zu finden. Aus ihr ergeben sich alle Details zum Thema, worauf wiederum an dieser Stelle verwiesen wird.

Zwischen dem Theorie- und Praxisteil wurde eine kurze Trink- und Snackpause eingelegt. Nach der Pause wurde der Praxisteil im Dojo (so wird der Trainingsraum genannt, in denen Kampfsportarten trainiert werden) mit einer Dauer von 1 ¼ Stunden durchgeführt, welcher ebenfalls von Herrn Klingelhöffer angeleitet wurde. Dabei war es ihm wichtig, Übungen vorzustellen, die wenig Hilfsmaterial benötigen und somit leicht und überall umsetzbar sind. Es wurden Einzel-, Partner- und vor allem Gruppenübungen (siehe Kapitel 2.5.3.4 Ausgewählte Übungen für verhaltensauffällige Kinder) vorgestellt und praktisch ausprobiert, so dass diese gleich selbst erprobt und verinnerlicht werden konnten. Herr Klingelhöffer hat dazu ein Lehrvideo mit einigen der durchgeführten Übungen mitgebracht, das dem Verein zur Verfügung gestellt wird, damit es allen Teilnehmern, aber auch den anderen Trainern des Vereins, die nicht an der Fortbildung teilgenommen haben, ermöglicht wird, nochmals nachzuschauen, wie die ein oder andere Übung angeleitet wird.

Am Ende der Fortbildung wurde jedem Teilnehmer ein Handout (siehe Anhang L) übergeben, auf dem die wichtigsten Informationen über ADHS sowie konkrete Fördermaßnahmen bzw. Umgangsvorschläge für verhaltensauffällige Kinder im Training zusammengefasst sind. So haben die Trainer langfristig ein kleines Handbuch, in dem sie immer wieder nachschlagen können (Handout ADHS, PowerPoint Präsentation Sportkinesiologie, Lehrvideo). Dies ermöglicht zudem die Inhalte auch an weitere Trainerkollegen weiterzugeben, die nicht an der Fortbildung teilgenommen haben.

5 Ergebnisdarstellung der Fragebögen

Um das Fortbildungsprogramm hinsichtlich seiner einzelnen Bestandteile zu analysieren, wurde - wie bereits erläutert - die Fortbildung mittels mehrerer Fragebögen analysiert und

beurteilt. Dazu wurde ein Prä-Fragebogen, ein Fragebogen unmittelbar im Anschluss an die Fortbildung und ein Post-Fragebogen durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Folgenden ausführlich beschrieben, um im Anschluss daran auf Grundlage der Ergebnisse über die Fortbildung zu diskutieren und Schlüsse zu ziehen, ob solch eine Art von Fortbildung sinnvoll ist, um die gesteckten Ziele (Hypothesen) zu erreichen bzw. bestätigen. Die nachfolgenden Tabellen beinhalten einerseits die prozentuale Auswertung der Antworten der Trainer auf die einzelnen Fragen, andererseits das arithmetische Mittel, also den Durchschnittswert der Antworten. Der Durchschnittswert zeigt über die Gesamtsumme aller Befragten die Tendenz in dieser Gruppe, also in welche Richtung eine Antworthäufigkeit geht, zum Beispiel in Richtung „eher nicht gut“ oder „eher gut“.

Die genauen Berechnungen zur Auswertung der drei Fragebögen sind in der Excel Datei „Auswertung Fragebögen“ zu finden.

5.1 Prä-Fragebogen

Der Prä-Fragebogen wurde drei Wochen vor der Fortbildung ausgeteilt. Den Teilnehmern wurde eine Woche Zeit gegeben, um die Fragebögen auszufüllen. Insgesamt haben 12 Trainer (n=12) den Fragebogen bearbeitet. Die Werte sind jeweils gerundet. Abgerundet wurde bis zum Wert 4 der ersten wegfallenden Dezimalstelle, ab dem Wert 5 wurde aufgerundet.

Tabelle 9 zeigt die tabellarische Zusammenfassung bzw. die Ergebnisse der **Selbsteinschätzung** der Trainer. Dabei gaben 36 % der Befragten an, dass sie „eher nicht“ mit verhaltensauffälligen Kindern in ihren Trainingsgruppen überfordert sind. Jedoch haben auch 28% der Trainer angegeben „eher schon“ *überfordert* zu sein. Außerdem wurde zu jeder Kategorie das arithmetische Mittel ausgerechnet, um auf einen Blick sehen zu können, in welche Richtung die Antworttendenz verläuft. Der arithmetische Mittelwert liegt bei 1,17, das bedeutet, dass die meisten Trainer sich eher nicht überfordert fühlen. Insgesamt gaben mehr Teilnehmer an, „eher“ *Spaß bzw. Freude* (54%) im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern zu spüren, als keine(n). Dies spiegelt auch der arithmetische Mittelwert mit seinem Wert von 1,77 wider. Auch die *Motivation* liegt mit 44% bei „eher ja“. Fachwissen, sowohl über ADHS, als auch über Sportkinesiologie besaßen 35% der Teilnehmer „eher nicht“ (Mittelwert: 1,33). Für 39% der Befragten ist es „eher keine“

zusätzliche Belastung verhaltensauffällige Kinder in ihren Trainingsgruppen zu trainieren. Das arithmetische Mittel liegt bei 1,33.

Tabelle 9: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 1 Selbsteinschätzung

	Ja (3)	Eher Ja (2)	Eher Nein (1)	Nein (0)	<i>Arithmetisches Mittel</i>
Gefühl der Überforderung:	8%	28%	36%	28%	<i>1,17</i>
Spaß/Freude:	13%	54%	31%	2%	<i>1,77</i>
Motivation:	13%	44%	25%	19%	<i>1,50</i>
Fachwissen:	15%	27%	35%	23%	<i>1,33</i>
Anstrengung/ Belastung:	14%	36%	39%	11%	<i>1,53</i>

Der zweite Teil des Fragebogens besteht aus zwei Bereichen. Der erste Teil des Bereichs fragt **Allgemeines über die Trainingsgruppe** und den Umgang des Trainers mit ihr ab (siehe Tabelle 10). Sieben von zwölf Trainern gaben an, dass sie bereits verhaltensauffällige Kinder in ihren Trainingsgruppen hatten („ja“), fünf Trainer waren sich nicht sicher (3 x „eher ja“, 2 x „eher nein“). Bei der Frage, ob die Trainer dabei vermuteten, ob diese Kinder eine Form von ADHS haben, gaben sechs Trainer „ja“ und drei Trainer „eher ja“ an. Zwei Trainer verneinten die Aussage und einer gab „eher nein“ an. Ob das verhaltensauffällige Kinder in die Trainingsgruppe integriert ist wurde überwiegend bejaht (4 x ja, 6 x eher ja). Jedoch änderte sich die Aussage bei der Frage, ob das verhaltensauffällige Kind im Falle einer Überreizung (also wenn das Kind besonders störend ist) ausgeschlossen wird. Sechs Trainer gaben an, dass im Falle einer Überreizung das Kind „eher schon“ ausgeschlossen wird. Ob verhaltensauffällige Kinder eine Sonderbehandlung benötigen wurde ganz unterschiedlich eingeschätzt. Zwei Trainer beantworteten die Frage mit „ja“, vier Trainer mit „eher ja“, fünf Trainer mit „eher nein“ und ein Trainer mit „nein“.

Tabelle 10: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern

	Ja	Eher Ja	Eher Nein	Nein
Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) verhaltensauffällige Kind(er) (z.B. Kinder mit ADHS)?	7	3	2	
Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) Kind(er), bei dem(denen) Sie vermutet haben, dass es eine Form von ADHS hat?	6	3	1	2
Ist das verhaltensauffällige Kind in Ihre Trainingsgruppe integriert?	4	6	2	
Wird das verhaltensauffällige Kind von der Gruppe bei Überreizung (also, wenn das Kind besonders störend ist) ausgeschlossen?	1	6	4	1
Benötigen verhaltensauffällige Kinder Ihrer Meinung nach eine Sonderbehandlung?	2	4	5	1

Tabelle 11 beschreibt die Bewertungen der verschiedenen **Trainingskonzepte**. Alle Trainingskonzepte wurden größtenteils positiv bewertet mit einem insgesamten Mittelwert von 1,99, welcher zwischen den Antwortmöglichkeiten „eher gut“ und „gut“ liegt. Am besten wurden die Trainingskonzepte der Kategorien „motorisch“ (42%) und „verbal“ (75%) bewertet.

Tabelle 11: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern

	Nicht gut (0)	Eher nicht gut (1)	Eher gut (2)	Gut (3)	<i>Arithmetisches Mittel</i>
Psychologisch	20%	19%	31%	30%	1,70
Motorisch	13%	17%	29%	42%	2,00
Verbal	4%	0%	21%	75%	2,67
Physisch	25%	17%	33%	25%	1,58

Der dritte Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit umschreibbaren **Beobachtungen von verschiedenen Verhaltensweisen**, welche fünf unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten zuzuordnen sind. Diesen Ergebnissen nach zu urteilen, gibt es unter betroffenen Kindern tatsächlich einen erhöhten Anteil mit Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeitsstörung. Hier liegt der Mittelwert bei 1,13.

Tabelle 12: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 3 Beobachtungen verhaltensauffälliger Kinder

	Nicht zutreffend (0)	Etwas oder manchmal zutreffend (1)	Genau oder häufig zutreffend (2)	<i>Arithmetisches Mittel</i>
Aufmerksamkeitsstörung	20%	48%	33%	<i>1,13</i>
Aggressives Verhalten	31%	40%	29%	<i>0,98</i>
Soziale Probleme	50%	38%	13%	<i>0,63</i>
Angst/ Depressivität	50%	33%	17%	<i>0,67</i>
Delinquentes Verhalten	21%	54%	25%	<i>1,04</i>

Nachstehend werden die Ergebnisse der offenen Fragen dargestellt. Dabei wurden im Prä-Fragebogen bereits Bestandteile abgefragt, die in die Fortbildung eingebaut werden sollten. Dazu dienen der Übersicht halber die nachfolgenden Tabellen 13 und 14, die jeweils die Antworten und deren Häufigkeit der Aufzählung darstellen:

In der folgenden Frage ging es darum herauszufinden, mit welchen Schwierigkeiten die Kampfsporttrainer im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern im Training konfrontiert werden. Dabei kamen unterschiedliche Probleme auf. Zum einen bereitet es den Trainern Schwierigkeiten, wenn das verhaltensauffällige Kind zum Beispiel durch dazwischen reden oder Unkonzentriertheit den Trainingsablauf stört, zum anderen stellt es aber auch eine große Herausforderung dar, wie man das betroffene bzw. die betroffenen Kinder in die Trainingsgruppe integrieren kann, oder was man dagegen tun kann, wenn die gesamte Gruppe unruhig ist.

Tabelle 13: Auswertung offene Fragen (Frage 1)

In welchen Situationen haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Spricht dazwischen, ist unangepasst, stört den Ablauf des Trainings	3x
Wenn die gesamte Gruppe unruhig ist	3x
Bei Aufgabenstellung und starken physischen Anstrengungen; Gruppenübungen, bei längeren Übungen, bei denen Konzentration benötigt wird	3x
Ihn in die Gruppe zu integrieren	2x
die anderen Kinder in der Gruppe nicht zu vernachlässigen; Welche Konsequenz ich wählen soll? (sinnvoll?)	2x
Wenn Kinder Gewalt gegen andere Kinder ausüben	1x

In der zweiten Frage wurde anschließend gefragt, ob die Trainer bereits bestimmte Umgangsmöglichkeiten mit auffälligem Verhalten herausgefunden haben, die sich bewährt haben. Auch da gab es einige verschiedene Antworten. Drei Trainer gaben an, dass ein konsequentes Agieren sehr wichtig sei. Aber auch regelmäßige (Spiel-)Pausen wurden als relevant eingestuft, sowie den Kindern gegenüber Wertschätzung zu zeigen.

Tabelle 14: Auswertung offene Fragen (Frage 2)

Was hat sich auf Grundlage Ihrer Erfahrungswerte im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern bewährt?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
konsequentes Handeln	3x
Im Training Pausen mit Spielen einbinden	2x
Wertschätzung der Kinder zeigen + deutlich machen; Mensch/Person & Verhalten klar unterscheiden	2x
Jahrelange Praxis, gutes Bauchgefühl, da selber 2 Kinder großgezogen; 6 Jahre Gruppen der Mittelschule trainiert (sehr verhaltensauffällige Kinder)	1x
Ruhe, Geduld + schauen was der Schüler in dem Moment benötigt, die eigenen Vorstellungen & Ziele zurückstellen	1x
Kurze Pause bei Erklärung → Aufmerksamkeit wieder auf Übung richten	1x
Ständig beschäftigen bei Übungen und Ruhephasen	1x

Augenkontakt	1x
vorher „Strafen“ ankündigen	1x
sie im Alltag/Gruppe gleich zu behandeln; keine Extrawurst (Immer mit dem Wissen, was ist für das Kind möglich, was nicht)	1x
4-Augen-Gespräch, dass ich irgendwann vom Verhalten gereizt bin	1x
Man sollte dem Kind erst etwas Zeit geben, selber zu merken, wenn es sich nicht angemessen verhält. Sollte es das nicht merken, kann man das Kind darauf ansprechen und wenn es trotzdem weitermacht, sollte man kleine Strafaufgaben geben oder das Kind raus setzen für eine kurze Zeit	1x

Die letzten beiden Fragen des Fragebogens sind tabellarisch nicht aufgeführt, sie dienten dazu eine Rückmeldung der Teilnehmer über entstandene eigene Fragestellungen zu erhalten und Erwartungen an die Veranstaltung zu formulieren. Dabei stellten die Teilnehmer ausschließlich Fragen über ADHS und den Umgang mit betroffenen Kindern (z.B. „Werden bei ADHS Medikamente verabreicht?“ oder „Ist als Konsequenz das kurzzeitige ‚Raussetzen‘ an den Rand ok?“).

Erwartungen an die Fortbildung waren hauptsächlich auf den gewünschten Wissenszuwachs bezogen, beispielsweise, wie mit Kindern mit ADHS bzw. allgemein verhaltensauffälligen Kindern umgegangen werden soll. Ferner wurde nach umsetzbaren Vorschlägen für einen verbesserten Trainingsverlauf gefragt.

5.2 Fragebogen im direkten Anschluss an die Fortbildung

Im unmittelbaren Anschluss an die Fortbildung wurden die Teilnehmer gebeten den Evaluationsbogen auszufüllen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Fortbildung als „sehr gut“ bewertet wurde (vgl. Tabelle 15). Alle Teilnehmer schätzten die Thematik der Fortbildung als wichtig (58% „ja“, 42% „eher ja“) und nutzbar (67% „ja“, 33% „eher ja“) ein. Auch wurden alle Trainer dazu motiviert, die angebotenen Inhalte im Training auszuprobieren (50% „ja“, 50% „eher ja“). 83% („eher ja“) sprachen sich für die Sinnhaftigkeit einer weiteren Vertiefung der Thematik aus und 92% bescheinigten, dass die Referenten das Thema gut vermitteln konnten. 83% waren der Auffassung, dass Theorie und Praxis in einem guten Verhältnis stand und 75% sahen ihre Erwartungen an die Fortbildung als erfüllt an.

Tabelle 15: Fragebogen im direkten Anschluss an die Fortbildung

	JA	EHER JA	EHER NEIN	NEIN
Die Thematik ist für mich als Trainer wichtig.	58%	42%		
Der Fortbildungsstoff ist für das Training nutzbar.	67%	33%		
Die Fortbildung hat mich motiviert, die angebotenen Inhalte in meinem Training einzusetzen.	50%	50%		
Der Inhalt der Fortbildung war so interessant, dass ich eine weitere Vertiefung für notwendig halte.	8%	83%	8%	
Das Thema wurde durch die Referenten gut vermittelt.	92%	8%		
Theorie und praktische Beispiele standen in einem guten Verhältnis.	83%	17%		
Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.	75%	25%		

Die Antworten auf die offenen Fragen ergeben ein genaueres Bild in Ergänzung zu den geschlossenen Fragen. Dazu wurden in Tabelle 16 alle Antworten zu den jeweiligen Fragen zusammengefasst. Die Anzahl der Nennungen der einzelnen Antworten wurde in der Spalte „Häufigkeit der Nennung“ markiert.

Die folgenden Antworten fassen die Frage „An der Fortbildung hat mir gefallen...“ gut zusammen: Ausgewogenheit Theorie und Praxis, konkrete Fördermöglichkeiten, erläutern der Symptome von ADHS, es ist auf einzelne Probleme eingegangen worden etc.

Lediglich einem Teilnehmer wurde der sportkinesiologische Teil zu schnell abgehandelt (zur zweiten Frage des Fragebogens: An dieser Fortbildung hat mir dagegen nicht gefallen).

Geändert werden sollte nach Ansicht der Trainer: noch besseren Zusammenhang zum Kampfsport herstellen; Erläuterung der Theorie an Fallbeispielen; vorher klären, welche Altersgruppen die Trainer trainieren; mit kleineren Kindern müsse man oft die Dinge anders machen, umändern oder Teile weglassen.

Neue Ideen bzw. Vorschläge für den Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern, die den Trainern besonders gefallen haben, waren zum Beispiel: Kontakt zu den Eltern suchen, Powerphasen, das Training der rechten und linken Gehirnhälfte, kinesiologische Aspekte und Übungen, konkrete Fördermaßnahmen.

Anschließend wurde nach den Zielen gefragt, die die Trainer nach der Fortbildung erreichen wollen: Verbesserung des Trainings, Integration der auffälligen Kinder, Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen neu betrachten, neue Ideen für das Training.

Um die Trainer dazu zu motivieren möglichst schnell mit der Umsetzung der Inhalte der Fortbildung anzufangen, wurde zuletzt gefragt, mit welchem konkreten Schritt sie im nächsten Training beginnen wollen: Wenn möglich Einführen von Punkteplänen, Verbesserung der Rücksprache mit Eltern, Spiele mit Tennisbällen, Powerphasen.

In folgender Tabelle sind die oben genannten Ergebnisse zusammengetragen:

Tabelle 16: Auswertung des Fragebogens direkt nach der Fortbildung

An der Fortbildung hat mir gefallen...	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Informativer Inhalt	7x
Theorie und Praxis stimmig	5x
Positive Rahmenbedingungen und gut vorbereitete Referenten	5x
An der Fortbildung hat mir dagegen nicht gefallen...	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Der Kinsporth-Teil wurde leider zu schnell behandelt	1x
Wenn ich an dieser Fortbildung etwas ändern dürfte, dann würde ich/wäre das...	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Mehr Praxisübungen	4x
Vielleicht vorher klären, welche Altersgruppen die Trainer trainieren. Mit kleineren Kindern muss man oft die Dinge anders machen, umändern oder Teile weglassen	1x
Wirkung von Strafen (auf die Bank setzen)	1x
Bessere Aufteilung von Theorie und Praxis → Stichwort „Powerphasen“	1x
Welche Inhalte haben Sie vermisst?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Neben ADHS weitere Verhaltensauffälligkeiten, die mit genannten Fördermaßnahmen behandelt werden können	1x
Was passiert, wenn diese Übungen nicht fruchten? Wenn Eltern zu keinem Gespräch bereit sind?	1x
Yin/Yang	1x
Wie lange dauert es etwa, bis sich ADHS-Kinder besser konzentrieren können?	1x

Noch besseren Zusammenhang zum Kampfsport	1x
Erklärung an Fallbeispielen	1x
Keine richtige Unterscheidung zwischen „verhaltensauffällig“ und „ADHS“	1x
Welche Ideen waren für Sie am wichtigsten? Was hat Ihnen daran besonders gefallen?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Praktische Übungen	9x
Konkrete Fördermaßnahmen	2x
Training der rechten und linken Gehirnhälfte	2x
Powerphasen	2x
Kontakt zu den Eltern suchen	1x
Kinesiologische Aspekte	1x
Welchen Nutzen ziehen Sie aus dieser Fortbildung? Welche konkreten Ziele wollen Sie erreichen?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Verbesserung des Trainings/neue Ideen	3x
Mehr Übungen in das Training einbeziehen	2x
Bessere Konzentration/Hilfen der Kinder	2x
Integration der auffälligen Kinder	2x
Umgang mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen neu betrachten	1x
Konzentrations- und Leistungserhöhung durch das Mentale	1x
Guten Umgang mit den Schülern	1x
Ist bei uns in der Praxis schwer umsetzbar	1x
Was ist der erste konkrete Schritt und wann werden Sie damit anfangen?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Verbesserung der Rücksprache mit Eltern	2x
Punktepläne einführen	2x
Spiel Liegende acht	1x
Spiele mit Tennisbällen	1x
Spiele EQ/IQ	1x
Powerphasen	1x

5.3 Post-Fragebogen

Die teilnehmenden Trainerinnen und Trainer wurden 4 Monate nach der Fortbildung erneut gebeten einen Fragebogen auszufüllen. Mit diesem Fragebogen sollten die eingangs aufgestellten drei Hypothesen hinterfragt werden, also der Versuch unternommen werden, festzustellen, ob eine Veränderung der Selbsteinschätzung der Trainer stattgefunden hat, diese in der Lage sind Symptome von Verhaltensauffälligkeiten differenzierter zu erkennen und ob sich deren Umgang mit den Kindern auf Grund des erworbenen Wissens verändert hat. Im Sinne einer weiteren Evaluierung der Fortbildung wurde nachgefragt, welche pädagogischen und/oder sportkinesiologischen Fördermöglichkeiten in das Training eingebaut wurden und zu welchen Ergebnissen dies geführt hat, also ob es Veränderungen auch bei den verhaltensauffälligen Kindern gab.

In Tabelle 17 ist ein Überblick über die Auswertung des ersten Teils (**Selbsteinschätzung**) zu sehen. Der Wert zum *Gefühl der Überforderung* ist nach der Fortbildung gesunken. 58% der Teilnehmer gaben an, dass sie „eher nicht“ überfordert sind und 28% sogar „gar nicht“. Die Rubrik *Spaß/Freude* mit verhaltensauffälligen Kindern zu arbeiten, hat sich in Richtung „Ja“ verändert. Hier liegt der arithmetische Mittelwert nun bei 2,04. 63% der Befragten gaben nach der Fortbildung „eher ja“ an, wenn es um die *Motivation* geht. Hingegen fühlten sich hinsichtlich der Fragen nach dem *Fachwissen* über ADHS und Sportkinesiologie immer noch 17% bei „eher nein“ und 19% bei „nein“. Das Gefühl der *Anstrengung und Belastung* ist im Mittelwert (1,53) genau gleich geblieben.

Tabelle 17: Auswertung Post-Fragebogen - Teil 1 Selbsteinschätzung

	Ja (3)	Eher Ja (2)	Eher Nein (1)	Nein (0)	Arithmetisches Mittel
Gefühl der Überforderung:	0%	14%	58%	28%	0,86
Spaß/Freude:	38%	33%	25%	4%	2,04
Motivation:	15%	63%	13%	10%	1,81
Fachwissen:	27%	38%	17%	19%	1,73
Anstrengung/ Belastung:	11%	42%	36%	11%	1,53

Tabelle 18 stellt die Antworten des Post-Fragebogens über den ersten Bereich des Teil 2 - **Umgang mit Kindern** dar.

Die Anzahl über die Einschätzung, ob verhaltensauffällige Kinder in den Trainingsgruppen vorhanden sind, hat sich im Vergleich zum Prä-Fragebogen nicht gravierend verändert. Lediglich eine Stimme wechselte von „eher ja“ zu „nein“.

Dagegen änderten nach der Fortbildung zwei Teilnehmer ihre Meinung zur Frage, ob bereits Kinder mit ADHS in den Trainingsgruppen trainiert wurden, von „nein“ zu „ja“.

Ob das verhaltensauffällige Kind in die Trainingsgruppe integriert ist, bestätigten acht Trainer mit „eher ja“, drei Trainer mit „ja“ und einer der Trainer beantwortete diese Frage mit „eher nein“.

Benimmt sich das verhaltensauffällige Kind nicht „trainingskonform“ und stört die anderen Kinder während des Trainings, so unterscheiden sich die berichteten Erfahrungen. Insgesamt fünf Trainer („ja“ und „eher ja“) beobachten, dass das betroffene Kind als Folge von der Gruppe ausgeschlossen wird und insgesamt sieben Trainer („eher nein“ und „nein“) gaben an, dass das Kind selbst in dieser Situation nicht ausgeschlossen wird.

Die Häufigkeit zur Einschätzung, ob verhaltensauffällige Kinder eine Sonderbehandlung brauchen, änderte sich nicht maßgeblich. Nur ein Trainer änderte seine Meinung nach der Fortbildung von „eher ja“ zu „nein“.

Tabelle 18: Auswertung Post-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) verhaltensauffällige Kind(er) (z.B. Kinder mit ADHS)?	7	2	2	1
Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) Kind(er), bei dem(denen) Sie vermutet haben, dass es eine Form von ADHS hat?	8	3	1	
Ist das verhaltensauffällige Kind in Ihre Trainingsgruppe integriert?	3	8	1	
Wird das verhaltensauffällige Kind von der Gruppe bei Überreizung (also wenn das Kind besonders störend ist) ausgeschlossen?	2	3	5	2
Benötigen verhaltensauffällige Kinder Ihrer Meinung nach eine Sonderbehandlung?	2	3	5	2

Die Zusammenfassung der Bewertung der **Trainingskonzepte** wird in Tabelle 19 wiedergegeben. Insgesamt wurden alle Kategorien in der Mehrzahl als „gut“ bewertet.

Die 17% („nicht gut“) der Kategorie der *psychologischen* Trainingsmethoden spiegeln die Fragen „Kind unter Druck setzen“, „Bestrafungsmaßnahme: Kind eine kurze Zeit auf die Bank setzen“ und „Sonderbehandlung des verhaltensauffälligen Kindes“ wider.

Bei den *motorischen* Trainingsmethoden gingen die Meinungen etwas auseinander, denn 25% der Befragten gaben an, dass diese „eher nicht gut“ sind und 50% gaben an, dass diese „gut“ seien.

92% waren der Meinung, dass die *verbalen* Trainingsmethoden „gut“ seien.

50% waren sich einig, dass es dem betroffenen Kind helfe, wenn man die Hand auf seine Schulter lege (*physische* Trainingsmethode). Im Vergleich zum Prä-Fragebogen stieg hier die Anzahl von 25% „gut“ auf 50% „gut“.

Tabelle 19: Auswertung Post-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern

	Nicht gut (0)	Eher nicht gut (1)	Eher gut (2)	Gut (3)	<i>Arithmetisches Mittel</i>
Psychologisch	17%	21%	29%	33%	1,79
Motorisch	4%	25%	21%	50%	2,17
Verbal	0%	0%	8%	92%	2,92
Physisch	8%	8%	33%	50%	2,25

In Tabelle 20 sind die Ergebnisse zu den **Beobachtungen der verschiedenen Handlungsweisen der verhaltensauffälligen Kinder** zusammengetragen. Nach der Fortbildung änderte sich hier die Einschätzung. Die Trainer ordneten nach der Fortbildung die Verhaltensweisen der Kinder anders ein. Die Sensibilität in der Wahrnehmung der Trainer für den Bereich Aufmerksamkeitsstörung stieg leicht auf ein arithmetisches Mittel von 1,16 (Ergebnis Prä-Fragebogen: 1,13). Alle anderen vier Verhaltensauffälligkeiten sind im Vergleich zum Prä-Fragebogen im arithmetischen Mittel leicht gesunken.

Tabelle 20: Auswertung Post Fragebogen - Teil 3 Beobachtungen verhaltensauffälliger Kinder

	Nicht zutreffend (0)	Etwas oder manchmal zutreffend (1)	Genau oder häufig zutreffend (2)	<i>Arithmetisches Mittel</i>
Aufmerksamkeitsstörung	20%	43%	36%	<i>1,16</i>
Aggressives Verhalten	35%	37%	28%	<i>0,93</i>
Soziale Probleme	46%	46%	8%	<i>0,63</i>
Angst/ Depressivität	54%	38%	8%	<i>0,54</i>
Delinquentes Verhalten	33%	46%	21%	<i>0,88</i>

Im Weiteren werden die Ergebnisse der offenen Fragen beschrieben: Die Antworten zu den ersten drei offenen Fragen wurden in Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 21), um die Antworten thematisch übersichtlich darzustellen. Die verwendeten Kategorien sind dieselben, die auch bereits im Theorieteil sowie bei der Erstellung des Fragebogens verwendet wurden.

Insgesamt wurden nach der Fortbildung 14 verschiedene pädagogische Fördermöglichkeiten von den Trainern in das Training integriert. Beispielhaft nennen nahezu alle Trainer (zehn von zwölf) nun die Kinder bei ihrem Namen, anstelle sie mit „du“ anzusprechen. Fünf Trainer verwenden die Maßnahme „Hand auf die Schulter legen“, um das verhaltensauffällige Kind zu beruhigen bzw. um seine Konzentration wiederherzustellen.

Vier Trainer gaben, wieder beispielhaft, zur Frage, welche pädagogischen Maßnahmen in der Praxis gut funktioniert haben, zu „Kind beim Namen nennen“ an, dass dies „gut“ funktioniere.

Vereinzelt haben nach Angabe der Trainer Maßnahmen, wie beispielsweise „Powerphasen“ in das Training einzubauen, nicht so gut funktioniert, weil das Kind auch danach noch unruhig war.

Tabelle 21: Auswertung Post-Fragebogen Teil 4 - Pädagogische Fördermöglichkeiten

Welche pädagogischen Fördermöglichkeiten haben Sie übernehmen können?		
Kategorie	Antworten	Häufigkeit der Nennung
Verbale Ansätze	Kind beim Namen nennen	10x
	Ich-Botschaften	2x
	Klare Anweisungen	2x
	Einzelgespräche	1x
	ruhige, kindgerechte Stimme	1x
Motorische Ansätze	Powerphasen	1x
	Spiele	1x
	Ruhepausen/Entspannung geben	1x
Psychologische Ansätze	Loben	2x
	Konsequenz	1x
	Kontrolle	1x
	Anschauen; → Blickkontakt	1x
Physische Ansätze	Hand auf die Schulter	5x
	Sprechen mit Kind auf Augenhöhe	1x
Welche pädagogischen Maßnahmen haben in der Praxis gut funktioniert?		
Verbale Ansätze	Kind beim Namen nennen	4x
	Ich-Botschaften	2x
	Einzelgespräche (teilweise)	1x
	Klare Anweisungen	1x
Motorische Ansätze	Spiele	1x
	abwechselnd Konzentrations- und Powerphasen	1x
	Ruhepausen/Entspannung geben	1x
	Konzentrationsübungen	1x
Psychologische Ansätze	Klare Regeln/Disziplin	3x
	Geduld	2x
	Respekt/Augenhöhe	2x
	Mitgefühl	1x
	Konsequenz	1x
	Ruhe	1x
	Loben auch wenn der Leistungszuwachs nur gering war	1x
	Kleinere Gruppen, dadurch mehr Aufsicht und mehr Beobachtung	1x
Physische Ansätze	Hand auf die Schulter	4x

Welche pädagogischen Maßnahmen haben in der Praxis nicht gut funktioniert? Warum?		
Verbale Ansätze	Einzelgespräche (teilweise) → Verständnis hat gefehlt	1x
	Anweisungen mit lauter Stimme wiederholen	1x
	Name: Kind abgelenkt → fühlt sich nicht angesprochen	1x
	Lob anstelle von Strafe nimmt das Kind nicht an	1x
	Schimpfen → Kind blockt	1x
Motorische Ansätze	Powerphasen → immer noch unruhig	1x
Psychologische Ansätze	Bestrafung – Schimpfen	2x
	Stress, Hektik, Überforderung, nicht versuchen die eigenen Ziele und Vorstellungen mit Gewalt durchsetzen zu wollen; eher darauf achten was der Schüler im Moment braucht.	1x

Tabelle 22 handelt von den sportkinesiologischen Fördermöglichkeiten. Insgesamt wurden diese Fördermöglichkeiten nicht so häufig umgesetzt, wie die pädagogischen Fördermöglichkeiten.

Von mehreren Trainern wurden keine der Übungen ausprobiert.

Bei den Trainern, die verschiedene sportkinesiologische Übungen in ihr Training eingebaut haben, haben diese auch gut funktioniert.

Tabelle 22: Auswertung Post-Fragebogen Teil 5 - Sportkinesiologische Fördermöglichkeiten

Welche sportkinesiologischen Übungen haben Sie übernehmen können?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Übung mit Tennisbällen	2x
Liegende Acht	2x
Überkreuz-Übungen	1x
Einheitlich Übungen zu machen	1x
Training beider Gehirnhälften z.B. Bälle nutzen und Namen nennen	1x
Verbesserte Dehnübungen	1x
Welche sportkinesiologischen Übungen haben gut funktioniert?	
Einheitlich Übungen zu machen	1x
Übung mit Tennisbällen	1x
Überkreuz-Übungen	1x
Anspannung + Entspannung im Wechsel	1x
Liegende Acht	1x
Training beider Gehirnhälften z.B. Bälle nutzen und Namen nennen	1x

Tennisbälle übergeben	1x
Nach Vorzeigen Unterschied zur vorherigen Version	1x
Welche sportkinesiologischen Übungen haben nicht gut funktioniert?	
Übungen mit mehreren Schritten gleichzeitig, z.B. Ball Weitergeben + 1 Schritt vor gehen usw.	1x
Ball Weitergabe mit überkreuzten Händen und mit Schritt nach vorne	1x
Übungen mit Ball übergeben (Kinder zu jung)	1x
Ball werfen mit Namen sagen (muss man wahrscheinlich öfter machen)	1x

In Tabelle 23 geht es um die von den Trainern beobachteten Verhaltensauffälligkeiten und beobachtete Veränderungen der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder nach der Fortbildung und die Veränderung des Trainings.

Bei der Frage, welche Verhaltensauffälligkeiten vor der Fortbildung beobachtet wurden, wurde eine Vielzahl von Verhaltensbeschreibungen, wie beispielsweise Unkonzentriertheit, Unaufmerksamkeit und Aggression, genannt.

Ob im Zeitraum nach der Fortbildung (und Veränderung des Trainings durch Integration der Fortbildungsinhalte) überhaupt Veränderungen beobachtbar waren, wurde von drei Trainern verneint. Die anderen Trainer, die die Frage beantwortet haben, konnten die aus der Tabelle ersichtlichen Veränderungen wahrnehmen.

Tabelle 23: Auswertung Post-Fragebogen Teil 6 - Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern

Welche Verhaltensauffälligkeiten konnten Sie bisher in Ihren Trainingsgruppen beobachten?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Unkonzentriert	6x
Unaufmerksamkeit	4x
Aggression	3x
Redet dazwischen	3x
Unruhe	3x
Haben die Trainer ignoriert	3x
Gleichgültigkeit/Desinteresse	2x
Sind einfach weggelaufen	1x
Relativ ruhig, teilweise Ausgrenzung und Stören vom verhaltensauffälligen Kind	1x
Tragräume	1x
Haben anderen Kindern weh getan oder sie verletzt	1x
Niedrige Frustrationsgrenze	1x

Probleme mit Koordination	1x
Fingernagelkaugen	1x
Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter	1x
Streitet oder widerspricht viel	1x
Verlangt viel Beachtung	1x
Ist unangepasst	1x
Stört andere Kinder	1x
Welche Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern konnten Sie beobachten?	
Leider keine	3x
Interesse + Neugier ist geweckt	2x
Besseren Umgang mit anderen Kindern	1x
Tagesabhängig sind die Auffälligkeiten schwächer	1x
Mehr Zutrauen zu den eigenen Fähigkeiten, Selbstvertrauen	1x
Die Gruppe ist mehr motiviert, fordern mehr solcher Übungen bzw. Aktivitäten	1x
Bessere Konzentration, Aufmerksamkeit und längere Ausdauer bei einer Übung	1x
Weniger zappelig	1x
Dazwischenreden weniger oft	1x
Mehr Aufmerksamkeit bei mehr persönlichen und direkten Kontakt mit den Kindern	1x
Gab es nennenswerte Reaktionen der verhaltensauffälligen Kinder auf sportkinesiologische Übungen?	
Nein	7x
Eher gut – Tennisbälle übergeben!	1x

In der nachstehenden Tabelle 24 wird dargestellt, welche Fördermöglichkeiten die Trainer in Zukunft beibehalten wollen. Dabei wurden pädagogische, aber auch sportkinesiologische Maßnahmen genannt. Weil die befragten Trainer nur eingeschränkt auf die Fragen geantwortet haben, ist die Aussagekraft zu tatsächlichen künftigen Veränderungen im Training eingeschränkt.

Tabelle 24: Auswertung Post-Fragebogen Teil 7 - Allgemein

Welche Fördermöglichkeiten (Inhalte der Fortbildung) werden Sie künftig beibehalten?	
Antworten	Häufigkeit der Nennung
Kind beim Namen nennen	3x
Powerphasen	2x
Ich-Botschaften	1x
Übung mit Tennisbällen	1x
Positive Wortwahl statt Verbote	1x

Hand auf Schulter	1x
Sprechen mit Kind auf Augenhöhe	1x
Mehr Lob für erfolgreich absolvierte Übungen	1x
Übungen liegende Acht! Z.B. Tennisbälle	1x
Links/rechts Koordination	1x
„Brain Gym“	1x
Übungen sehr abgespeckt, da Kinder ab 6 Jahren	1x
In Absprache mit weiteren Trainern werden wir das Training beibehalten, wie es bisher abgelaufen ist. Die betroffenen Kinder erhalten kleinere Strafen, falls sie nach mehrmaligem Ermahnen nicht hören.	1x

In der folgenden Tabelle 25 ist dargestellt, welche allgemeinen Fragen über den geplanten weiteren Trainingsverlauf thematisiert wurden. Danach wollen mehr als die Hälfte der Trainer in Zukunft Inhalte der Fortbildung anwenden. Sieben Trainer kreuzten hier „eher ja“ an, zwei Trainer „ja“ und drei Trainer „eher nein“.

Auch werden die Inhalte der Fortbildung von den meisten Teilnehmern als gut umsetzbar angesehen. Insgesamt neun Trainer entschieden sich hier für ein „ja“ (drei Stimmen) bzw. „eher ja“ (sechs Stimmen).

Viele Trainer geben an, dass ihnen der Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern nach der Fortbildung leichter fällt.

Bei der Frage, ob bereits jetzt Verhaltensänderungen der betroffenen Kinder beobachtbar sind, teilen sich die Meinungen relativ gleichmäßig auf die vier Antwortmöglichkeiten. Die Mehrheit der Antworten fällt auf die Antwortmöglichkeit „nein“ mit vier Stimmen.

Aus den Antworten kann man ableiten, dass sich das Verhältnis bei acht (ein Trainer „ja“, sieben Trainer „eher ja“) Trainern zur Trainingsgruppe in den letzten Monaten positiv verändert hat.

Tabelle 25: Auswertung Post-Fragebogen Teil 7 - Allgemein

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Werden Sie in Zukunft in ihren Trainingsstunden Inhalte der Fortbildung anwenden?	2	7	3	
Halten Sie die Inhalte der Fortbildung für gut umsetzbar?	3	6	3	
Fällt Ihnen der Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern nach der Fortbildung leichter?	2	6	2	2
Können Sie bereits jetzt eine Verhaltensänderung der verhaltensauffälligen Kinder feststellen?	2	3	3	4
Hat sich das Verhältnis zu Ihrer Trainingsgruppe in den letzten 3 Monaten positiv verändert?	1	7	1	3

Auf die Frage „Wenn Sie die Fortbildung benoten müssten, welche Note würden Sie ihr geben?“ haben neun Trainer die Note 2 (gut) und drei Trainer die Note 3 (befriedigend) gegeben.

6 Diskussion

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde eine Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema *Verhaltensauffällige Kinder (speziell Kinder mit ADHS) und Kampfsport* erstellt und durchgeführt. Dabei war es wichtig, den Trainern auf der einen Seite Informationen über die medizinischen Fakten solcher Störungen im Verhalten nahezubringen, und auf der anderen Seite wichtige Verhaltensregeln und Fördermöglichkeiten – sowohl auf pädagogischer als auch kinesiologischer Grundlage – aufzuzeigen.

Auf die ausführliche Ergebnisdarstellung folgt nun eine Analyse und Interpretation der Ergebnisse und die Bewertung der eingangs aufgestellten Hypothesen. Um den Interpretationsbereich möglichst übersichtlich zu gestalten, wurde dieser in die drei Hypothesen „Selbsteinschätzung der Trainer“, „Veränderungen im Umgang mit Kindern“ und „Beobachtungen zu verhaltensauffälligen Kindern“ unterteilt. Interpretationen, die nicht diesen drei Hypothesen zuzuordnen sind, wurden in Kapitel 6.1.4 *Weitere Interpretationen* berücksichtigt.

6.1 Interpretation der Ergebnisse

An dem erarbeiteten Fortbildungsprogramm haben insgesamt 12 Trainer aus verschiedenen Kampfsportdisziplinen (Judo, Jiu-Jitsu, Aikido, Boxen, Pa-Kua) teilgenommen. Mittels Fragebogen wurden sie nach ihren Erfahrungen mit verhaltensauffälligen Kindern in ihrer Sportgruppe sowie ihrer Bewertung der Fortbildung für ihre weitere Tätigkeit als Trainer befragt. Die Auswertung und Interpretation ihrer Antworten sollen zur Bewertung der eingangs aufgestellten Hypothesen dienen.

6.1.1 Selbsteinschätzung der Trainer

In Tabelle 26 werden die Auswertungen über die *Selbsteinschätzung* des Prä- und Post-Fragebogens miteinander verglichen. Markiert wurden jeweils die meisten Nennungen in der Farbe Grün bzw. Rot. Grün bedeutet, dass das Ergebnis positiv bewertet wird. Rot bedeutet, das Ergebnis wird negativ bewertet, sprich ein anderes Ergebnis wäre wünschenswert gewesen.

36% der Trainer haben vor der Fortbildung angegeben, dass sie sich „eher nicht“ mit der Situation **überfordert** fühlen. Nach der Fortbildung waren es dann 58% Prozent, die sich „eher nicht“ überfordert fühlen. Daraus lässt sich ableiten, dass die Inhalte der Fortbildung deutlich dazu beigetragen haben, dass sich die Trainer sicherer im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern fühlen, wenn sie mehr Kenntnisse über die Besonderheiten dieser Gruppe erworben haben. Gewachsenes Verständnis eines Phänomens wirkt also unmittelbar auf die Selbstwahrnehmung der handelnden Person zurück.

Vor der Teilnahme an der Fortbildung haben 54% angegeben, dass sie „eher“ **Spaß/Freude** haben, verhaltensauffällige Kinder mit in ihren Trainingsgruppen zu unterrichten und 13% bejahten dies uneingeschränkt mit einem „ja“. Nach der Fortbildung änderte sich der Schwerpunkt der Antworten von „eher ja“ zu „ja“: 38% Prozent bejahten die Frage uneingeschränkt und nur noch 33% mit „eher ja“. Im Mittelwert ergibt sich daraus zwar nur eine arithmetische Ergebnisveränderung von einem Wert von 1,77 auf 2,04, darauf kommt es aber im Sinne der Aussagekraft zur individuellen Neubewertung nicht an, denn signifikant ist, dass sich die Einschätzung eines uneingeschränkten „ja“ von 13% auf 38% erhöht hat. Ein Viertel der Trainer hat nach seiner Selbsteinschätzung deshalb nicht zuletzt für sich im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern eine

Verbesserung erzielt. Aus dieser Veränderung lässt sich allerdings nicht ableiten, welche Komponenten der Fortbildung dazu geführt haben. Fest steht nur, dass die Inhalte der Fortbildung zu einer Änderung der Selbsteinschätzung geführt haben. Das mag bei jedem Befragten unterschiedliche Gründe (welche Komponenten ihn besonders angesprochen haben) gehabt haben.

Auch die Kategorie **Motivation** erfuhr eine signifikante Veränderung. Vor der Fortbildung gaben 44% der Teilnehmer „eher ja“ an, was ihre Motivation anbelangte. Nach der Fortbildung waren es 63% der Teilnehmer. Für ein Fünftel hat sich durch die Fortbildung, im Hinblick auf ihre eigene Motivation, eine positive Veränderung eingestellt. Wodurch diese bewirkt wurde, lässt sich aus den Antworten der Trainer zwar nicht ableiten jedoch kann man annehmen, dass die Fortbildungsmaßnahme auf Grund der Wissensvermittlung generell geeignet ist, die Motivation der Trainer deutlich zu steigern.

35% der Teilnehmer gaben an, dass sie „eher kein“ **Fachwissen** besitzen und 23% gaben „nein“ an, verfügten nach ihrer Angabe also über keinerlei Fachwissen über Störungen im Bereich von Verhaltensauffälligkeiten und sportkinesiologischen Trainingsmethoden. Nach der Fortbildung hat sich dieses Bild erwartungsgemäß verändert, sodass 38% der Teilnehmer angaben, jetzt „eher schon“ Fachwissen zu besitzen und 27% die Frage uneingeschränkt „bejahten“. Die Veränderung hat, wie die Zahlen zeigen, allerdings nur in kleinerem Umfang stattgefunden. Daraus kann man wiederum schlussfolgern, dass eine singuläre Fortbildung nicht ausreicht, um den Trainern nachhaltiges und umfangreicheres Fachwissen zu vermitteln. Auch das war zu erwarten, da jedem Lehrenden und Lernenden bewusst ist, dass lediglich eine vertiefte Wiederholung von neu Erlerntem zu dauerhaftem Wissenszuwachs führt. Fraglich ist, ob auch bei ausgedehnteren Fortbildungsveranstaltungen das angestrebte Ziel erreicht werden kann, da die Trainer bereit sein müssten, in ihrer Freizeit an solchen Fortbildungsprogrammen teilzunehmen.

Vor Durchführung der Fortbildung gaben 39% der Trainer an, dass sie mit verhaltensauffälligen Kindern „eher nicht“ **belastet bzw. überanstrengt** sind. Nach der Fortbildung änderte sich diese Einschätzung minimal ins Negative, da 42% angaben, dass sie in solchen Situationen „eher schon“ belastet bzw. angestrengt sind. Nachdem es in den Kategorien Überforderung, Spaß, Motivation und Fachwissen jeweils zu einer Verschiebung der Beurteilung ins Positive kam, hinterlässt diese Antwort zunächst Ratlosigkeit. Nüchtern betrachtet führt damit eine objektivierbare Verbesserung im Verständnis und

Umgang mit betroffenen Kindern (durch den Zuwachs von Kenntnissen) nicht automatisch zu einer subjektiven und emotional positiver belegten Bewertung, was das Gefühl der Belastung und Anstrengung betrifft, wenn verhaltensauffällige Kinder in der Trainingsgruppe sind.

Das könnte bedeuten, dass der Beginn oder auch eine nachhaltige Veränderung in dieser Bewertung für sich selbst Zeit braucht, um auch die emotionale Seite des handelnden Trainers zu beeinflussen. Oftmals verliert sich das Gefühl der Anstrengung und Belastung allein durch wiederkehrenden vertieften Umgang mit der Situation. Dies wird jedoch ein im höchstem Maße individueller Prozess sein, abhängig von der jeweiligen Trainerpersönlichkeit, sodass es interessant wäre, dieser Fragestellung im Abstand von etwa einem oder zwei Jahren nochmals nachzugehen. Dann könnte aus reiner Spekulation über die Ursache eine objektivierbare Erklärung werden.

Tabelle 26: Gegenüberstellung Prä und Post Fragebogen – Teil 1 Selbsteinschätzung

	<i>PRÄ Fragebogen</i>				<i>POST Fragebogen</i>					
	<i>Arithmetisches Mittel</i>	Ja (3)	Eher Ja (2)	Eher Nein (1)	Nein (0)	<i>Arithmetisches Mittel</i>	Ja (3)	Eher Ja (2)	Eher Nein (1)	Nein (0)
Gefühl der Überforderung	1,17	8%	28%	36%	28%	0,86	0%	14%	58%	28%
Spaß/Freude	1,77	13%	54%	31%	2%	2,04	38%	33%	25%	4%
Motivation	1,50	13%	44%	25%	19%	1,81	15%	63%	13%	10%
Fachwissen	1,33	15%	27%	35%	23%	1,73	27%	38%	17%	19%
Anstrengung/Belastung	1,53	14%	36%	39%	11%	1,53	11%	42%	36%	11%

6.1.2 Umgang mit Kindern

In Tabelle 29 werden die Auswertungen über den *Umgang mit den Kindern* des Prä- und Post-Fragebogens miteinander verglichen. Markiert wurden jeweils die häufigsten Nennungen (in fett gedruckt). Da es bei der Verwendung der verschiedenen Trainingsmethoden kein objektiv ermittelbares gut oder schlecht gibt, wurden hier die häufigsten Nennungen nicht mit grün bzw. rot bewertet. Das bedeutet für die nachfolgende Interpretation der Ergebnisse, dass es sich um eine rein subjektive Auswertung der Rückmeldungen der

Trainer handelt, die im Speziellen von der konkreten Trainingsgruppe und den konkreten Wahrnehmungen des jeweiligen Trainers abhängt. Objektiv wiederholbare oder beurteilbare Ergebnisse lassen sich daraus selbstverständlich nicht ableiten. Vielmehr handelt es sich um ein Stimmungsbild, eine „Einzelaufnahme“. Für die Interpretation des Erfolgs des Trainingskonzeptes (mit Erfolg ist hier eine Veränderung in der Wahrnehmung und im Umgang der Handelnden gemeint, also wiederum ein rein subjektiver Faktor) sind aber auch diese subjektiven Wertungen der einzelnen Trainer von Interesse, da sich aus vielen subjektiven Einzelbewertungen möglicherweise eine Tendenz in der Wahrnehmungsvariabilität erkennen lässt. Mit aller Vorsicht könnte man daraus aus subjektiven Wertungen eine objektivierbare Wahrnehmungsrichtung erkennen.

Bei den **psychologischen Trainingsmethoden** ging es um Strategien wie zum Beispiel „Geduld“, „Belohnungssystem“, „Rhythmisierung“ und „Bestrafungsmaßnahme: Kind eine kurze Zeit auf die Bank setzen“. Sie wurden von den Trainern im vorher-nachher-Vergleich nicht signifikant unterschiedlich bewertet. Auffällig war, dass nahezu ein Fünftel der Trainer psychologische Ansätze als „nicht gut“ und ein weiteres Fünftel der Trainer als „eher nicht gut“ wertete.

Nachdem etwa zwei Fünftel aller befragten Trainer psychologische Ansätze als „nicht/eher nicht gut“ bewerteten, lohnt es sich für die Interpretation dieser Wahrnehmung einzelne Subkategorien näher zu betrachten. Die nachfolgende Tabelle 27 wertet die Antworten zu den einzelnen Subkategorien aus:

Tabelle 27: Auswertung Prä- und Post-Fragebogen - psychologische Ansätze

	<i>PRÄ- Fragebogen</i>				<i>POST-Fragebogen</i>			
	Nicht gut	Eher nicht gut	Eher gut	Gut	Nicht gut	Eher nicht gut	Eher gut	Gut
Geduld	0%	0%	42%	58%	0%	0%	33%	67%
Sonderbehandlung des verhaltensauffälligen Kindes	25%	58%	17%	0%	25%	50%	25%	0%
Disziplin	8%	0%	50%	42%	0%	0%	25%	75%
Verhaltensauffälliges Kind immer in der ersten Reihe haben	33%	42%	17%	8%	8%	42%	42%	8%
Rhythmisierung (immer gleiche Struktur des Trainings)	0%	8%	33%	58%	8%	8%	25%	58%
Bestrafungsmaßnahme: Kind eine kurze Zeit auf die Bank setzen	33%	17%	33%	17%	33%	33%	25%	8%
Konsequenz	0%	0%	25%	75%	0%	0%	25%	75%
Belohnungen	17%	8%	67%	8%	17%	25%	50%	8%
Kind unter Druck setzen (z.B. „Wenn du nicht endlich aufpasst, dann...“)	67%	33%	0%	0%	58%	33%	8%	0%

Sieht man sich die Einzelauswertung an, ergibt sich ein eindeutiges Bild, welche Subkategorien der psychologischen Ansätze von nahezu zwei Fünftel der Trainer als „nicht/eher nicht gut“ bewertet wurden. Signifikant ist, dass alle repressiven Maßnahmen, also „Sonderbehandlung des verhaltensauffälligen Kindes“, „Bestrafungsmaßnahme: Kind eine kurze Zeit auf die Bank setzen“ und „Kind unter Druck setzen (z.B. ‚Wenn du nicht endlich aufpasst, dann...‘)“ in der Summe von den Trainern (zwischen gerundet 70% - 90%) ablehnt werden.

Über die Ursache dieser Bewertung kann im Rahmen dieser Arbeit nur spekuliert werden, weil nicht hinterfragbar ist, warum die Trainer repressive Maßnahmen für ungeeignet halten. Dies mag an der Philosophie der Kampfsportarten liegen, anderen gegenüber mit höchstmöglichem Respekt und Achtung zu begegnen, aber auch dem Zeitgeist geschuldet sein oder der Altersgeneration liberal erzogener Trainer.

Diese Interpretation steht nicht im Widerspruch zur Veränderung in der Sichtweise, wie wichtig für die befragten Trainer Subkategorien wie „Disziplin“ und „Geduld“ waren (Prä-Fragebogen Disziplin 42% „gut“, Geduld 58% „gut“ und Post-Fragebogen Disziplin 75% „gut“, Geduld 67% „gut“), sondern stärkt diese Annahme. Denn Disziplin ist eines der Leitbilder der Ausbildung im Kampfsport und Geduld Ausdruck von Respekt und Achtung dem anderen gegenüber.

In der Struktur der Fragebögen gab es ein relatives Zahlen-/Beispielmäßiges Ungleichgewicht in den Subkategorien der einzelnen Kategorien (siehe Kapitel 2.4 Gezielte Fördermöglichkeiten für verhaltensauffällige Kinder), was zur größeren Interpretationsmöglichkeit der Antworttendenzen der Trainer im Bereich psychologischer Ansätze führte.

Die **motorischen Trainingsmethoden** schließen „Entspannungseinheiten“ und „ständige Beschäftigung des verhaltensauffälligen Kindes“ ein. Im Bereich der motorischen Trainingsmethoden fiel die Prä- und Postbewertung der Befragten mit lediglich geringen prozentualen Abweichungen identisch aus, was den Nutzen der genannten Kriterien anbelangt.

Zu den **verbalen Ansätzen** gehören die Strategien „verhaltensauffälliges Kind immer beim Namen ansprechen (anstelle von ‚du...‘)“ und „klare, kurze Anweisungen“. Das Kind direkt beim Namen zu nennen wurde nach der Fortbildung von allen 12 Trainern als „gut“ befunden. Nur 2 Trainer kreuzten an, dass klare, und kurze Anweisungen „eher gut“ sind. Dies führt zu dem Ergebnis, dass nach der Fortbildung der Mittelwert bei 2,92 liegt, also nahezu alle Trainer bewerteten die verbalen Ansätze mit „gut“.

„Das Kind mit der Hand an der Schulter zu berühren“ zählt zu den **physischen Trainingsmethoden**. Hier ist eine deutliche Änderung festzustellen. Die Methode, dem Kind bei unruhigem oder störendem Verhalten die Hand auf die Schulter zu legen, wurde den Trainern während der Fortbildung sehr ans Herz gelegt. Dieser für viele Trainer neue Ansatz wurde offensichtlich ausprobiert und von nahezu allen als „eher gut“ oder „gut“ bewertet (Prä-Fragebogen 58%; Post-Fragebogen: 83%). Lediglich 8%, also ein Trainer kreuzte „nicht gut“ (Prä-Fragebogen 25%, entspricht 3 Trainern) an und ein weiterer Trainer „eher nicht gut“ (Prä-Fragebogen 17%, entspricht 2 Trainern).

Tabelle 28: Gegenüberstellung Prä und Post Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern/ Trainingskonzepte

	<i>PRÄ Fragebogen</i>					<i>POST Fragebogen</i>				
	<i>Arithmetisches Mittel</i>	Nicht gut (0)	Eher nicht gut (1)	Eher gut (2)	Gut (3)	<i>Arithmetisches Mittel</i>	Nicht gut (0)	Eher nicht gut (1)	Eher gut (2)	Gut (3)
Psychologisch	1,70	20%	19%	31%	30%	1,79	17%	21%	29%	33%
Motorisch	2,00	13%	17%	29%	42%	2,17	4%	25%	21%	50%
Verbal	2,67	4%	0%	21%	75%	2,92	0%	0%	8%	92%
Physisch	1,58	25%	17%	33%	25%	2,25	8%	8%	33%	50%

6.1.3 Beobachtungen an verhaltensauffälligen Kindern

In Tabelle 30 werden die Auswertungen über die *Beobachtungen an verhaltensauffälligen Kindern* des Prä- und Post-Fragebogens miteinander verglichen. Dies dient dazu, herauszufinden, ob die Fortbildung zu einer differenzierteren Symptomerkennung durch die Trainer geführt hat.

Lediglich die Kategorie „Aufmerksamkeitsstörung“ hat sich im Vergleich zum Prä-Fragebogen minimal in Richtung „Genau oder häufig zutreffend“ bewegt. Die Einschätzung der Kategorie „soziale Probleme“ ist nach der Fortbildung mit einem Mittelwert von 0,63 gleich geblieben. Hingegen haben sich die Ergebnisse der Kategorien „aggressives Verhalten“, „Angst/Depressivität“ und „delinquentes Verhalten“ nach der Fortbildung minimal in Richtung „nicht zutreffend“ verschoben.

Mit aller Vorsicht im Hinblick auf die geringe Anzahl der Teilnehmer (Stichprobe n=12) lässt sich aus den Einzelwerten des Prä- und Post-Fragebogens zu den Kategorien soziale Probleme, Angst/Depressivität und delinquentes Verhalten erkennen, dass das Verständnis für Art und Ursache von Verhaltensauffälligkeiten in dem Sinne gestiegen ist, als die Etikettierung als delinquentes Verhalten von einem Viertel auf ein Fünftel gesunken ist (Prä-Fragebogen delinquentes Verhalten „genau oder häufig zutreffend“ 25%, Post-Fragebogen 21%). Die Bewertung im Hinblick auf Angst/Depressivität ist von 17% auf 8% („genau oder häufig zutreffend“) gesunken und die Einschätzung in der Kategorie soziale Probleme von 13% auf 8% („genau oder häufig zutreffend“).

Diese Erkenntnis ist insofern plausibel, als dass üblicherweise Wissenszuwachs zu differenzierteren Betrachtungsweisen führt und dadurch stereotype Betrachtungsweisen aufgelöst werden können.

Dieser Interpretation liegt aber naturgemäß auch ein Stereotyp zugrunde, weil der kurze Zeitraum von 4 Monaten zwischen der Abfrage Beobachtungen durch die Trainer vor der Fortbildung und nachher, sehr kurz ist, um nachhaltige Veränderungen feststellen oder gar belegen zu können.

Die nächste Unsicherheit liegt darin, ob im Betrachtungszeitraum auch tatsächlich diagnostizierbar verhaltensauffällige Kinder in den Trainingsgruppen der Befragten waren, oder der Fokus der Beobachtungen nur aufgrund der Inhalte der Fortbildung verschoben war, was zur Folge gehabt haben könnte, dass ursprünglich nicht als verhaltensauffällig wahrgenommene Kinder als solche wahrgenommen wurden.

Tabelle 29: Gegenüberstellung Prä und Post Fragebogen – Teil 3 Beobachtungen an verhaltensauffälligen Kindern

	<i>PRÄ Fragebogen</i>				<i>POST Fragebogen</i>			
	<i>Arithmetisches Mittel</i>	Nicht zutreffend (0)	Etwas oder manchmal zutreffend (1)	Genau oder häufig zutreffend (2)	<i>Arithmetisches Mittel</i>	Nicht zutreffend (0)	Etwas oder manchmal zutreffend (1)	Genau oder häufig zutreffend (2)
Aufmerksamkeitsstörung	1,13	20%	48%	33%	1,16	20%	43%	36%
Aggressives Verhalten	0,98	31%	40%	29%	0,93	35%	37%	28%
Soziale Probleme	0,63	50%	38%	13%	0,63	46%	46%	8%
Angst/Depressivität	0,67	50%	33%	17%	0,54	54%	38%	8%
Delinquentes Verhalten	1,04	21%	54%	25%	0,88	33%	46%	21%

6.1.4 Weitere Interpretationen

Wie in der Ergebnisdarstellung bereits erwähnt, entstand der Eindruck, dass die sportkinesiologischen Fördermöglichkeiten im Vergleich zu den pädagogischen Fördermöglichkeiten nicht so häufig umgesetzt wurden. Dass die sportkinesiologischen Fördermöglichkeiten nicht von allen Trainern umgesetzt wurden bzw. umgesetzt werden konnten, kann daran liegen, dass nahezu alle Trainer in der Fortbildung das erste Mal mit diesem Thema

konfrontiert wurden. Viele können sich unter Sportkinesiologie wenig vorstellen und bräuchten eventuell eine weitere Fortbildungsmaßnahme, um diese Thematik zu vertiefen und die Durchführung der sportkinesiologischen Übungen zu intensivieren. Denn der Eindruck während des praktischen Teils der Fortbildung war dem schriftlichen Ergebnis der Abfrage völlig entgegengesetzt. Die Teilnehmer an der Fortbildung haben die einzelnen, von Klingelhöffer angeleiteten, Übungen mit Spaß und Begeisterung ausgeführt und machten den Eindruck, sie könnten nicht genug neue Anregungen erhalten. Dies spiegelten auch die Antworten des Fragebogens, der direkt im Anschluss an die Fortbildung von den Teilnehmern ausgefüllt wurde, wider. Dabei antworteten neun Trainer auf die Frage „Welche Ideen waren für Sie am wichtigsten?“ mit „praktische Übungen“ (siehe Tabelle 16; Seite 65).

Augenscheinlich fanden die präsentierten Übungen passiv großen Anklang, können jedoch nach einer einzigen Übungsstunde weitgehend aktiv nicht vermittelt werden. Wie sich Tabelle 22 (Seite 72) entnehmen lässt, wurden von den an der Fortbildung teilnehmenden Trainern in ihren eigenen Trainingsstunden mit den Kindern lediglich die strukturell ganz einfach durchzuführenden Übungen, wie zum Beispiel die Liegende Acht, Tennisbälle übergeben und Dehnübungen durchgeführt, nicht aber komplexere Trainingseinheiten, die beide Gehirnhälften unter Stress setzen.

Auch das war ein zu erwartendes Ergebnis, da Neuerungen erst durch häufige Wiederholungen aktiv ausgeführt und vermittelt werden können.

Eine Frage der offenen Fragestellungen des Fragebogens war, welche Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern im Zeitraum nach der Fortbildung beobachtet werden konnten (siehe Tabelle 23; Seite 73). Hier gaben drei Trainer an, dass keinerlei Veränderungen beobachtbar waren. Andere gaben vereinzelte Veränderungen an, wie beispielsweise, dass die Gruppe mehr motiviert werden konnte, und mehr „solcher Übungen bzw. Aktivitäten“ (Post-Fragebogen Teilnehmer: EIRT16, S. 7) anforderten. Ein anderer Trainer gab an, dass das Kind nun „weniger zapplig“ (Post-Fragebogen Teilnehmer: OLCH10, S. 7) sei. Interessant wäre hier natürlich noch zu wissen, welche Übungen der Trainer angewendet hat, sodass er nun zu einem solch positiven Ergebnis gekommen ist. Auch sehr positiv zu bewerten ist die folgende Antwort eines Trainers: „Mehr Aufmerksamkeit bei mehr persönlichem und direktem Kontakt mit den Kindern“ (Post-Fragebogen Teilnehmer: JOER10, S. 7). Leider fielen, die Antworten der Trainer in diesem Teil

des Fragebogens, insgesamt sehr kurz aus. Das kann entweder daran liegen, dass die Frage nicht präzise genug gestellt wurde oder die Trainer tatsächlich nicht mehr beobachten konnten oder sie wenig Motivation aufbrachten, detaillierte Informationen aufzuschreiben.

Auch die Antworten der Trainer auf die Frage nach nennenswerten Reaktionen auf sportkinesiologische Übungen (siehe ebenfalls Tabelle 23) fiel ernüchternd aus, da sieben Mal mit „nein“ und nur einmal mit „eher gut – Tennisbälle übergeben“ geantwortet wurde.

Nicht zuletzt muss auch die Qualität der erstellten Fragebögen kritisch reflektiert werden. Im Nachhinein hat sich herausgestellt, dass einige Fragen hätten präziser gestellt werden sollen, um bei der Auswertung eindeutiger Antworten erhalten zu können. Als Beispiel hierfür dient der Post-Fragebogen Teil 6 – Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern: „Welche Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern konnten Sie beobachten?“ Bei dieser Fragestellung wäre es sicher besser gewesen, nochmals auf den Zeitraum zu verweisen, also „Welche Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern konnten Sie (im Hinblick auf die letzten vier Monate!) beobachten?“

Gleichwohl war es auch wichtig offene Fragen mit aufzunehmen, in der Hoffnung, differenzierte Antworten ohne beschränkende Vorgaben zu erhalten. Dies hat allerdings die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse, hinsichtlich zum Teil eher unverständlicher Antworten der Trainer zu einzelnen Fragen, erschwert (zum Beispiel „Welche sportkinesiologischen Übungen haben Sie übernehmen können?“ wurde beantwortet mit „verschiedene Übungen“ (Post-Fragebogen Teilnehmer: AUUD01, S. 6)) bzw. aufgrund Antworten, die nichts mit der Frage zu tun hatten, unmöglich gemacht (zum Beispiel wurde auf die Frage „Welche Veränderung bei verhaltensauffälligen Kindern konnten Sie beobachten?“ mit „leite Jugendgruppe 10-14 Jahre seit 1. Jahr; die Aufteilung in 2 Gruppen läuft sehr gut. Jeder hat die Möglichkeit durch sein Verhalten u. seine Lust in die 2. Gruppe ‚Fortgeschritten‘ wechseln [...]“ (Post-Fragebogen Teilnehmer: AUUD01, S. 7) beantwortet).

6.2 Bewertung der Hypothesen

Im Folgenden werden die eingangs aufgestellten Hypothesen bewertet:

1. Eine Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema ‚Verhaltensauffällige Kinder‘ führt zu einer *Veränderung der Selbsteinschätzung der Trainer*.

Diese Hypothese wird durch die gewonnenen Erkenntnisse bestätigt. Wie Tabelle 26 (Seite 79) zeigt, sank das Gefühl der Überforderung im arithmetischen Mittel nach der Fortbildung vom Ausgangswert vor der Fortbildung von 1,17 auf 0,68. Spaß und Freude am Training stiegen von einem arithmetischen Mittel von 1,77 (Prä-Fragebogen) auf 2,04 (Post-Fragebogen). Auch Motivation und Fachwissen haben sich jeweils verbessert (Einzelheiten siehe Tabelle 26). Lediglich die Frage nach der Anstrengung und Belastung, die durch verhaltensauffällige Kinder in der Gruppe entsteht, blieb unverändert (Mittelwert 1,53). Wie die aufgezeigten Kategorien (Gefühl der Überforderung; Spaß und Freude; Motivation; Fachwissen und Anstrengung/Belastung) und die von den Trainern gegebenen Antworten zu diesen Kategorien zeigen, fand auf Grund der Fortbildung eine ganz erhebliche Veränderung der Selbsteinschätzung der Trainer im Bezug auf ihre emotionale und rationale Wahrnehmung in der sozialen Interaktion mit verhaltensauffälligen Kindern im Training statt. Zwar fanden die Trainer Anstrengung und Belastung, die durch verhaltensauffällige Kinder in der Gruppe entsteht, vor und nach der Fortbildung unverändert, jedoch haben sich die vier weiteren Kategorien sowohl im emotionalen als auch im rationalen Bereich der Wahrnehmung zum Positiven verändert.

Alleine diese Veränderungen in der Selbsteinschätzung zeigen die hohe Bedeutung von Fortbildungen, wenn es um die Interaktion zwischen Menschen in regelmäßig wiederkehrenden Situationen geht, wie beispielsweise in sozialen Gruppen, in denen sich manche Mitglieder abweichend von der angenommenen Regel verhalten. Denn der Wissenszuwachs durch den Fortbildungsinhalt führt zu einem Abnehmen von Vorurteilen und einer unbewusst ablehnenden Haltung, wie sie oft im Gefühl der Überforderung und dem Fehlen von Spaß und Freude zum Ausdruck kommt.

2. Eine Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema ‚Verhaltensauffällige Kinder‘ führt zu einer *Veränderung im Umgang mit Kindern*.

Auch diese Hypothese hat sich nach Auswertung der Fragebögen bestätigt (siehe Tabelle 28; Seite 83). Die Trainer haben sich aktiv mit den Inhalten der Fortbildung auseinandergesetzt und größtenteils versucht, diese auch in ihrem Training umzusetzen und langfristig zu integrieren. Am deutlichsten zeigte sich dies im Bereich verbaler und physischer Trainingskonzepte. Im Bereich der verbalen Ansätze (mit Namen ansprechen; kurze Anweisungen) fanden nach Durchführung der Fortbildung 92% der Trainer, dass dies eine gute Möglichkeit sei mit den betroffenen Kindern umzugehen. Vor der Fortbildung fanden dies nur 75% der Trainer. Bei dem physischen Ansatz (Hand auf Schulter legen) fanden nach der Fortbildung 50% der Trainer, dies sei eine gute Möglichkeit mit den Kindern umzugehen, vor der Fortbildung waren dies nur 25%.

Auch das zeigt, dass Fortbildungen mit ihren spezifischen Wissensinhalten nicht nur zu einer subjektiven Veränderung (Selbsteinschätzung), sondern auch zu einer objektiv umsetzbaren Veränderung im Verhalten innerhalb einer sozialen Gruppe führen können (Veränderung der Umgangsformen). Diese Veränderungen können, da die Inhalte zielgerichtet gewählt sind, somit zu einer Verbesserung im Umgang miteinander führen. Verbesserung in diesem Zusammenhang meint, dass die Interkateure lernen, effektiver auf ihre wechselseitigen Bedürfnisse einzugehen.

3. Eine Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema ‚Verhaltensauffällige Kinder‘ führt zu einer *differenzierteren Symptomerkenntnis*.

Die Beurteilung der dritten Hypothese stellt sich als nicht ganz einfach heraus. Tatsächlich änderte sich die Symptomerkenntnis im Post-Fragebogen im Vergleich zum Prä-Fragebogen (siehe Tabelle 29; Seite 84). Allerdings lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht herauslesen, warum sich die Wahrnehmung der Trainer bezüglich der Symptomerkenntnis von Verhaltensauffälligkeiten veränderte. Ungeklärt ist, ob sich lediglich die subjektive Wahrnehmung der Trainer aufgrund des Wissenszuwachs aus der Fortbildung änderte oder ob tatsächlich aufgrund des Verhaltens vermeintlich betroffener Kinder objektiv etwas (mehr) zu erkennen war. Hier könnte der Effekt der *self-fulfilling prophecy* eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Der Trainer betrachtet die Situation neu mit dem Erlernten und erkennt nur deshalb vermehrt Symptome oder Merkmale von

Verhaltensauffälligkeiten, obwohl das objektiv nicht zu rechtfertigen ist. Dadurch wird das Merkmal als real definiert, obwohl es möglicherweise real gar nicht existiert. Ziel und Inhalt der Fortbildung war ja auch nicht, medizinisch-psychologisch fundiertes Wissen zur Diagnostizierung von Verhaltensauffälligkeiten zu vermitteln, sondern lediglich Sensibilitäten im Umgang mit als verhaltensauffällig empfundenen Kindern zu wecken.

Die Hypothese lässt sich damit weder verifizieren, noch falsifizieren.

6.3 Reflexion der Fortbildung

Mit den Inhalten der Fortbildung wurden die Kampfsporttrainer dazu angeregt, sich intensive Gedanken darüber zu machen, was sie mit ihrem Training bei den einzelnen Kindern bewirken können. Die Fortbildungsinhalte sollten die Trainer unterstützen und ihnen Hilfestellungen geben, wenn sie Schwierigkeiten im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern haben. Dazu dienen ihnen auch längerfristig abrufbar das Handout über die pädagogischen Fördermöglichkeiten, sowie der Lehrfilm über sportkinesiologische Übungen.

Im Nachhinein wäre es sicherlich, für eine noch bessere Einschätzung der Fortbildung, gut gewesen, wenn das Training von mir persönlich beobachtet worden wäre. Zum Beispiel ein Besuch im Training vor der Fortbildung, ein weiterer Besuch des Trainings nach zwei Monaten und ein letzter Besuch nach vier Monaten. So hätte ich mir selbst ein Bild davon machen können, wie die Trainer die Fortbildungsinhalte umsetzen und wie diese auf die Kinder wirken. Dabei könnte man sich in der Rolle des Beobachters gezielt auf verschiedene Punkte konzentrieren und direkt während des Trainings schriftlich festhalten.

Für die Reflexion der Fortbildung bietet es sich an dieser Stelle an, den Fragebogen, der direkt nach der Fortbildung ausgefüllt wurde, nochmals zu betrachten.

Dabei gab ein Teilnehmer der Fortbildung an, dass der Kinsporth-Teil der Fortbildung leider zu schnell behandelt wurde. Andere Teilnehmer, insgesamt vier an der Zahl, gaben an, dass noch mehr praktische Übungen in die Fortbildung eingebaut werden sollten.

Diese Äußerungen der Teilnehmer belegen ein Problem genereller Art, das in kompakt gehaltenen Fortbildungen unvermeidbar erscheint: Die Fülle an Inhalten, die für die

Teilnehmer neu sind, können nicht in kurzer Zeit aufgenommen und dauerhaft wieder abgerufen werden. Deshalb wäre für eine Weiterentwicklung der Fortbildung sicher eine Art Modulbaukasten hilfreich, also zunächst eine allgemein gehaltene Fortbildung zur Sensibilisierung für das Thema und nachfolgend mehrere Untereinheiten, in denen jeweils vertieft spezifische Probleme abgehandelt werden. Dadurch könnte eine langfristig verfügbare Wissensvermittlung erreicht werden, begleitet von vielen praktischen Übungen. Gerade das wäre wichtig, weil die Auswertung des Post-Fragebogens gezeigt hat, dass die Mehrzahl der Teilnehmer, die in der Fortbildung erlernten Übungen im eigenen Training gar nicht umsetzt.

Ein weiterer wichtiger Hinweis eines Trainers war, dass die Altersgruppen im Training im Vorhinein abgeklärt werden müssten. Vereinzelt gab es Trainer, die auch kleine Kinder (im Alter von ca. 5-6 Jahren) trainieren und mit diesen die vorgeschlagenen Übungen nur schwer umsetzbar sind.

Für die Planung einer weiteren Fortbildung wäre es sicher gewinnbringend, nicht nur Sportkinesiologie einzubinden, sondern auch Trainer mit spezifischen Erfahrungen im Bereich Kampfsport und verhaltensauffällige Kinder. Diese könnten nicht nur allgemeingültige Fördermöglichkeiten an die Teilnehmer der Fortbildung weitergeben, sondern auch Erfahrungen aus der Praxis mit den Trainern aus dieser spezifischen Sparte teilen.

Zu guter Letzt wird an dieser Stelle auf die eingangs aufgestellten fünf Ziele der Fortbildung (Seite 3) eingegangen und hinterfragt, inwieweit diese (nachprüfbar) erreicht wurden:

1. Wissenszuwachs über Merkmale verhaltensauffälliger Kinder (vertieft ADHS)

Durch den theoretischen Input der Fortbildung haben die Trainer einen Wissenszuwachs über die Besonderheiten verhaltensauffälliger Kinder erhalten, vertieft zu Kindern mit ADHS. Fraglich - und nicht überprüfbar - ist, ob dieser Wissenszuwachs nachhaltig und für ihre praktische Tätigkeit förderlich ist. Wegen der bereits zitierten Äußerungen der Trainer im Rahmen der Post-Befragung, dass Teile der theoretischen Fortbildung zu schnell behandelt wurden, ist ungewiss, ob das vermittelte Wissen den Trainern in Zukunft helfen wird, ihre Kampfsportschüler besser zu verstehen und ein gezielteres Reagieren bzw. Eingehen auf ihr Verhalten erfolgen kann.

2. Wissenszuwachs zur Trainingsmethode Sportkinesiologie

Das Thema Sportkinesiologie war für die große Mehrzahl der Teilnehmer neu. Umso mehr gilt hinsichtlich der Erreichung dieses Ziels das unter Ziffer 1 dargelegte, nämlich die Frage, ob das vermittelte Wissen nachhaltig verfügbar und umsetzbar ist. Noch mehr als in Bezug auf das Gelernte über *Merkmale verhaltensauffälliger Kinder* erscheint das zweifelhaft. Denn zum einen gaben die Trainer an, dass gerade der sportkinesiologische Teil der Fortbildung zu schnell behandelt wurde, zum anderen hätten sie sich noch mehr praktische Übungen gewünscht. Schließlich steht nach Auswertung des Post-Fragebogens fest, dass viele in ihren eigenen Trainingsstunden, die mit Begeisterung in der Fortbildung ausgeführten Übungen selbst nicht umgesetzt haben. Es steht deshalb zu befürchten, dass dieses Ziel mit nur einer Fortbildungseinheit nicht erreicht wurde. Lediglich dann, wenn die Trainer bereit sind, sich in ihrer Freizeit weiterhin mit der Thematik zu beschäftigen, was durch die verteilten Handouts und den zur Verfügung gestellten Lehrfilm möglich wäre, könnte langfristig das aufgestellte Ziel erreicht werden. Dies hängt aber in ganz erheblichem Maße von der Eigeninitiative der Trainer ab, sodass die Fortbildung allenfalls als Denkanstoß gewirkt haben kann.

3. Vermittlung von Reaktionsmöglichkeiten auf störendes Verhalten im Training (pädagogische und sportkinesiologische Fördermöglichkeiten)

Mit Hilfe des Handouts über die pädagogischen Fördermöglichkeiten, die Power Point Präsentation über Sportkinesiologie und einem Lehrfilm über praktische Übungen (Klingelhöffer), haben die Trainer ein Nachschlagewerk, um Erlerntes jederzeit auffrischen zu können, damit die (größtenteils) neuen Ideen im Training umsetzbar sind.

Aktiv wurde dieses Ziel durch die durchgeführte Fortbildung und Übergabe der genannten Arbeitsmittel erreicht. Im Rahmen dieser Arbeit kann allerdings nicht überprüft werden, ob die Trainer künftig auf die Arbeitsmittel tatsächlich zurückgreifen werden.

4. Reflektion des durch die Trainer durchgeführten Trainings

Ziel der Fortbildung war es auch, den Trainern ans Herz zu legen, ihr Training zu reflektieren, stetig zu verbessern und zu adaptieren. Dies soll vor allem dazu dienen, ein optimiertes Training zu gestalten, was sich wiederum auf die Motivation der Trainer und

Schüler positiv auswirken soll. Dass dieses Ziel erreicht wurde, ergibt sich aus der Auswertung der Post-Fragebögen. Allein durch Beantwortung der in den Post-Fragebögen enthaltenen Fragestellungen, zum Beispiel zum Gefühl der Überforderung oder der Motivation, wurde bereits ein reflektorischer Prozess in den einzelnen Trainern in Gang gesetzt.

5. Trainingsoptimierung und Adaption von Trainingsmethoden nach den individuellen Bedürfnissen verhaltensauffälliger Kinder

Aufbauend auf der Vermittlung von Reaktionsmöglichkeiten und dem Wissenszuwachs (Ziffern 1-3) sowie des Reflektionsprozesses (Ziffer 4) sollte bei den einzelnen Trainern eine Optimierung des Trainings und die Adaption von Trainingsmethoden nach den individuellen Bedürfnissen verhaltensauffälliger Kinder eintreten. Wie die Auswertung der Post-Fragebögen zeigt (vgl. Tabelle 26 - Tabelle 29) haben die Trainer zumindest versucht, neue Strategien auszuprobieren und zu testen. Ein Anfang im Sinne der Zielerreichung wäre damit gemacht. Im Rahmen dieser Arbeit kann die weitere Entwicklung und damit die Nachhaltigkeit der Trainerfortbildung leider nicht verfolgt werden.

6.4 Einbettung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand

Wie bereits bei der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes (siehe Seite 4) aufgezeigt, verarbeitet bisher lediglich eine publizierte Arbeit, nämlich die 2016 erschienene Dissertation von Savard, verschiedene (meist amerikanische) Studien, die sich mit dem Thema Kampfsport und dessen Wirkungen auf von ADHS betroffene Menschen beschäftigen. Zusammengefasst kommt er zum Schluss, dass die Effekte von Kampfsporttraining in der Behandlung von ADHS wissenschaftlich bisher nicht ausreichend erforscht sind.

Unbeschadet der Tatsache, dass es somit keine höchsten wissenschaftlichen Anforderungen genügenden Erkenntnisse zur Annahme gibt, Kampfsport wirke sich positiv auf die Behandlung (von Kindern) von ADHS aus, zeigen die Erfahrungen vieler Therapeuten (vgl. zum Beispiel Kapitel 2.3 Kampfsport und ADHS) und im Kampfsport tätiger Trainer (wie auch die Erfahrungen von den Interviewpartnern Mohr und Kirchner zeigen), dass Bewegung und Disziplin die Symptome von ADHS (positiv) beeinflussen können.

Über diese spezifische Frage hinaus wurde in weiteren Studien (vgl. Kapitel 2.3 Kampfsport und ADHS) festgestellt, dass Sport ganz allgemein hilft, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle zu verbessern.

Der aktuelle Forschungsstand stellt sich mithin so dar, dass es sehr viele Hinweise gibt, Kampfsportarten wirkten sich positiv auf die Symptome von ADHS aus, jedoch keine hinreichend wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse vorliegen, die diese empirischen Erfahrungen unumstößlich belegen.

Diese Arbeit schließt an die These an, dass Kampfsportarten eine gesteigerte Evidenz für sich in Anspruch nehmen können, therapeutisch geeignet zu sein, um verhaltensauffällige Kinder, speziell Kinder mit ADHS emotional und intellektuell zu erreichen. Die Frage der abschließenden wissenschaftlichen Belegbarkeit dieser These wird dabei vernachlässigt.

Wie bereits in der Bachelorarbeit (Vogel 2017) herausgearbeitet, gibt es zum Thema Kampfsport und verhaltensauffällige Kinder eine große Forschungslücke.

Eine Einbettung der Ergebnisse dieser Arbeit in den bisherigen Forschungsstand kann nur eingeschränkt erfolgen, weil bisher niemand den Versuch unternommen hat eine Trainerfortbildung zu entwickeln, die auf die gezielte Förderung verhaltensauffälliger Kinder im Amateursport ausgerichtet ist. Die Einschränkung ergibt sich schon aus dem Ansatz der Arbeit, am Verhalten der Trainer anzusetzen (Teilnehmer der Fortbildung waren ja die Trainer und nicht die betroffenen Kinder), die in die Lage versetzt werden sollten, kenntnisreicher auf die Bedürfnisse verhaltensauffälliger Kinder einzugehen. Der bisherige Forschungsstand zur Frage der Wirkung von Kampfsport auf ADHS setzt hingegen bei den Betroffenen selbst an, hat also eine andere Zielgruppe.

Die Ergebnisse dieser Arbeit passen aber insoweit zum bisherigen Forschungsstand, wie er oben beschrieben ist, als sich durch Befragung der Trainer gezeigt hat, dass nach deren Wahrnehmung tatsächlich vermehrt verhaltensauffällige Kinder bzw. Kinder mit ADHS am Kampfsporttraining teilnehmen (vgl. Tabelle 8, Seite 8) und die Trainer der Auffassung sind, diese Kinder könnten von der Art des Trainings im Hinblick auf ihre Symptome profitieren (vgl. Tabelle 23, Seite 73).

6.5 Limitierung der Aussagekraft der eigenen Arbeit

Wie bereits erwähnt, schränkt die geringe Zahl der Teilnehmer an den Experteninterviews (n=3) als auch die geringe Zahl der Teilnehmer (n=12) an der Fortbildung, die Aussagekraft der erarbeiteten Ergebnisse enorm ein. Dazu muss man sich bewusst machen, dass im Rahmen dieser Arbeit eine Datengewinnung zum einen nur in qualitativer, nicht aber in quantitativer Form möglich war und zudem auch der qualitative Anteil der Datengewinnung nicht den üblichen Anforderungen der statistisch aussagekräftigen Datenerhebung genügt, weil nur eine geringe Zahl von befragten Personen vorliegt. In der Sozialforschung werden im Rahmen qualitativer Datengewinnungsprozesse in der Regel um die 50 Personen befragt (Rüdiger 2013, S.1). Selbst Umfragen in dieser Größenordnung liefern nur ungefähre Hinweise, niemals aber exakte Größen für die Forschungsfrage (Rüdiger 2013, S. 2).

Angesichts der nochmals deutlich geringeren Teilnehmerzahl an der Fortbildung und den Befragungen muss man sich darüber bewusst sein, dass die hier ermittelten Ergebnisse lediglich eine grobe Tendenz widerspiegeln können, was die Beantwortung der jeweils aufgestellten Hypothese anbelangt. Dennoch ist die Untersuchung nicht von vornherein als bedeutungslos anzusehen, weil es bisher auf diesem Forschungsgebiet keinerlei Datenerhebung gibt und die hier ermittelten Ergebnisse als Indikator für zahlreiche weitere Forschungsansätze dienen können.

Auch die Objektivität der Planung der Fortbildung sowie der Auswertung und Interpretation wird reduziert, da die erhobenen Daten lediglich durch eine Person erhoben wurden.

Eine weitere Einschränkung ist, dass es keine gesicherten Diagnosen bezüglich wahrgenommener Verhaltensauffälligkeiten in den Trainingsgruppen der Teilnehmer gibt. Die Einschätzung von Laien, was Verhaltensauffälligkeiten anbelangt, war hierfür maßgeblich.

Um die Validität der Forschungsergebnisse zu gewährleisten, wäre eine Kontrollgruppe erforderlich gewesen. Dies war generell im Rahmen dieser Masterarbeit nicht möglich. Zudem stellte sich heraus, dass es ohnehin schon schwierig war, eine ausreichende Zahl von Teilnehmer für die Fortbildung zu finden.

Erkenntnis fördernd wäre ein weiterer Post-Fragebogen nach 6-9 Monaten nach der Fortbildung gewesen. Nur so hätte man der Frage nachgehen können, ob sich neu erlernte Fördermöglichkeiten langfristig in das Trainingskonzept der teilnehmenden Trainer integrieren ließen und grundlegend, ob die Trainer auch tatsächlich nachhaltig neue Konzepte verfolgt haben.

7 Fazit und Ausblick

Das Feedback der Trainer hat gezeigt, dass erheblicher Fortbildungsbedarf im Bereich des Umgangs mit verhaltensauffälligen Kindern in Trainingsgruppen besteht. Das entwickelte Fortbildungsprogramm wurde von den Trainern wohlwollend aufgenommen.

Die Trainer können mit den Inhalten der Fortbildung künftig Verhalten betroffener Kinder besser verstehen und haben einen ersten „Werkzeugkoffer“ an die Hand bekommen, der ihnen verschiedene Möglichkeiten bietet, wie sie auf auffälliges Verhalten reagieren können. Nicht jede Fördermöglichkeit ist für jedes Kind in gleicherweise geeignet. Es braucht viel Zeit, herauszufinden, wie man mit einem bestimmten Kind optimal interagiert. Natürlich reicht eine singuläre Fortbildung nicht aus, das Kampfsporttraining so zu optimieren, sodass es für jedes Kind die bestmögliche Förderung bietet.

In der Bachelorarbeit wurde unter anderem folgendes Fazit gezogen:

„Mangels Verfügbarkeit spezieller Schulungen für betroffene ehrenamtliche Trainer bleibt es dem Zufall und dem individuellen Gespür des Trainers überlassen, ob Integration durch Adaption der Trainingsmethoden gelingt“ (Vogel 2017, S. 67).

Die Fortbildung stellt einen ersten Schritt dar, die Trainer in dem zu unterstützen, was sie eigentlich erreichen wollen: Kinder optimal zu fördern und ihnen Spaß und Freude am (Kampf-) Sport zu vermitteln.

Um dieses Ziel langfristig erreichen zu können, müssen Trainer auf weitere Schulungsangebote zugreifen können und auch sportartenspezifische Handbücher sollten jederzeit abrufbar sein.

Das Feedback der Trainer auf das durchgeführte Fortbildungsprogramm zeigt, dass alleine durch eine einmalige Fortbildung bei den meisten Trainern zumindest subjektiv der Eindruck entstanden ist, ihr Training mit verhaltensauffälligen Kindern verlaufe auf Grund des hinzugewonnenen Wissens entspannter und die Eigenmotivation wurde

gesteigert. Ihre Rückmeldungen zeigen, dass sie der Auffassung sind, es sei durch Anwendung zum Beispiel verbaler und physischer Interventionsmöglichkeiten zu einer Verbesserung der Integration verhaltensauffälliger Kinder in die Gruppe und zu einer positiven Veränderung des Verhaltens gekommen.

Wie bereits dargelegt, wäre es sinnvoll, eine vertiefte Wissensvermittlung und Schulung mit Übungs- und Interventionsmöglichkeiten im Rahmen eines modularen Aufbaus einer Fortbildung anzubieten, um eine nachhaltigere Wirkung zu erzielen.

Dabei wäre es wichtig, sich nicht nur die Perspektive der Trainer anzuschauen, sondern auch die der Kinder. Das würde eine bessere Verzahnung des wechselseitigen Verständnisses besonderer Bedürftigkeiten verhaltensauffälliger Kinder und deren Trainern ermöglichen.

Im Sinne einer weiteren wissenschaftlichen Aufarbeitung des Themas und Ausarbeitung wissenschaftlich fundierter Trainingsansätze, die gezielt auch therapeutische Wirkung haben könnten, wäre es begrüßenswert, Trainingsprogramme im Rahmen interdisziplinären Austausches zwischen medizinisch und psychologisch geschulten Ärzten und Therapeuten sowie spezifisch erfahrenen Trainern zu entwickeln.

Allerdings darf bei all diesen Ansätzen nicht vergessen werden, dass die Hauptarbeit von ehrenamtlich tätigen Trainern geleistet wird, die echte therapeutische Ansätze im Sinne einer psychologischen oder medizinischen Behandlung von verhaltensauffälligen Kindern nur allenfalls ergänzen, aber nicht ersetzen können.

Sinnvoll wäre eine Weiterentwicklung des Trainingsprogramms schon allein unter dem Aspekt der weiteren Motivation ehrenamtlich tätiger Trainer und der sozialpolitisch erwünschten Integration verhaltensauffälliger Kinder in „Regelsportgruppen“.

Wollte man künftig Kampfsporttraining unter Einschluss verhaltensauffälliger Kinder im Amateurbereich langfristig zum Nutzen betroffener Kinder auch unter pädagogischen und therapeutischen Aspekten gestalten, lässt sich damit zusammenfassend festhalten:

1. Es besteht erheblicher Forschungsbedarf zur Frage, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen Kampfsporttraining geeignet ist, zur gezielten Förderung und Integration verhaltensauffälliger Kinder beizutragen.
2. Wenn Kampfsporttraining zur Förderung und Integration verhaltensauffälliger Kinder beitragen soll, bedarf es im Vorfeld der Durchführung des Trainings im

Amateurbereich gesicherter medizinischer/psychologischer Diagnosen, die den Beteiligten auch bekannt sind.

3. Wenn ehrenamtliche Kampfsporttrainer einen nachhaltigen Beitrag zur Förderung und Integration verhaltensauffälliger Kinder leisten sollen, bedürfen sie der spezifischen Unterstützung und Beratung entsprechend geschulter Fachleute, um individuell auf das Kind eingehen zu können.
4. Unterstützend zur spezifischen Beratung müssen ehrenamtliche Trainer auf Fortbildungsprogramme zurückgreifen können, die ihnen generelle Kenntnisse und Arbeitsmittel an die Hand geben, um ihr Training im Rahmen des allgemeinen Trainings mit Integration verhaltensauffälliger Kinder abhalten zu können.

Diese Ziele könnten Teil eines umfassenden pädagogischen und therapeutischen Ansatzes zur Integration verhaltensauffälliger Kinder sein, also auch Teil eines Behandlungskonzeptes unter Einschluss des ganzen sozialen Umfelds der Betroffenen. Das würde die Inklusion einen weiteren großen Schritt voranbringen.

8 Literatur

Bücher:

- Abelein, Philipp & Stein, Roland (2017): Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Barkley, Russell (2011): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. 3. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer.
- Bundschuh, Konrad (2007): Verhaltensauffälligkeiten. In: Bundschuh, Konrad, Heimlich, Ulrich & Krawitz, Rudi (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. 3. Aufl. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 287-289.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner & Schmidt, Martin (Hrsg.) (2015): ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Dobler, Günter (2004): Kinesiologie in der Naturheilpraxis. Grundlagen – Praxis – Therapieschemata. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Döpfner, Manfred; Frölich, Jan & Lehmkuhl, Gerd (Hrsg.) (2000): Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, Manfred; Frölich, Jan & Lehmkuhl, Gerd (Hrsg.) (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, Manfred; Lehmkuhl, Gerd & Berner, Walter (1994): Handbuch: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Teacher's Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik. Köln
- Ellinger, Stephan (2007): Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität (ADS/ADHS). In: Ellinger, Stephan; Koch, Katja & Schroeder, Joachim (Hrsg.) (2007): Risikokinder in der Ganztagschule. Ein Praxishandbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

- Ettrich, Christine & Ettrich Klaus Udo (2006): Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Heidelberg: Springer.
- Falkai, Peter & Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.) (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Frank, Kai-Uwe (1991): Altchinesische Heilungswege- Das Handbuch der fernöstlichen Naturheilkunde. Wiesbaden: Jopp.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2013): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gawrilow, Caterina (2016): Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gordon, Thomas (1993): Die neue Familienkonferenz. Kinder erziehen ohne zu strafen. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Keding, Christa (2006): Der große Kinesiologie-Ratgeber. Ganzheitliche Heilung durch den Muskeltest. Analytische und psychologische Kinesiologie. Zürich: Oesch Verlag.
- Kemmerich, Rudolf (2017): ADHS von A bis Z. Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Kirchhoff, Sabine; Kuhnt, Sonja; Lipp, Peter & Schlawin, Siegfried (2010): Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 5. Aufl. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Klingelhöffer, Werner (2005): Strategie für den Erfolg. Kinesiologie im Sport für Trainer, Therapeuten und Aktive. Penzberg: TX-Team.
- Klingelhöffer, Werner (2014): Basics der SPORTkinesiologie. Leitfaden für die praktische Anwendung der balancierte Weg für nachhaltiges Training und bessere Leistung. Kinsporth® – Trainingsmethoden nach Dr. med. Werner Klingelhöffer. Bad Tölz: Druckhaus Weber GmbH.
- Krowatschek, Dieter (2015): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- La Tourelle, Maggie & Courtenay, Anthea (1992): Was ist angewandte Kinesiologie? Freiburg im Breisgau: Verl. für Angewandte Kinesiologie.

- Lehmkuhl, Gerd; Adam, Christopher; Frölich, Jan; Sevecke, Kathrin & Döpfner, Manfred (Hrsg.) (2004): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Bremen: Unimed.
- Lesch, Matthias & Förder, Gabriele (1994): Kinesiologie. Aus dem Streß in die Balance. München: Gräfe und Unzer.
- Lienert, Gustav & Raatz, Ulrich (1998): Testaufbau und Testanalyse. 6. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Michael, Tanja; Lass-Hennemann, Johanna & Ehlers, Anke (2018): Lernpsychologische Grundlagen der kognitiven Verhaltenstherapie. In: Margraf, Jürgen, Schneider, Silvia (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. Band 1. 4. Aufl. Berlin: Springer, S. 86-95.
- Misoch, Sabina (2015): Qualitative Interviews. Berlin: De Gruyter.
- Mummendey, Hans Dieter & Grau, Ina (2014): Die Fragebogen-Methode. 6. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Neuhaus, Cordula (2016): ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Niklas, Claudia & Niklas, Andreas (2012): Kinesiologie. Dachau: Kopfgold.
- Petermann, Franz (Hrsg.) (2013): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Rüdiger Jacob; Heinz, Andreas & Décieux, Jean Philippe (2013): Umfrage: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung. 3. Aufl. München: Oldenbourg Verlag.
- Savard, Christopher Michael (2016): Exploring Family Taekwondo And Attention Deficit Disorder. Nipissing University. North Bay, Ontario.
- Schuster, Beate (2017): Pädagogische Psychologie. Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten. Berlin: Heidelberg.

Slomka, Gunda (2015): Faszien – kompakt. Training für das Bindegewebe. Aachen: Meyer & Meyer.

Spinath, Birgit & Brünken, Roland (Hrsg.) (2016): Pädagogische Psychologie. Diagnostik, Evaluation und Beratung. Göttingen: Hogrefe.

Vernooij, Monika (2000): Verhaltensstörungen. In: Borchert, Johann (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 32-45.

Fachzeitschriften:

Alexander, Jeffrey L. (1990): Hyperactive Children: Which Sports Have the Right Stuff? In: The Physician and Sportsmedicine. Vol. 18, No. 4, S. 105-108.

Bruchmüller, Katrin (2011): Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 80, No. 1, S. 128-138.

Gengnagel, Christoph (2002): Arbeitsblätter „Tensegrity“. In: https://www.statik.tu-berlin.de/fileadmin/a363112/Bilder/Veranstaltungen/LNdW2007/Tensegrity_Muster.pdf (10.04.2019)

Klingelhöffer, Werner (2015): Das Training der Faszien – Hype oder ultimative Trainingsmethode? Eine mögliche Antwort aus Sicht eines Sportorthopäden. In: Europäischer Verband für Kinesiologie e.V., September. https://www.kinesiologie-verband.de/uploads/media/09_EVfK_Klingelhoeffler_0915.pdf (03.04.2019)

Klingelhöffer, Werner & Bredy, Nicole (2017): Die Verschiebung der Genialität aus kinesiologischer Sicht. In: Europäischer Verband für Kinesiologie e.V., November, S. 92-93. https://www.kinesiologie-verband.de/uploads/media/11_EVfK_Klingelhoeffler_Bredy_1117.pdf (03.04.2019)

Lakes, Kimberley & Hoyt, William (2004): Promoting self-regulation through school-based martial arts training. In: Applied Developmental Psychology 25, S. 283-302.

Little, Jimmy (2013): Bewegung und Lernen. Mehr Lernleistung durch gezielte Bewegungsübungen. In: Unterricht & Erziehung. November, S. 304-306. http://move-to-change.com/media/pdf/SchVw_HERP_Little__Artikel.pdf (03.04.2019)

Schmeck, Klaus; Albermann, Kurt; Bader, Michel; Hänggeli, Charles Antoine; Ryffel, Meinrad; Zollinger, Marianne & Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Behandlung von Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen. In: Schweiz Med Forum, August, S. 436-439. <http://www.hansguckindieluft.ch/website/data/Schweiz.%20Empfehlungen%20zur%20Therapie%20der%20ADHS%20im%20Kindesalter.pdf> (03.04.2019)

Internetquellen:

Kinsporth (o. J.): Zur Person Klingelhöffer. In: <http://www.kinsporth.de/cms/index.php?id=640> (23.04.2019)

ArtSet® GmbH (2007): Lernorientierte Qualität in der Weiterbildung. QB 5 Qualitätswerkzeug Evaluationsmethoden. In: https://www.vhs-rlp.de/fileadmin/user_data/pdf/Kursleitermappe/Beispiel_f%C3%BCr_Evaluationsbogen.pdf (15.04.2019)

Monografien:

Vogel, Isabel (2017): ADHS und Kampfsport. Eine qualitative Studie über die subjektive Wahrnehmung von Trainern zur Gruppendynamik und Aspekte der Trainingsmethode im Kampfsporttraining mit Kindern mit ADHS.

Gespräche:

Kirchner (Name geändert) (2018): Gespräch am 13.06.2018

Klingelhöffer, Werner (2018): Gespräch am 19.05.2018

Mohr (Name geändert) (2018): Gespräch am 25.06.2018

Springer, Stephan (2018): Gespräch am 25.07.2018

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien für die Diagnose einer ADHS nach den Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl 2013, S. 3)	8
Tabelle 2: Symptomkriterien der ADHS nach den Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl 2000, S. 2).	10
Tabelle 3: Bewertung verschiedener Sportarten im Hinblick auf die Passung der Kernsymptome ADHS (Vogel 2017, S. 19)	14
Tabelle 4: Einteilung der Fragen zur Selbsteinschätzung in Kategorien	43
Tabelle 5: Einteilung der Fragen zu Trainingskonzepten in Kategorien	45
Tabelle 6: Kategorieneinteilung Teil 3 des Fragebogens	47
Tabelle 7: Kategoriensystem Fördermöglichkeiten	51
Tabelle 8 - Tabellarische Zusammenfassung der Stichprobenbeschreibung (Teilnehmer Fortbildung)	56
Tabelle 9: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 1 Selbsteinschätzung	59
Tabelle 10: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern	60
Tabelle 11: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern	60
Tabelle 12: Auswertung Prä-Fragebogen - Teil 3 Beobachtungen verhaltensauffälliger Kinder	61
Tabelle 13: Auswertung offene Fragen (Frage 1)	62
Tabelle 14: Auswertung offene Fragen (Frage 2)	62
Tabelle 15: Fragebogen im direkten Anschluss an die Fortbildung	64
Tabelle 16: Auswertung des Fragebogens direkt nach der Fortbildung	65
Tabelle 17: Auswertung Post-Fragebogen - Teil 1 Selbsteinschätzung	67
Tabelle 18: Auswertung Post-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern	68
Tabelle 19: Auswertung Post-Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern	69

Tabelle 20: Auswertung Post Fragebogen - Teil 3 Beobachtungen verhaltensauffälliger Kinder	70
Tabelle 21: Auswertung Post-Fragebogen Teil 4 - Pädagogische Fördermöglichkeiten	71
Tabelle 22: Auswertung Post-Fragebogen Teil 5 - Sportkinesiologische Fördermöglichkeiten	72
Tabelle 23: Auswertung Post-Fragebogen Teil 6 - Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern.....	73
Tabelle 24: Auswertung Post-Fragebogen Teil 7 - Allgemein	74
Tabelle 25: Auswertung Post-Fragebogen Teil 7 - Allgemein	76
Tabelle 26: Gegenüberstellung Prä und Post Fragebogen – Teil 1 Selbsteinschätzung .	79
Tabelle 27: Auswertung Prä- und Post-Fragebogen - psychologische Ansätze	81
Tabelle 28: Gegenüberstellung Prä und Post Fragebogen - Teil 2 Umgang mit Kindern/ Trainingskonzepte.....	83
Tabelle 29: Gegenüberstellung Prä und Post Fragebogen – Teil 3 Beobachtungen an verhaltensauffälligen Kindern.....	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Achsen des Körpers (Klingelhöffer 2014, S. 8).....	26
Abbildung 2: Linke und Rechte Gehirnhälfte (Klingelhöffer 2014, S. 9).....	27
Abbildung 3: Farbtafel (Klingelhöffer 2014, S. 9).....	28
Abbildung 4: Das Tensegrity Modell (Klingelhöffer 2015, S. 1).....	29
Abbildung 5: Liegende Acht einatmen (Klingelhöffer 2005, S. 18)	31
Abbildung 6: Emotionales Stress-Release (Klingelhöffer 2005, S. 18)	31
Abbildung 7: "Denkmütze" (Klingelhöffer 2005, S. 47).....	32
Abbildung 8: Wach werden (Klingelhöffer 2014, S. 49)	32
Abbildung 9: Ausgangsstellung (Klingelhöffer 2014, S. 61)	32
Abbildung 10: Kontralaterales Bein nach vorne (Klingelhöffer 2014, S. 61).....	33
Abbildung 11: Übung mit Einbezug aller Ebenen in einer Kreisaufstellung (Klingelhöffer 2014, S. 62).....	34

9 Anhang

- Anhang A: Einwilligungserklärung zum Interview
- Anhang B: Prä-Fragebogen
- Anhang C: Fragebogen im direkten Anschluss an die Fortbildung
- Anhang D: Post-Fragebogen
- Anhang E: Leitfaden des Experteninterviews mit Herrn Dr. Springer
- Anhang F: Leitfaden des Experteninterviews mit Herrn Kirchner und Herrn Mohr
- Anhang G: Transkript Herr Dr. Springer
- Anhang H: Transkript Herr Kirchner
- Anhang I: Transkript Herr Mohr
- Anhang J: Power Point Präsentation von Isabel Vogel
- Anhang K: Power Point Präsentation von Dr. med. Werner Klingelhöffer
- Anhang L: Handout Vortrag Isabel Vogel

Anhang A



Einwilligungserklärung zum Interview

Mein Name ist Isabel Vogel, ich studiere den Masterstudiengang „Master of Education“ im 3. Semester an der Universität Augsburg und schreibe derzeit meine Masterarbeit zu folgendem Thema:

Verhaltensauffällige Kinder - speziell Kinder mit ADHS - und Kampfsport

Entwicklung und Evaluation einer Trainerfortbildung zum Thema:

Kenntnisvermittlung über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sowie Sportkinesiologie als Trainingszusatz zur gezielten Förderung verhaltensauffälliger Kinder

Bereits in meiner Zulassungsarbeit habe ich zu diesem Forschungsfeld recherchiert. In diesem Zusammenhang habe ich untersucht, ob Kinder mit ADHS, nach Ansicht der Kampfsporttrainer, einen bedeutsamen Anteil an der Ausprägung der Gruppendynamik haben und wie Trainer ihre Trainings-Methodik adaptieren, um Kinder mit ADHS besser in die Trainingsgruppe zu integrieren, so wie besser vom Training profitieren können. Ergebnis der Zulassungsarbeit war, dass viele der befragten Trainer überfordert sind, da ihnen das nötige Fachwissen über ADHS schlicht fehlt. Dies verwundert allerdings nicht all zu sehr, da sie alle „lediglich“ ehrenamtlich im Verein tätig sind und keine Weiterbildungen zu diesem speziellen Thema haben.

Aus diesem Anlass soll, im Rahmen der Masterarbeit, anhand der durchgeführten Interviews sowie Literatur eine Trainerfortbildung entwickelt werden.

Ich **erkläre mich dazu bereit**, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview/an mehreren Interviews teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts **informiert**. Ich kann das Interview **jederzeit abbrechen**, weitere Interviews ablehnen und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews **zurückziehen**, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird, abgetippt und ausgewertet wird.

Unterschrift.....

Ort, Datum.....

Anhang B



Fragebogen für TeilnehmerInnen am Fortbildungsprogramm zum Thema:

Verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) & Kampfsport

Liebe Teilnehmerinnen, liebe Teilnehmer,

mein Name ist Isabel Vogel, ich studiere im Studiengang „Master of Education“ im 3. Semester an der Universität Augsburg und schreibe derzeit meine Masterarbeit zum Thema:

Verhaltensauffällige Kinder - speziell Kinder mit ADHS - und Kampfsport

Entwicklung und Evaluation einer Trainerfortbildung zum Thema:

Kenntnisvermittlung über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sowie Sportkinesiologie als Trainingszusatz zur gezielten Förderung verhaltensauffälliger Kinder

Bereits in meiner Bachelorarbeit habe ich zu diesem Forschungsfeld recherchiert. In diesem Zusammenhang habe ich untersucht, ob Kinder mit ADHS nach Ansicht der Kampfsporttrainer einen bedeutsamen Anteil an der Ausprägung der Gruppendynamik haben und wie Trainer ihre Trainings-Methodik adaptieren, um Kinder mit ADHS besser in die Trainingsgruppe zu integrieren, um so besser vom Training profitieren zu können.

Ergebnis der Bachelorarbeit war, dass sich viele der befragten Trainer überfordert fühlen, da ihnen das nötige Fachwissen über ADHS fehlt. Das ist verständlich, da diese ehrenamtlich in einem Verein tätig sind und keine Weiterbildungen zu diesem speziellen Thema hatten.

Aus diesem Anlass soll im Rahmen der Masterarbeit anhand von Interviews mit Experten sowie Fachliteratur zu verhaltensauffälligen Kindern eine Trainerfortbildung entwickelt werden, zu der Sie sich bereit erklärt haben teilzunehmen. *Ziel der Fortbildung* ist es einen *bewussten Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern* (z.B. Kinder mit ADHS) zu schaffen so wie gezielte Fördermöglichkeiten kennenzulernen.

Für die Evaluation der Fortbildung wurde ein Fragebogen entwickelt. Diesen bitte ich Sie nun offen und ehrlich auszufüllen. Dabei gibt es kein Richtig oder Falsch! Ihre Antworten sind zu jedem Zeitpunkt anonymisiert und werden nur im Rahmen dieser Arbeit verwendet.

Nach ca. 3 Monaten werde ich Sie erneut bitten einen weiteren Fragebogen auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Isabel Vogel

Kurzüberblick ADHS

Die Abkürzung *ADHS* steht für *Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung*.

Weltweit werden drei Kernsymptome beschrieben:

- *Aufmerksamkeitsstörung*
- *Impulsivität*
- *Hyperaktivität*

Diese Symptome müssen in unterschiedlichen *Lebenssituationen/Bedingungen* auftreten sowie bereits im Kindesalter aufgetreten sein. Heute weiß man, dass ADHS eine *stark genetisch* verursachte, neurobiologische Erkrankung ist.

In dieser Fortbildung wird nicht ausschließlich von diagnostizierten ADHS-Fällen ausgegangen, sondern auch allgemein von *verhaltensauffälligen Kindern*.

Von *verhaltensauffälligen* Kindern spricht man dann, wenn diese durch ungestümes Verhalten wiederholt auffallen oder wenn ein Beobachter das Verhalten eines Kindes als besonders auffällig wahrnimmt.

Um die Fragebögen personenbezogen zuordnen zu können, wird statt Ihres Namens ein anonymer Code verwendet. Mit diesem Verfahren wird in jedem Fall Ihre Anonymität gewahrt.

Ihr persönlicher Code setzt sich aus folgenden sechs Buchstaben und Zahlen zusammen:

1. Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters:

___ ___

2. Die letzten zwei Buchstaben des aktuellen Nachnamens Ihrer Mutter:

___ ___

3. Die ersten zwei Ziffern Ihres Geburtstages:

___ ___

Ihr persönlicher Code: ___ ___ ___ ___ ___ ___

Datum: _____

Geschlecht: _____

Alter: _____

Trainer für: _____

_____ Jahre tätig als Trainer

TEIL 1 – Selbsteinschätzung

Kreuzen Sie an.

NR.		JA	EHER JA	EHER NEIN	NEIN
1.	Es macht mir Freude, verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) zu trainieren.				
2.	Ich fühle mich „allein gelassen“, wenn ich ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) im Training habe.				
3.	Das verhaltensauffällige Kind (z.B. Kind mit ADHS) wird in meiner Trainingsgruppe des Öfteren ausgeschlossen.				
4.	Ich weiß in den meisten Fällen, wie ich mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) umgehe.				
5.	Ich finde es anstrengend ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) in meiner Trainingsgruppe zu haben.				
6.	Ich traue mir zu, mein Training auf die Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) anpassen zu können.				
7.	Ich habe mich schon mal mit dem Thema Sportkinesiologie beschäftigt.				
8.	Manchmal treten in meinem Training Situationen auf, in denen ich nicht weiß, wie ich mit dem verhaltensauffälligen Kind umgehen soll.				
9.	Ich bin mir sicher, dass ich verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) genügend fordern und fördern kann.				
10.	Ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) ist eine Bereicherung für meine Trainingsgruppe.				
11.	Ich fühle mich unsicher, wenn ich ein Kind mit ADHS in meiner Trainingsgruppe habe.				
12.	Ich tausche mich regelmäßig nach dem Training mit den Eltern der betroffenen Kinder aus.				
13.	Ich habe das Gefühl, dass verhaltensauffällige Kinder von meinem Training profitieren.				
14.	Ich bin zuversichtlich, dass ich auf die verschiedenen Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kindern mit ADHS) eingehen kann.				
15.	Ich behandle das (die) verhaltensauffällige(n) Kind(er) anders als die anderen Kinder.				
16.	In meiner Freizeit habe ich mich schon mal mit dem Thema ADHS beschäftigt.				
17.	Ich habe das Gefühl, dass das verhaltensauffällige Kind (z.B. Kind mit ADHS) den Trainingsablauf stört bzw. verzögert.				
18.	Ich kann Kinder für meine Sportart begeistern, unabhängig von ihren verschiedenen Bedürfnissen (z.B. verhaltensauffällige Kinder).				

TEIL 2 – Umgang mit Kindern

Kreuzen Sie an.

NR.		JA	EHER JA	EHER NEIN	NEIN
19.	Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) verhaltensauffällige Kind(er) (z.B. Kinder mit ADHS)?				
20.	Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) Kind(er), bei dem(denen) Sie vermutet haben, dass es eine Form von ADHS hat?				
21.	Ist das verhaltensauffällige Kind in Ihre Trainingsgruppe integriert?				
22.	Wird das verhaltensauffällige Kind von der Gruppe bei Überreizung (also wenn das Kind besonders störend ist) ausgeschlossen?				
23.	Benötigen verhaltensauffällige Kinder Ihrer Meinung nach eine Sonderbehandlung?				

Wie finden Sie folgende Möglichkeiten/Verhaltensweisen mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) umzugehen? Kreisen Sie die zutreffende Zahl ein:

Antworten Sie ganz spontan!

Nr.		Nicht gut Gut			
24.	Geduld	1	2	3	4
25.	Sonderbehandlung des verhaltensauffälligen Kindes	1	2	3	4
26.	Disziplin	1	2	3	4
27.	Verhaltensauffälliges Kind immer in der ersten Reihe haben	1	2	3	4
28.	Entspannungseinheiten	1	2	3	4
29.	Rhythmisierung (immer gleiche Struktur des Trainings)	1	2	3	4
30.	Bestrafungsmaßnahme: Kind eine kurze Zeit auf die Bank setzen	1	2	3	4
31.	Ständige Beschäftigung des verhaltensauffälligen Kindes	1	2	3	4
32.	Konsequenz	1	2	3	4
33.	Verhaltensauffälliges Kind immer beim Namen ansprechen (anstelle von „du...“)	1	2	3	4
34.	Klare, kurze Anweisungen	1	2	3	4
35.	Das Kind mit der Hand an der Schulter berühren	1	2	3	4
36.	Belohnungen	1	2	3	4
37.	Kind unter Druck setzen (z.B. „Wenn du nicht endlich aufpasst, dann...“)	1	2	3	4

TEIL 3 – Beobachtungen verhaltensauffälliger Kinder

Konnten Sie bereits ein oder mehrere der unten aufgeführten Symptome bei verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) während Ihren Trainingsstunden beobachten? Kreuzen Sie an.

Nr.	Das verhaltensauffällige Kind...	Nicht zutreffend	Etwas oder manchmal zutreffend	Genau oder häufig zutreffend
38.	Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter			
39.	Summt oder macht seltsame Geräusche			
40.	Streitet oder widerspricht viel			
41.	Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende			
42.	Ist trotzig, ablehnend oder frech zu den Trainern/Trainerinnen			
43.	Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen			
44.	Kann nicht still sitzen, ist unruhig oder überaktiv			
45.	Ist verwirrt oder zerstreut			
46.	Weint viel			
47.	Ist zappelig			
48.	Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein			
49.	Hat Tragträume oder ist gedankenverloren			
50.	Verletzt sich absichtlich			
51.	Verlangt viel Beachtung			
52.	Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt			
53.	Zerstört die Sachen anderer			
54.	Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen			
55.	Stört andere Kinder			
56.	Kommt mit anderen Kindern nicht aus			
57.	Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat			
58.	Ist leicht eifersüchtig			
59.	Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen			
60.	Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien			
61.	Wird gehänselt			
62.	Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen			
63.	Ist lieber allein als mit anderen zusammen			
64.	Lügt, betrügt oder schwindelt			
65.	Kaut Fingernägel			
66.	Ist nervös, reizbar oder angespannt			
67.	Ist unangepasst			
68.	Wird von anderen Kindern nicht gemocht			
69.	Redet dazwischen			
70.	Ist immer müde			
71.	Hat Übergewicht			

TEIL 4 – Offene Fragen

In welchen Situationen haben Sie manchmal Schwierigkeiten im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS)?

Was hat sich auf Grundlage Ihrer Erfahrungswerte im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern bewährt?

Haben Sie bereits jetzt, bezüglich des Umgangs mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) eine bestimmte Frage an mich?

Was erwarten Sie von dieser Veranstaltung?

Anhang C

Evaluationsbogen

Kreuzen Sie an.

	JA	EHER JA	EHER NEIN	NEIN
Die Thematik ist für mich als Trainer wichtig.				
Der Fortbildungsstoff ist für das Training nutzbar.				
Die Fortbildung hat mich motiviert, die angebotenen Inhalte in meinem Training einzusetzen.				
Der Inhalt der Fortbildung war so interessant, dass ich eine weitere Vertiefung für notwendig halte.				
Das Thema wurde durch die Referenten gut vermittelt.				
Theorie und praktische Beispiele standen in einem guten Verhältnis.				
Meine Erwartungen an die Fortbildung wurden erfüllt.				

An dieser Fortbildung hat mir gefallen...

An dieser Fortbildung hat mir dagegen nicht gefallen...

Wenn ich an dieser Fortbildung etwas ändern dürfte, dann würde ich/wäre das...

Welche Inhalte haben Sie vermisst?

Welche Ideen waren für Sie am wichtigsten? Was hat Ihnen daran besonders gefallen?

Welchen Nutzen ziehen Sie aus dieser Fortbildung? Welche konkreten Ziele wollen Sie erreichen?

Was ist der erste konkrete Schritt und wann werden Sie damit anfangen?

Vielen Dank für die Teilnahme!

Anhang D

Fragebogen für TeilnehmerInnen an der Trainerfortbildung zum Thema:

Verhaltensauffällige Kinder (z. B. Kinder mit ADHS) und Kampfsport

Entwicklung und Evaluation einer Trainerfortbildung zum Thema:

Kenntnisvermittlung über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sowie Sportkinesiologie als Trainingszusatz zur gezielten Förderung verhaltensauffälliger Kinder

Um die Fragebögen personenbezogen zuordnen zu können, wird statt Ihres Namens ein anonymer Code verwendet. Mit diesem Verfahren wird in jedem Fall Ihre Anonymität gewahrt.

Ihr persönlicher Code setzt sich aus folgenden sechs Buchstaben und Zahlen zusammen:

1. Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters:

___ ___

2. Die letzten zwei Buchstaben des aktuellen Nachnamens Ihrer Mutter:

___ ___

3. Die ersten zwei Ziffern Ihres Geburtstages:

___ ___

Ihr persönlicher Code: _____

Datum: _____

TEIL 1 – Selbsteinschätzung

Kreuzen Sie an.

NR.		JA	EHER JA	EHER NEIN	NEIN
1.	Es macht mir Freude, verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) zu trainieren.				
2.	Ich fühle mich „allein gelassen“, wenn ich ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) im Training habe.				
3.	Das verhaltensauffällige Kind (z.B. Kind mit ADHS) wird in meiner Trainingsgruppe des Öfteren ausgeschlossen.				
4.	Ich weiß in den meisten Fällen, wie ich mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) umgehe.				
5.	Ich finde es anstrengend ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) in meiner Trainingsgruppe zu haben.				
6.	Ich traue mir zu, mein Training auf die Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) anpassen zu können.				
7.	Ich habe mich schon mal mit dem Thema Sportkinesiologie beschäftigt.				
8.	Manchmal treten in meinem Training Situationen auf, in denen ich nicht weiß, wie ich mit dem verhaltensauffälligen Kind umgehen soll.				
9.	Ich bin mir sicher, dass ich verhaltensauffällige Kinder (z.B. Kinder mit ADHS) genügend fordern und fördern kann.				
10.	Ein verhaltensauffälliges Kind (z.B. Kind mit ADHS) ist eine Bereicherung für meine Trainingsgruppe.				
11.	Ich fühle mich unsicher, wenn ich ein Kind mit ADHS in meiner Trainingsgruppe habe.				
12.	Ich tausche mich regelmäßig nach dem Training mit den Eltern der betroffenen Kinder aus.				
13.	Ich habe das Gefühl, dass verhaltensauffällige Kinder von meinem Training profitieren.				
14.	Ich bin zuversichtlich, dass ich auf die verschiedenen Bedürfnisse von verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kindern mit ADHS) eingehen kann.				
15.	Ich behandle das (die) verhaltensauffällige(n) Kind(er) anders als die anderen Kinder.				
16.	In meiner Freizeit habe ich mich schon mal mit dem Thema ADHS beschäftigt.				
17.	Ich habe das Gefühl, dass das verhaltensauffällige Kind (z.B. Kind mit ADHS) den Trainingsablauf stört bzw. verzögert.				
18.	Ich kann Kinder für meine Sportart begeistern, unabhängig von ihren verschiedenen Bedürfnissen (z.B. verhaltensauffällige Kinder).				

TEIL 2 – Umgang mit Kindern

Kreuzen Sie an.

NR.		JA	EHER JA	EHER NEIN	NEIN
19.	Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) verhaltensauffällige Kind(er) (z.B. Kinder mit ADHS)?				
20.	Hatten Sie in Ihrer Trainingsgruppe bereits ein (oder mehrere) Kind(er), bei dem(denen) Sie vermutet haben, dass es eine Form von ADHS hat?				
21.	Ist das verhaltensauffällige Kind in Ihre Trainingsgruppe integriert?				
22.	Wird das verhaltensauffällige Kind von der Gruppe bei Überreizung (also wenn das Kind besonders störend ist) ausgeschlossen?				
23.	Benötigen verhaltensauffällige Kinder Ihrer Meinung nach eine Sonderbehandlung?				

Wie finden Sie folgende Möglichkeiten/Verhaltensweisen mit verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) umzugehen? Kreisen Sie die zutreffende Zahl ein:

Nr.		Nicht gut Gut			
24.	Geduld	1	2	3	4
25.	Sonderbehandlung des verhaltensauffälligen Kindes	1	2	3	4
26.	Disziplin	1	2	3	4
27.	Verhaltensauffälliges Kind immer in der ersten Reihe haben	1	2	3	4
28.	Entspannungseinheiten	1	2	3	4
29.	Rhythmisierung (immer gleiche Struktur des Trainings)	1	2	3	4
30.	Bestrafungsmaßnahme: Kind eine kurze Zeit auf die Bank setzen	1	2	3	4
31.	Ständige Beschäftigung des verhaltensauffälligen Kindes	1	2	3	4
32.	Konsequenz	1	2	3	4
33.	Verhaltensauffälliges Kind immer beim Namen ansprechen (anstelle von „du...“)	1	2	3	4
34.	Klare, kurze Anweisungen	1	2	3	4
35.	Das Kind mit der Hand an der Schulter berühren	1	2	3	4
36.	Belohnungen	1	2	3	4
37.	Kind unter Druck setzen (z.B. „Wenn du nicht endlich aufpasst, dann...“)	1	2	3	4

TEIL 3 – Beobachtungen verhaltensauffälliger Kinder

Konnten Sie bereits ein oder mehrere der unten aufgeführten Symptome bei verhaltensauffälligen Kindern (z.B. Kinder mit ADHS) während Ihren Trainingsstunden beobachten? Kreuzen Sie an.

Nr.	Das verhaltensauffällige Kind...	Nicht zutreffend	Etwas oder manchmal zutreffend	Genau oder häufig zutreffend
38.	Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter			
39.	Summt oder macht seltsame Geräusche			
40.	Streitet oder widerspricht viel			
41.	Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende			
42.	Ist trotzig, ablehnend oder frech zu den Trainern/Trainerinnen			
43.	Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen			
44.	Kann nicht still sitzen, ist unruhig oder überaktiv			
45.	Ist verwirrt oder zerstreut			
46.	Weint viel			
47.	Ist zappelig			
48.	Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein			
49.	Hat Tragträume oder ist gedankenverloren			
50.	Verletzt sich absichtlich			
51.	Verlangt viel Beachtung			
52.	Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt			
53.	Zerstört die Sachen anderer			
54.	Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen			
55.	Stört andere Kinder			
56.	Kommt mit anderen Kindern nicht aus			
57.	Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat			
58.	Ist leicht eifersüchtig			
59.	Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen			
60.	Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien			
61.	Wird gehänselt			
62.	Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen			
63.	Ist lieber allein als mit anderen zusammen			
64.	Lügt, betrügt oder schwindelt			
65.	Kaut Fingernägel			
66.	Ist nervös, reizbar oder angespannt			
67.	Ist unangepasst			
68.	Wird von anderen Kindern nicht gemocht			
69.	Redet dazwischen			
70.	Ist immer müde			
71.	Hat Übergewicht			

TEIL 4 – Pädagogische Fördermöglichkeiten

Welche pädagogischen Fördermöglichkeiten (z.B. Hand auf die Schulter, Ich-Botschaften usw.) haben Sie übernehmen können?

Welche Maßnahmen haben in der Praxis gut funktioniert?

Welche Maßnahmen haben in der Praxis nicht gut funktioniert? Warum?

TEIL 6 – Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern

Welche Verhaltensauffälligkeiten konnten Sie bisher in Ihren Trainingsgruppen beobachten?

Welche Veränderungen bei verhaltensauffälligen Kindern konnten Sie beobachten?

Gab es nennenswerte Reaktionen der verhaltensauffälligen Kinder auf sportkinesiologische Übungen?

Teil 7 - Allgemein

Welche Fördermöglichkeiten (Inhalte der Fortbildung) werden Sie künftig beibehalten?

Kreuzen Sie an.

Nr.		JA	EHER JA	EHER NEIN	NEIN
72.	Werden Sie in Zukunft in ihren Trainingsstunden Inhalte der Fortbildung anwenden?				
73.	Halten Sie die Inhalte der Fortbildung für gut umsetzbar?				
74.	Fällt Ihnen der Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern nach der Fortbildung leichter?				
75.	Können Sie bereits jetzt eine Verhaltensänderung der verhaltensauffälligen Kinder feststellen?				
76.	Hat sich das Verhältnis zu Ihrer Trainingsgruppe in den letzten 3 Monaten <i>positiv</i> verändert?				

Wenn Sie die Fortbildung benoten müssten, welche Note würden Sie ihr geben?

Gut 1 2 3 4 5 6 Schlecht

Vielen Dank für die Teilnahme!!

Anhang E

Systematisierendes Experteninterviews

Leitfaden des Interviews mit Herrn Dr. Springer, Klinik Hochried:

A. Einleitungs- bzw. Vorstellungsphase

- Dank für die Gesprächsbereitschaft
- Institutioneller Kontext (Uni; Masterarbeit)
- Erläuterung des Themas der eigenen Untersuchung
- Klärung des zeitlichen Interviewrahmens (30 Minuten)
- Bitte um Erlaubnis zur Tonbandaufzeichnung
- Einverständniserklärung unterzeichnen

B. Warm-up

- Was sind ihre Schwerpunkte in der Klinik Hochried?

C. Hauptphase

- Sind Sie schonmal mit dem Thema Kampfsport und ADHS in Berührung gekommen?
- Eignet sich Kampfsport Ihrer Meinung nach gut für Kinder mit ADHS?
- Was sagen Sie zu Beruhigungszeiten anstelle von Powerphasen?
- Kennen Sie noch weitere „Bestrafungsmaßnahmen“?
- Wie kann sowas im Training gestaltet werden?
- Was ist die Ursache für ADHS?
 - Dopamin Mangel?
 - Genetisch vererbbar?
 - Psychosoziale Faktoren?
- Immer wieder begegnet mir die Frage, ob ADHS heilbar ist. Was ist Ihre Meinung dazu?
- Ab wann ist es hilfreich medikamentös zu behandeln?
- Die Prävalenzangaben variieren häufig. Welche Zahlen sind aktuell?
- Worauf sollten Trainer im Umgang mit Kindern mit ADHS achten? Was sind gute Maßnahmen, um ihre Kernsymptome gezielt zu fördern und zu unterstützen?

- Haben Sie noch ein „Geheimtipp“ im Umgang mit Kindern mit ADHS, den ich den Kampfsporttrainern weitergeben kann?

D. Ende des Interviews

- Alles in allem – haben Sie den Eindruck, dass wir noch Punkte, die aus Ihrer Sicht relevant sind, für meinen Forschungsgegenstand vergessen haben? Hätten Sie noch etwas zu ergänzen?
- Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben

Anhang F

Systematisierendes Experteninterviews Leitfaden des Interviews mit den Trainern

A. Einleitungs- bzw. Vorstellungsphase

- Dank für die Gesprächsbereitschaft
- Institutioneller Kontext (Uni; Masterarbeit)
- Erläuterung des Themas der eigenen Untersuchung
- Bitte um Erlaubnis zur Tonbandaufzeichnung
- Einverständniserklärung unterzeichnen (einscannen o.ä.)

B. Warm-up

- Wie lange sind Sie schon als Kampfsporttrainer tätig?
- Wie lange arbeiten Sie schon mit Kindern mit ADHS in Ihrem Kampfsportverein?
- Warum wird, Ihrer Meinung nach, Kindern mit ADHS immer wieder empfohlen in einen Kampfsportverein zu gehen?

C. Hauptphase

- Merken Sie Fortschritte bei Kindern mit ADHS, wenn sie länger an Ihrem Training teilgenommen haben?
- Wenn ja, welche?
- Welche Übungen können Sie empfehlen, um den speziellen „Problemen“ von Kindern mit ADHS entgegenzuwirken?
 - Hyperaktivität:
 - Impulsivität:
 - Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit:
 - Sozialverhalten:
- In meiner Bachelorarbeit habe ich Kampfsporttrainer interviewt. Dabei ging es hauptsächlich darum, welche Verhaltensweisen und/oder Probleme ihnen während dem Training auffallen. Die Trainer haben folgende Probleme mit Kindern mit ADHS beschrieben (siehe Auflistung).
- Wie würden Sie darauf reagieren?
 - Zappelt häufig mit Händen und Füßen
 - Lläuft häufig in unpassenden Situationen herum

- Mit anderen Dingen beschäftigt
 - Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler
 - Schwierigkeiten, längere Zeit Aufmerksamkeit aufrechtzuhalten
 - Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen
 - Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
 - Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken
 - Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Frage zu Ende ist
 - Kann häufig nur schwer warten, bis er an der Reihe ist
 - Unterbricht und stört andere häufig
 - Redet häufig übermäßig viel
 - Aggressiv
 - Widerspricht Trainer

- Aus den Interviews mit den Trainern konnte ich auch einige Trainingskonzepte herausfiltern. Was ist ihre Meinung dazu? Verbesserungsvorschläge?
 - Geduld
 - Strenge Regeln
 - Kleinschrittiger Aufbau der Schlagtechnik
 - Rhythmisierung
 - Mit älterem Kind zusammenarbeiten lassen
 - Entspannungseinheiten
 - Immer beschäftigen
 - Regelmäßig kurze Übungen zwischendurch
 - Abwechslung
 - Belohnungssystem

- In meiner Bachelorarbeit habe ich u.a. herausgefunden, dass Kinder mit ADHS nur schwer in eine Gruppe integrierbar sind. Haben Sie spezielle Methoden, um auch den Teamgeist zu fördern (auch wenn Kampfsport keine Teamsportart ist)?
- Wie kann man Kinder mit ADHS besser in die Gruppe integrieren? Kann ein Kind mit ADHS bspw. besondere Aufgaben übernehmen (ohne dabei „hervorzustechen“)?
- Wenn ein Kind mit ADHS von seinem Trainer ins „Time-Out“ geschickt wird, soll es meist stur auf der Bank hocken bleiben. Was ist Ihre

Meinung dazu? Haben Sie Vorschläge, um besser mit solchen Situationen umzugehen?

- Haben Sie eine „goldene Regel“ für ein reibungsloses Training?
- Haben Sie noch ein „Geheimtipp“ im Umgang mit Kindern mit ADHS, den ich den Kampfsporttrainern weitergeben kann?
- Denken Sie, dass es auch für ehrenamtliche Trainer (welche oft nicht sehr viel Zeit in die Vorbereitung ihres Trainings stecken können) realistisch ist, gezielter auf die Bedürfnisse von Kindern mit ADHS einzugehen?

D. Ende des Interviews

- Alles in allem – haben Sie den Eindruck, dass wir noch Punkte, die aus Ihrer Sicht relevant sind, für meinen Forschungsgegenstand vergessen haben? Hätten Sie noch etwas zu ergänzen?
- Evtl. weiteres Vorgehen besprechen
- Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben

Anhang G

Transkript Dr. Springer am 25.07.2018

Einleitungs- bzw. Vorstellungsphase wurden nicht transkribiert.

Isabel: Was sind Ihre Schwerpunkte in der Klinik Hochried?

Springer: Also für Sie zur Information, ich bin sozusagen ein Mix, ich bin Kinderarzt mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, bin aber auch Kinder- und Jugendpsychiater. Also ich hab praktisch zwei Facharzt-Titel und das Thema ADHS ist natürlich, steckt vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie drin. Also ich bin sowohl Kinderarzt, Neuropsychiater, also Kinderneurologe auf Hochdeutsch und Kinder- und Jugendpsychiater.

Isabel: Alles klar. Sind Sie schon mal mit dem Thema Kampfsport und ADHS in Berührung gekommen?

Springer: Also sagen wir mal so ich bin insofern, und deshalb fand ich es interessant, das Thema schon auch Sport und Bewegung und ADHS, weil im Laienwissen nicht verstanden wird, dass die Antwort auf ADHS, nicht die erzwungene Ruhe und Entspannung sein muss, denn das ist eine der Antworten auf ADHS, im Grunde auch das strukturierte und dosierte Auspowern sein kann, was man eigentlich als Laie wissen könnte, weil unter den Leistungssportlern sind ja ne Menge ADHSler, die eben kein Medikament nehmen, sondern Leistungssport machen. Das heißt mit anderen Worten, man könnte eigentlich genau das System eben Sport und Bewegung und so weiter eigentlich viel gezielter nutzen, wenn einem klar ist, dass das die Symptomatik letztendlich bessert und damit innerhalb dieser Vereine eigentlich diese Kinder auch gut integriert werden könnten oder integrierbar wären, wenn man sich dessen bewusst ist, dass eigentlich Auspowern Aufmerksamkeit wieder bessert sozusagen und die Erreichbarkeit eigentlich steigert.

Der zweite Aspekt, warum Kampfsport? Ja warum, weil ADHS Kinder davon profitieren, wenn ihre Umgebung sehr klar nachvollziehbare Anforderungen stellt, sehr klare Strukturen vorgibt, ne sehr, für das Kind gut spürbare Aktion-Reaktion und Interaktion sozusagen anbietet. Und in dem Kampfsport steckt ja, also wenn ichs richtig verstehe, viel Körperbeherrschung, sehr konsequentes Einhalten klarer Regeln, ne deutliche Aktion-Interaktion-Reaktion drin und davon profitieren wir eigentlich. Also aus meinem Verständnis ist das eine hochstrukturierte Sportart, also nix unstrukturiertes, also es ist ja nicht irgendwie, ich renn mal von A nach B auf irgendeinem Weg, auf irgendeine Zeit, auf irgendeine Art, auf irgendeinem Gelände, sondern das sind ja eigentlich hochstrukturierte Abläufe. Und weil es so klar ist können die damit eigentlich umgehen und davon profitieren. Also dieses Laienverständnis ist ja Kampfsport, oh Gott und der ist doch eh schon so wild und dann haut er noch drauf. Ne, im Gegenteil!

Genau und die Kampfsporttrainer sollen auch ermutigt werden, weil ja, je klarer ihr sozusagen zeigt was ihr wollt, desto besser werdet ihr dieses ADHS Kind erreichen und desto weniger Probleme wird euch das in der Gruppe machen.

Was ich den Trainern auch unbedingt sagen würde, ist, dass es ganz wichtig ist, in das Training Powerphasen einzubauen. Ja, es muss irgendwo ne Phase drinnen haben, wo die sich richtig auspowern müssen, weil wenn ich denen irgendwas beibringen will, brauch ich eigentlich davor ne Powerphase. Also wenn ich nicht erst ne Powerphase mache, wo die sag ich mal richtig zum rot werden, schwitzen und auspowern kommen, haben ich Schwierigkeiten ihnen was beizubringen. Und nach der Powerphase ist die Chance ihnen was beizubringen größer als wie davor.

Also zum Beispiel auch in der Mathestunde nach der Sportstunde können die am besten aufpassen. So als Beispiel aus dem Umfeld Schule. Für die ist sozusagen die vom ADHS her bessere Stunde nicht die Stunde vor der Sportstunde, sondern die nach der Sportstunde.

Isabel: Also sagen Sie, dass die Powerphase vor der Mathestunde für die „Normalen Kinder“ nicht so gut ist?

Springer: Ne ne ne, also ich bring da mal so ein historisches Beispiel: Warum sind wir früher immer, bestimmte von uns, rausgeschickt worden, um ne Landkarte zu holen oder irgendein Buch in ner Bibliothek. Denken Sie mal darüber nach, warum die Lehrer uns losgeschickt haben. Ja, weil sie genau wussten, die ADHSler packen das nicht einfach 45 Minuten auf dem Stuhl sitzen zu bleiben. Wenn ich den einmal die Karte holen lasse und das macht er eher zügig, dann hat der sich 5 Minuten erregt und dann schafft er die letzten 20 Minuten auch.

Ne, also gilt für alle. Also es gilt für alle, aber für die ADHSler besonders. Also erstens Mal wissen Sie ja auch, die Aufmerksamkeitsspanne von Kindern ist keine 45 Minuten auch von Gesunden nicht. Ehm und sozusagen Bewegung fördert die Fähigkeit danach sich auch konzentrieren zu können und ruhig sitzen zu können und beim ADHSler als Recht.

Isabel: Dann würde ich da gleich an die nächste Frage anknüpfen: Was halten Sie von Beruhigungszeiten anstelle von Powerphasen?

Springer: Ne, also Beruhigungszeit erzwingen klappt mit dem ADHS Kind schwierig. Was anderes, ein anderes Wort, die „Auszeit“, das ist was anderes. Also natürlich sind die, ADHS heißt ja im schulischen eben Konzentrationsprobleme, heißt aber im Alltag genauso das Problem Aufmerksamkeit zu fokussieren. Wenn ich in ner Gruppe agiere, also in ner Klasse z.B. aber im Sportverein ja auch, dann habe ich dieses Problem auch und wenn es mir gerade ADHS mäßig nicht gut geht, dann hab ich einfach Schwierigkeiten mich auf meinen Trainer zu fokussieren und mich nicht durch die Unruhe der Restgruppe und Einwürfe usw. sich ablenken zu lassen.

Ja im Grunde ist ja dann diese Trainingsgruppe wie Schule und letztlich macht mir ja mein ADHS Probleme und wenn ich dann noch als Recht zum Aufpassen und Ruhe gezwungen werde, dann kann ich nicht runterfahren. Wenn ich aber erstmal aus der Situation, die mich überfordert raus darf, dann tut mir das gut. Also der erste Schritt Auszeit, jaa, also raus aus der Situation, die ich nicht packe, aber eben ne, genau eine gespaltete Auszeit, sonst packe ich das nicht. Also auf der Bank hocken zu bleiben tun die sich einfach schwer. Und das kennen wir im Grunde ja schon aus dem Lernumfeld, wenns im Sport auch machen müssen, dann haben sie kein Bock mehr auf Sport. Ich wär genauso auch eher dafür, also Stichwort Schule, Karte holen und in der Sportgruppe genauso, also es klappt mit hoher Wahrscheinlichkeit besser, wenn dieses Kind dort irgendeine sportliche Anforderung bekommt, also Bewegungsanforderung als auf der Bank hocken zu bleiben.

Und Sie gewinnen genau das, was Sie jetzt gesagt haben, die Bewegung beruhigt und damit müsste eigentlich auch die Rückkehr in die Gruppe etwas leichter werden.

Isabel: Und diese Maßnahme bespricht man dann einfach mal mit dem Kind vor oder nach dem Training?

Springer: Ja also die Kinder brauchen gute Absprachen. Im Gespräch unter Einbeziehung der Eltern bekommt man manchmal, ich sag mal, Lieblingsbewegungen, heraus. Das ist dann natürlich leichter, wenn man weiß irgendwie, die lassen den zuhause eh schon immer um den Block rennen, dann kann man den im Sport auch um den Block rennen lassen. Ja wenn man von zuhause weiß, da geht's irgendwie in den Hof und trippelt rum, ja dann kann ich den auch in ner Gruppe irgendwie mit nem Ball trippeln lassen. Also man kann ja aufeinander aufbauen und dann können beide gleichermaßen solche Sachen nutzen. Also klare Absprachen, klare Regeln, wiedererkennbare Abläufe machens den Kindern leichter. Da lohnt es sich auf jedenfall einfach mal mit den Eltern zu reden. Also wie gestaltet ihr die Auszeit?

Und aber auch ganz klar bei Kampfsport oder bei jedem Sport, das macht doch kein Sinn wenn ich da diese gleiche Ruhe erzwingen wie in der Schule. Warum gehen die Kinder denn in Sport? Ja, doch nicht um ne Stunde auf der Bank zu verbringen.

Isabel: Kennen Sie noch andere „Bestrafungsmaßnahmen“ die sinnvoll sind?

Springer: Stopp mal! Das ist keine Bestrafung. Achtung, ich bitte auf keinen Fall Strafe nennen, sondern das ist Teil des Umgangs. Das ist keine Strafe. Auszeit ist einfach Teil dessen wie man damit umgeht, es ist keine Strafe. Weil derjenige hat ja nichts angestellt. Wir liefern ne Antwort auf etwas, was das Kind so nicht können kann. Die anderen Kinder bekommen ja genauso Antworten, wenn sie etwas noch nicht können. Also Strafe dürfen Sie das nicht nennen. Das muss man den Trainern auch so klar machen, das ist nicht Strafe, das ist, ja Therapie ist auch zu weit gesagt. Das ist einfach, auch für Sie als Lehrer, gerade Grundschullehrer, Sie machen keine 45 Minuten Stunden. Warum? Weils alle nicht können. Also wenn Sie ne Stunde planen, dann planen Sie doch immer in drei Teilen oder so oder zwei oder vier oder so. Warum? Weil alle nicht so lange können. Ja und das ist keine Strafe, sondern ja, so muss man das den Trainern auch klar machen, das ist keine Strafe, sondern Teil dessen wie man so miteinander interagiert. Naja Strafe oder Erziehung das war ja die Frage eigentlich. Also ADHS Kinder sind für Belohnersysteme eigentlich relativ gut zugänglich. Also so Punkte-Sammel-System. Also da ne Absprache, was muss funktionieren haben, wenn es funktioniert hat gibt es n Punkt und bei fünf Punkten kriegste von der Mama n Eis oder so. Also solche Systeme funktionieren relativ gut bei Kindern mit ADHS.

Isabel: Wie kann sowas im Training gestaltet werden?

Springer: Naja im Training kann das Kind nur die Punkte sammeln und die Belohnung muss es dann von den Eltern bekommen zum Beispiel. Weil ja, es kann auch nicht sein, dass nur das ADHS Kind belohnt wird und alle anderen nicht. Das geht natürlich nicht. Ja, die Punkte können dann im Training gehalten werden und die Belohnung muss dann z.B. von den Eltern kommen. Kann man ja auch erwarten, weil es ist ja auch, ein gegenseitiger Profit sag ich mal. Wenn der Kampfsport funktioniert, haben die Eltern ja auch was davon. Die Sachen können auch echt klein sein. Also wenn wir da jetzt so stationär Kinder haben, dann haben wir da oft so ein 8 € Lego Teil und über Wochen bekommt es dann eben immer ein so ein Ding und am Ende, kann das Kind das dann zusammenbauen. Selbst so zähe Belohnungen funktionieren, wenn man dann in 5 Wochen oder so, so ein Lego Ding zusammengebaut hat.

Isabel: Ich kenn das System aus der Schule. Da werden meistens Sticker oder so vergeben.

Springer: Ja genau, da können relativ viele Sticker erst zu etwas führen und selbst das, wenn das nur so ein Eis oder so ist, es muss materiell oft gar nicht groß sein. Allein, dass es kommt, dass es zuverlässig kommt und dass da diese Erfahrung ist, ich kann mich auf die Erwachsenen verlassen und deren Antwort. Das ist das was zählt. Die Größe der Belohnung ist relativ egal.

So da ist nämlich die Frage Strafe auch. Wirksamer ist im Grunde der Belohnerentzug als die echte Strafe. Weil die Strafe frustriert eher und führt eher zu Opposition und Sozialverhaltensschwierigkeiten und der Belohnerentzug, ist ja im Grunde auch ne Strafe, ist besser als Belohnung und Belohnungsentzug besser als ne Strafe.

Isabel: Bis heute ist ja immer noch nicht ganz klar, was die Ursache für ADHS ist. In der aktuellen Literatur habe ich gelesen, dass man davon ausgeht, dass die Betroffenen einen Dopamin Mangel haben und dass die Krankheit vererbt werden kann. Stimmen Sie dem zu?

Springer: Ja, absolut. Es ist einfach eine Eigenschaft, die ich sozusagen in die Wiege gelegt bekomme und die zwar durch das Psychosoziale beeinflusst wird aber die primär erstmal nix damit zu tun hat. Natürlich wenn ADHS sag ich mal in einen kriminalen dissozialen Haushalt fällt, dass dann was anderes dabei herauskommt, als in einem stabilen, kann man sich gut vorstellen. Aber

zunächst mal die Tatsache, dass ich eins hab, ist erstmal genetisch. Sie sehen es ja, ich bin mit ADHS Arzt geworden, Sie sind mit ADHS Lehrer geworden, weil Sie da nämlich nicht so lange sitzen bleiben müssen. Ja und diejenigen, die in einem entsprechend ungünstigen Umfeld, die haben dann eben ein hohes Risiko Oppositionelles, Sozialverhaltensstörungen, Kriminalität usw. zu bekommen. Die Dopamin Hypothese kommt schlicht auf Grund dieser Medikamentenwirkungen, weil man die Medikamente, die es günstig beeinflussen im Grunde ja in diesen Dopamin Stoffwechsel eingreifen und damit natürlich dieser Rückschluss, da muss es irgendwo auch mit diesem Dopamin Ungleichgewicht zusammenhängen.

Isabel: Ist diese Ursache dann schon bestätigt worden?

Springer: Hm naja das ist ja bei vielen psychiatrischen Sachen so. Man muss sich drüber im Klaren sein, dass körperliche Krankheiten, wie z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenfunktion, sehr klar abgrenzbar, messbar, darstellbar sind. Da ist es ziemlich eindeutig. Eine Schilddrüsenfunktionsstörung beschränkt sich auf die Schilddrüse und wenn ich keine hab, dann ist sie weg sozusagen und bei Zuckerkrankheit geht auch die Bauchspeicheldrüse und sonst nix usw. Also es ist klar fokussierbar, klar messbar. Ehm diese psychiatrischen Erkrankungen sind ja im Grunde Beschreibungen von Verhaltensweisen. Also da wird künstlich etwas konstruiert, was sich theoretisch Leute überlegt haben, aber wo nicht zwingend ein Organ oder eine definierte Erkrankung dahinter steckt. Das führt dazu, dass sich auch Definitionen psychiatrischer Erkrankungen gewandelt haben über Jahrzehnte und das bedeutet letztlich auch warum eben Krankheiten, die man für definiert gehalten hat, einfach ganz schwer messbar sind und darstellbar sind. Also bei Autismus zum Beispiel ist das noch deutlicher geworden. Also die Definition von Autismus verändert sich etwas, weil man merkt, man hat früher in Autismus auch Dinge mit einbezogen, die zu benachbarten und anderen Erkrankungen gehören und das kann beim ADHS ein Stück weit auch so sein. Und damit ist das einfach ungenauer. Und damit tut man sich in der Ursachenforschung und dann auch Therapieforschung einfach schwerer als bei definierten körperlichen Erkrankungen.

Isabel: Ist ADHS heilbar?

Springer: Nein. Ehm also bei anderen Krankheiten, wie Autismus, das hat man wirklich ein Leben lang, aber beim ADHS ist so grob gesagt können Sie so in Dritteln rechnen. Also ein Drittel bessert sich deutlich wenn sie Erwachsen werden, ein Drittel können sie im Erwachsenenalter schon noch darstellen, aber die kriegen ihren Alltag trotzdem ganz gut hin und ein Drittel ja sozusagen behält aufgrund des ADHS auch im Erwachsenenalter Schwierigkeiten. Aber bei einem Drittel ist es wirklich vorbei. Also da erkennt man es im Alltag nicht mehr wieder als Erwachsener. Das führt auch dazu, dass zum Beispiel Medikamente, die die Kinder kriegen, einige auch nur eine überschaubare Zeit, vielleicht zwei drei Jahre und dann nicht mehr, weil diese Besserung beim älter werden mit dazu führt, dass einfach kein Medikament mehr nötig ist.

Isabel: Ab wann soll man denn Medikamente verschreiben?

Springer: Erst eine gesicherte Diagnose ADHS, zweitens ADHS verschafft Leidensdruck, also es gibt Schüler, die haben ADHS, aber Leben in einem gut auffangendem sozialen Umfeld, vielleicht sogar in einer Klasse, in der das toleriert wird, schaffen ihre Schulleistungen. Dann können die die Diagnose ADHS haben aber brauchen trotzdem kein Medikament. Also deshalb gesicherte Diagnose und wirklich Leidensdruck bzw. Schaden durch das ADHS. Das ist eigentlich erst ein Grund für diese Medikamente. Also Schulleistungsgefährdungen, soziale Gefährdung usw. Deshalb dieses Anfangsbeispiel, Sie sind Lehrer geworden, weil ADHSler, ich bin Arzt geworden, weil ADHSler. Ja, wir haben beide kein Medikament gebraucht.

Ja Leistungssportler, hat die Schule geschafft, hat Leistungssport geschafft, hat kein Medikament gebraucht zum Beispiel. Und trotzdem kann der die Diagnose ADHS gehabt haben.

Isabel: Ganz kurz zu den Häufigkeitsangaben. Da gibt es ja ganz unterschiedliche Angaben. Was mir am plausibelsten vorkam, waren so 3-5 %. Was sagen Sie dazu?

Springer: Ja, 3-5 % passt gut. Gesichert, wirklich die tatsächlich gesicherte Diagnose, stimmt ja.

Isabel: Haben Sie sonst noch irgendwelche Tipps, welche ich den Trainern mitgeben könnte?

Springer: Also erstens Mal einfach darauf vertrauen, dass die Regeln, Strukturen, Abläufe, die die Trainer in ihrem Training haben letztendlich auch für Kinder mit ADHS Sinn haben, das heißt, wenn sie in positiver Konsequenz durchgezogen werden, die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass man eben ein Kind mit ADHS damit auch erreicht und das man im Laufe eines Trainings, allein dadurch, dass man das was man tut, was man konsequent tut, ehm sozusagen erreicht, dieses Kind stabiler wird, besser wird, Erfolgserlebnisse hat, einfach ne Wahrscheinlichkeit da ist. Ja, weil zu starten mit so einem Kind ist ja frustrierend. Da wird es natürlich Reibereien geben, da wird nicht gleich alles glatt funktionieren, da wird es eben mehr Auszeiten geben, Konflikte geben, ehm aber allein sie einfach darin zu bestärken, dass das was sie tun, an sich schon tun denen hilft und gut tut und damit eben ne gewisse Wahrscheinlichkeit und Hoffnung haben können, ehm, dass sich die Integration eines solchen Kindes bessern kann und nicht verschlechtern muss. Allein dadurch, dass sie konsequent ihre Arbeit machen, diese Tatsache Kampfsport und ihre Strukturen allein schon etwas ist, was sie günstig beeinflussen kann. Ich glaub das ist einfach zum Mut machen. Also sie müssen kein Arzt sein, kein Therapeut sein, sondern die Struktur, die hinter Kampfsport steckt, die Ideen usw. sind nicht ungünstig für ADHS, sondern günstig. Ich glaub das ist auch Mut machend. Es ist also nicht falsch ein ADHS Kind in so etwas hineinzugeben und wenn sie es eben gut und richtig machen, dann müssten sie sie eigentlich auch erreichen.

Zweitens ist eben diese Negativentwicklung nicht zu haben einfach wichtig glaub ich, bei den Kindern auf Eltern zuzugehen, um wirklich das Positive zu entwickeln und nicht das Negative, mit Strafen usw. zu kommen, ja wir haben ja über diese Auszeiten gesprochen, die sollen ja helfen und keine Strafen sein. Die sollen auch so nicht wahrgenommen werden. Auch deshalb ist so ein Gespräch auch hilfreich, weil wenn man Pech hat erzählt der Junge oder das Mädels daheim, ich muss dauernd raus, und die anderen haben was Anderes gemacht und dann geht's natürlich in so ne Negativschleife.

Also das Zweite, ein ADHS Kind im Kampfsport erfordert einfach ein bisschen mehr Elternarbeit und Elternabsprache. Also mehr als die anderen.

Und das Dritte hatten wir ja. Auszeit ja, Strafe nein. Und lieber mehr Bewegung als weniger. Ja und am Anfang diese Warmlaufsachen braucht der ADHSler erst recht, weil ich dann das was ich beibringen will einfach besser an ihn hinbring.

Isabel: Dann bedank ich mich recht herzlich für die Zeit, die Sie sich genommen haben.

Springer: Sehr gerne.

Anhang H

Transkript Herr Kirchner am 13.06.2018

Einleitungs- bzw. Vorstellungsphase wurden nicht transkribiert.

Isabel: Wie lange sind Sie schon als Kampfsporttrainer tätig?

Kirchner: Selber Kampfsport mache ich seit 20 Jahren und Trainer bin ich seit ca. 17 Jahren.

Isabel: Und da hatten Sie auch immer mal wieder Kinder mit ADHS in ihrem Training?

Kirchner: Ja, also das bleibt sich ja gar nicht aus, wobei, da gibt es ja auch riesen Unterschiede, also zwischen Eltern, die ankommen und sagen, ‚ja, ich glaube mein Kind hat ADHS‘ und wo dann wirklich schwere Fälle sind. Da muss man dann schon wirklich differenzieren. Aber ja, man merkt es ja schon, wenn Kinder ein bisschen Schwierigkeiten haben. Ich hab jetzt gerade vor zwei Wochen so n Fall gehabt, da kam auch ne Mutter zu mir, die war ganz verzweifelt, weil ihr Junge in der Schule so riesen Probleme hat und ich hab die dann nur mit großen Augen angeguckt, weil der bei mir so überhaupt gar nicht auffällig ist und die Lehrerin hat wohl auch gesagt, der hat bestimmt ADHS oder so aber – mag vielleicht sogar sein aber wenn der da irgendwie Unsinn baut, dann muss der sich leise in die Ecke stellen oder so und das ist ja genau das total falsche was man machen sollte.

Isabel: Merken Sie Fortschritte bei Kindern mit ADHS, wenn sie länger an Ihrem Training teilgenommen haben?

Kirchner: Ja, das geht meistens relativ schnell. Die Voraussetzung dabei ist immer, dass sie auch wirklich Interesse haben. Also wenn die geschickt werden von den Eltern, ‚weil das ist ja gut für dich‘ und die Kinder haben aber so überhaupt keine Lust drauf, dann ist es echt schwer, weil dann ist es auch schwer die für was zu begeistern. Aber wenn die das gerne machen wollen, dann sind die auch bereit, sich mal so zurückzunehmen und dann auch bisschen länger aufzupassen, wobei das auch immer relativ ist, also da passiert halt dann schnell mal wieder was, dass sie rausplatzen oder so, aber das darf man in den Momenten auch einfach nicht so ernst nehmen. Natürlich muss man immer aufpassen, dass das dann die Gruppe nicht sprengt, aber so riesen Probleme hab ich da eigentlich nie. Also das sind jetzt keine großen Schwierigkeiten, die ich da hab mit diesen Kindern.

Isabel: Was wären denn Schwierigkeiten, die manchmal auftreten?

Kirchner: Ja, also dieses, das sie dann einfach nicht ruhig stehen können und so rumzappeln oder wenn man ne Frage stellt, dass die dann einfach rausplatzen ohne sich zu melden und ja lassen sich schnell ablenken. Das sind so die ganz typischen Symptome dann, aber meiner Erfahrung nach kann man die dann relativ schnell wieder zurückholen, wenn man die dann direkt anspricht, also nicht einfach nur irgendwie ‚jetzt passt mal alle auf‘, sondern direkt ansprechen. Ich mach das dann auch gerne so, dass ich die, wenn die so ganz weg sind, einmal berühre, an der Schulter oder so und so Körperkontakt aufnehme und dann sind die eigentlich auch relativ schnell wieder bei mir.

Isabel: Wenn ein Kind mit ADHS von seinem Trainer ins „Time-Out“ geschickt wird, soll es meist stur auf der Bank hocken bleiben. Was ist Ihre Meinung dazu? Haben Sie Vorschläge, um besser mit solchen Situationen umzugehen?

Kirchner: Ne, also ich find das ist der völlig falsche Weg. Erstens muss man immer überlegen, die Kinder, die machen das ja nicht extra, die machen das ja nicht extra um irgendwie jemand zu ärgern oder den Unterricht kaputt zu machen oder so, sondern das platzt dann einfach aus ihnen raus und sie haben einfach zu viel Energie, aber wissen nicht wohin damit. Und wenn ich die jetzt auf die Bank setze und da fünf Minuten sitzen lasse, dann wissen die zwar, ‚ich hab was falsch gemacht‘, aber die können dann ja beim nächsten mal das nicht besser kontrollieren. Ich lass die dann immer einmal – wenn ich so ne Turnhalle hab oder so – lass ich die einmal bis zur anderen Hallenhälfte rennen, 10 Liegestütze machen und dann kommen sie wieder zurück und dann geht’s weiter und dann passt das auch. Oder einfach nur Liegestütze machen. Sie sollen ja schon merken, dass das nicht richtig ist, aber ja an die Seite setzen ist wirklich nicht so gut. Mach ich eigentlich nie. Da muss schon wirklich sehr viel passieren, dass ich sie dann so ausschließe.

Isabel Vogel: Haben Sie spezielle Übungen, um den speziellen Problemen von Kindern mit ADHS entgegenzuwirken? Um zum Beispiel die Aufmerksamkeit zu schulen?

Kirchner: Ja, gerade so im Kampfsport gibt’s ja ganz viele Übungen, eine ist zum Beispiel „Kata“ – ich weiß nicht, ob Ihnen das was sagt – das ist so ein Formenlauf. Das ist immer gut, weil das so ne Art Meditation ist, so bezeichne ich das immer ganz gern, aber in Bewegung, also das heißt, die müssen da nicht sitzen und sich gar nicht bewegen, sondern die müssen sich mit ihrem Körper auseinandersetzen, nachdenken, aber sind in Bewegung dabei. Das kommt denen dann meistens sehr entgegen, dass die dann gerade die Aufmerksamkeit schulen. Und die finden dann so einen Kontakt zu ihrem Körper dabei und haben dann auch Erfolgserlebnisse, wenn es dann klappt. Ja, das ist ja auch so ein großes Problem, dass die, ja die kriegen ja immer nur zu hören ‚das ist schlecht was du machst‘ ‚du passt nicht richtig auf‘ und naja ‚andere sind besser‘ und so und da kann man das dann vielleicht anders kanalisieren, dass die auch mal so n Gefühl haben ‚oh, das kann ich aber ganz gut‘ ‚da bin ich gar nicht so schlecht‘.

Isabel: Und wegen der Hyperaktivität? Gibt es da auch spezielle Übungen?

Kirchner: Ja, ich lass die dann einfach immer auspowern, rennen, oder so auf so ein Schlagpolster hauen oder so. Ich versuch das auch immer so ein bisschen zu mischen, dass die dann sich erst ne Zeit lang konzentrieren müssen und dann kommt wieder ne Übung – das mach ich aber bei allen Kindern eigentlich – dann kommt wieder ne Übung, wo sie sich dann richtig auspowern können und so. Ich mach auch eigentlich ehrlich gesagt keine großen Unterschiede zwischen ADHS-Kindern und „normalen Kindern“. Die sollen ja auch eigentlich nicht auffallen und extra behandelt werden, das tuen sie ja sowieso schon immer. Der Kampfsport eignet sich für so Kinder schon sehr gut. Sie lernen halt auch Sozialverhalten, also wie sie mit ihren Partnern richtig umgehen.

Isabel: Aus den Interviews mit den Trainern konnte ich auch einige Trainingskonzepte herausfiltern. Zum Beispiel, dass sie immer sehr geduldig sein müssen. Was ist ihre Meinung dazu? Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

Kirchner: Also, das ist so ne Sache. Geduldig in dem Sinne, dass man da nicht anfängt, rumzuschreien oder so, das stimmt natürlich schon. Aber wie ich eben schon gesagt hab, ich mach keine Unterschiede zwischen „normalen Kindern“ und ADHS-Kindern, deswegen, eigentlich wissen immer alle Kinder ganz genau, was sie sich bei mir leisten dürfen und was nicht und wenn ich da aber jetzt bei diesen Kindern Abstriche machen würden, weil die es ja eh nicht besser können oder so, dann würden die es ja auch nicht lernen oder wären schon wieder besonders oder so. In dem Sinne dann also keine Geduld, nur eben halt nachsichtig sein, ja, dass sie das nicht böse meinen. So würd ich das sagen.

Isabel: Was sagen sie zu Entspannungseinheiten?

Kirchner: Hm, weiß ich nicht. Ja, das mach ich schon mal, aber ich hab so festgestellt, dass das jetzt für Kinder nicht so viel bringt. Also man kann das zwar machen, aber ich weiß nicht, ob die

dann den Sinn dahinter verstehen und ob denen das so richtig hilft. Die Frage ist ja, was die mit Entspannungseinheiten meinen, also hinlegen und entspannen, das kann man mal machen, da mach ich mal n Spiel dazu, wo sie sich nicht bewegen dürfen oder so, aber meistens lass ich die mehr bewegen und sich so entspannen dann.

Isabel: Was sagen sie zur Rhythmisierung? Also einen klaren Aufbau vom Training und Rituale.

Kirchner: Rituale finde ich ganz wichtig. Gerade die Begrüßung am Anfang und wenn man da mit Partner zusammen übt, dann begrüßt man sich ja auch nochmal, dann haben die auch so nen Rahmen, an den sie sich halten können. Dann ist nicht alles so chaotisch. Es ist ja sowieso schon alles so chaotisch bei den Kindern, aber da haben sie dann nen Rahmen, wo sie sich so ein bisschen dran halten können. Und ich glaub schon, dass das ne gute Sache ist. Würde ich auch so unterschreiben.

Isabel: Was sagen Sie zu einem Belohnungssystem?

Kirchner: Ja, weil ich festgestellt hab, dass ganz viele von diesen Kindern auch sehr wett-kampforientiert sind, also die sind, wenn ich die zum Beispiel durch die Halle rennen lasse, dann wollen die immer erster sein und solche Sachen und da kann man dann vielleicht auch so n bisschen das Interesse fördern und sie so packen dann, dass die dann das gerne mitmachen dann auch. Also das würd ich auch sagen ist ne gute Idee

Was ich gar nicht gut finde, ist ‚immer beschäftigen‘. Ich glaube das ist auch ein Problem, was sie haben, dass die ständig irgendwie beschäftigt sind und zu viele Reize haben und so und ich glaub die müssen eben lernen auch mal nicht, gerade nicht beschäftigt zu werden. Ansonsten würde ich ja wieder ne Sonderbehandlung für die machen und ich glaub, wenn die mal lernen, sich ne längere Zeit auch mit sich selber zu beschäftigen, dass das mehr bringt, als wenn man, wenn ich dann ständig einen auf Clown mache und die dann immer wieder rennen lass und so weiter. Das hilft ja nur kurzfristig dann.

Isabel: Was sagen Sie zu viel Abwechslung?

Kirchner: Ja klar, das ist immer gut. Ich glaub wenns langweilig wird, dann wird's auch schwierig. Aber auch da gibt's nicht so ein riesen Unterschied zu „normalen Kindern“. Also wenn die dann ständig immer das gleiche machen, dann nörgeln die auch irgendwann.

Isabel: Was sagen Sie dazu, das betroffene Kind mit einem älteren Kind zusammenarbeiten zu lassen

Kirchner: Ja, find ich auch gut. Generell ist es sowieso gut, wenn diese Kinder dann in ne Gruppe kommen, wo die alle schon so n bisschen länger dabei sind, weil sich das dann viel von selber reguliert. Die Kinder, die wissen dann schon woraufs ankommt und die sagen dann auch mal ‚so geht's nicht‘ oder ‚da musst du besser drauf aufpassen‘. Also das find ich auch sinnvoll.

Isabel: Was machen Sie, wenn ein Kind nicht warten kann, bis es an der Reihe ist.

Kirchner: Ehrlich gesagt hab ich das Problem gar nicht. Also, wenn da sich jemand irgendwie vordrängeln sollte oder so, dann gibt's bei mir eigentlich nur die Regeln, dann muss er sich ganz hinten wieder anstellen. Das kommt eigentlich nicht vor. Also auch da wieder, ich glaub es ist wichtig, dass man so ganz klare Regeln hat, woran sich alle Kinder immer halten müssen und dann ist es eigentlich auch nicht so kompliziert.

Isabel: Wenn sich ein Kind leicht durch äußere Reize ablenken lässt, was tun Sie?

Kirchner: Ja, wie gesagt, einmal hingehen und einmal an die Schulter fassen, ja, einfach wieder zurückholen. Auch da ist, das ist ja ganz normal, ist bei anderen Kindern ja auch. Und wenns dann

gerade mal gar nicht mehr geht, dann wie gesagt einmal rausschicken, einmal rennen lassen und dann wieder zurückkommen oder so.

Isabel: Alles in allem – haben Sie den Eindruck, dass wir noch Punkte, die aus Ihrer Sicht relevant sind, für meinen Forschungsgegenstand vergessen haben? Hätten Sie noch etwas zu ergänzen?

Kirchner: hm, viel hab ich auch schon gesagt..

Isabel: Achja, eine Frage hätte ich doch noch. Haben Sie das Gefühl, dass das Kind mit ADHS gut in die Gruppe integriert ist oder ob das eher schwierig ist?

Kirchner: joa, also bisher habe ich ja eigentlich immer gute Erfahrungen gemacht. Ich hab nur in den letzten Jahren mal ein einzigen Fall gehabt, wo ich dann auch irgendwann mal gesagt hab ‚das geht nicht‘. Das ging dann irgendwann so weit, ich hab so einen Kurs in einem Fitnessstudio und der hat sich dann irgendwie so Hantelscheiben geschnappt und wollte die dann in den Spiegel schmeißen oder solche Sachen. Und da ist es dann natürlich so extrem, da kann man dann auch, das kann man dann auch als Trainer alleine nicht mehr leisten. Man kann ja sich auch nicht nur um dieses eine Kind da kümmern und dann ist es ja auch so ne Sache, wenn man den festhält und so, dann gibt’s dann nachher wieder Ärger, weil, ja Kinder festhalten ist ja auch immer so ne Sache und, aber ansonsten ist das eigentlich immer nur ne Frage der Zeit, bis sie sich dann integrieren können.

Isabel: Aber besondere Aufgaben übernimmt das Kind dann nicht?

Kirchner: Ne, auch da wieder ganz normal, also, wobei solche Kinder natürlich auch, also auch ihre Vorteile haben. Die sind dann ja auch, wenn’s dann so um so Sachen geht, die mit Bewegung oder so zu tun haben, sind ja auch recht schnell dabei und haben auch schnell Spaß dabei und die, und die melden sich dann auch immer ziemlich schnell, wenn ich jemanden brauche zum vormachen oder so und also das ist ja nicht nur negativ immer. Das ist halt nur, dass die einfach auch in das Schulsystem oder so einfach nicht so richtig reinpassen. Die sind, die sind dann gerade so an den Grundschulen, da sind so viele Frauen als Lehrer und die haben dann am liebsten dann so die Mädchen, die dann leise irgendwo sitzen und zuhören und alles und gerne basteln und so. Und ja, dann gibt’s natürlich, ja, das ist jetzt natürlich überspitzt gesagt, dann gibt’s halt auch die Jungs, die einfach am besten die ganze Stunde durch die Gegend laufen würden oder so. Und das ist dann halt auch schwierig.

Isabel: Denken Sie, dass es auch für ehrenamtliche Trainer realistisch ist, gezielter auf die Bedürfnisse von Kindern mit ADHS einzugehen und ein bisschen über das Thema ADHS Bescheid zu wissen.

Kirchner: Ja, total. Und ich glaube, selbst wenn man nicht so 100% darüber Bescheid weiß, dann kann man eigentlich, wenn man so ein bisschen Gespür hat für Kinder, dann kriegt man das eigentlich auch hin. Also ich glaub es liegt auch, auch ganz viel daran, ob die Kinder einem zuhören, liegt auch viel am Trainer selbst. Also die müssen den, erstmal muss da so eine gewisse Autorität sein, weil ansonsten nehmen die das gar nicht ernst, aber die müssen auch das Gefühl haben, der mag mich so wie ich bin und, und dann sind die auch bereit mal so, sich mal zusammenzureißen oder so.

Isabel: Haben Sie noch einen Tipp im Umgang mit Kindern mit ADHS, den ich den Kampfsporttrainern weitergeben kann?

Kirchner: Ja, ne, also eigentlich hab ich alles schon gesagt. Ehm, ja vielleicht noch das, also wenn ich das höre. Eigentlich hab ich das immer am liebsten wenn ich das gar nicht weiß vorher, weil man merkt es sowieso irgendwann, aber ich versuch immer dann, das nicht als Krankheit zu sehen, sondern eben einfach nur als, ehm, so nen Ausdruck von, ja, zu viel Energie. Weil ich glaub auch, die Kinder könnens natürlich auch nicht sagen, aber die wollen ja nicht als krank angesehen

werden. Ja und die hören ja sowieso schon ständig, ja, ,du bist nicht gut und du bist, irgendwas stimmt nicht mit dir', auch wenn sie nicht genau benennen können, heißt ja trotzdem ADHS. Wenn man nem Kind sagt, du hast ADHS, dann wissen die ja schon mal ,irgendwas ist nicht richtig' und ich versuch die einfach so zu nehmen, wie sie sind. Und ich glaub, ja das ist dann auch so n bisschen, ja so ne Art Geheimrezept auch.

Isabel: Dann vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Anhang I

Transkript Herr Mohr am 25.06.2018

Einleitungsphase wurden nicht transkribiert.

Isabel: Wie lange sind Sie schon als Kampfsporttrainer tätig?

Mohr: Ich will Ihnen mal kurz meinen Werdegang erzählen. Kurz vor 2000 hatte ich Kinder in meinem Kurs, die mir den letzten Nerv geraubt haben und aber sehr intelligente Kinder und aus verschiedenen Gründen, die konnten sich einfach nicht zusammenreißen. [...] Ich dachte das kann doch nicht wahr sein, dass die mir so auf den Nerv gehen. Ich hab gesagt, jetzt hör mir mal zu, ich hab dir doch gerade eben gesagt, du sollst dein Knie vor machen. Und ich war sowas von genervt [...] Und dann hatte ich ein Kind bei mir im Training, das war mittlerweile 1 Jahr bei mir. [...] Und dann hab ich mit seiner Mutter gesprochen: Ich sag Ihnen das jetzt das erste Mal, also Frau Müller, ich sag Ihnen jetzt eins, Ihr Kind ist wirklich schlau, aber ich habe die Befürchtung, er ist für Karate einfach nicht geeignet. Und sie so: Das reicht jetzt! Sie sind der letzte der mir das jetzt sagt, jetzt ist Schluss! Ok, und mein Kind geht jetzt in die Therapie, mein Kind hat ADHS. Und ich so: Was ist ADHS? Ich komm aus einer Militärs Familie, da sind Abkürzungen Gang und Gebe. Und ich hab mich nur gefragt, was ist denn das? Und sie dann: Ja, das ist dies und das, und er wird demnächst diagnostiziert und blabla und wird medikamentös eingestellt. Und ich so und ich wusste nichts darüber. Und ich hab mir meinen Kurs so angeguckt und da waren acht andere Kinder, die wirklich genauso Probleme hatten. [...] Und ja ich dachte mir nur, das Kind war hochintelligent, aber es hat es nicht gepackt mal 2 sec aufzupassen und sich zu konzentrieren. Ey und der hat mich echt gestresst. Dann hat die Mutter gesagt: „Wissen Sie was, er bekommt nächste Woche Medikamente und wird eingestellt.“ Und dann kam er nächste Woche zum Training, hat sich hingestellt, hat sein Knie vor gemacht. Und er hat nur gefragt, mach ich das richtig? Und ich dann nur, sag mal hallo?? Und dieses Medikament also Ritalin, ey der Typ war wie ausgewechselt. [...] Es war so ein Wechsel, so ein Schlag von dunkel zu hell. Und dann hab ich zur Mutter gesagt, sagen Sie mir genau, was ist ADHS? Was haben Sie getan? Und ich hab dann zur Frau Müller gesagt, hören Sie mal ich hab acht andere Kinder in meinem Kurs die genauso ticken, können Sie mir nicht was erzählen über ADHS? [...]

Und seitdem hab ich mich wirklich fortgebildet und gelesen [...] Ich hab auch Kurse gemacht zum pädagogischen Elternberater. Naja jedenfalls hab ich mich dann schlau gemacht und viel getan. Habe einen Verein gegründet, habe jeden zweiten Monat einen Themenabend organisiert und verschiedene Leute eingeladen [...]

Naja irgendwann hab ich gemerkt: David war nicht das Problem! Ich hab David dann immer in die erste Reihe geholt und hab immer gesagt David, David, David, David, 80 Mal die Stunde und hab ich auch immer direkt angesprochen, David, Knie vor, Knie vor.

[...]

Und es gibt viele Kinder mit verschiedenen Problemen! Und ich hab immer alle über einen Kamm geschert. Das mach ich heute noch! Und die Eltern kommen immer zu mir und sagen „Mein Kind muss ausgepowert werden“ und ich sag immer nur „Ne, stimmt nicht! Was die lernen müssen ist, ich stell die hin und sag „So ok, hinstellen! Ok, das Training fängt an. Alle auf eine Linie bitte“ und ich gucke genau, da ist auch ne Linie und ich sage „Ne, ne du stehst über der Linie, du musst an die Linie, Zehen bitte an die Linie, Hände zur Seite.“ Und die müssen im Training wirklich ganz bewusst und wirklich aufmerksam das Training befolgen. Und die fahren bei diesem

Training wirklich runter. Weil so ein Kind auszuemporn, die kannste wirklich 20 Stunden auf ein Laufband stellen und das reicht nicht!

Isabel: Sie meinen also Disziplin ist sehr wichtig?

Mohr: Nein! Nein, einfach aufmerksames, kontrolliertes Verfolgen einer Aufgabe. Egal welche es ist. [...]

Training ist einfach dazu gedacht, dass diese Kinder, nicht ausgepowert werden, sondern einfach wirklich runterfahren. Also Puls, geistig [...]. Es geht nicht darum, dass ich Kunden will [...], sondern, dass Kinder wirklich eine Bezugsperson haben, denen einfach wirklich jemanden hilft, deren Aufmerksamkeit zu lenken. Ich sag den Eltern auch immer, „gucken Sie doch einfach mal zu, damit sie sehen, wie ich mit ihnen umgehe!“ [...] Und Disziplin ist das falsche Wort. Es ist einfach nur Konsequenz! Ich bin einfach nur konsequent. Und sage: nein, nein, nein ein bisschen mehr zurück, nein, nein ein bisschen weiter vor und die Füße zusammen. Und so mach ich mein Training. [...] Egal welche Sportart die Kinder machen! Es geht um die Arbeitsweise. Und ich sag es Ihnen, Karate ist nicht die Lösung, sondern die Arbeitsweise. Also das heißt, es ist nicht Karate, sondern wie arbeite ich mit den Kids und man muss sie auch einfach akzeptieren und einen Weg finden und eine Sprache finden, wie pack ich den an. [...] Und ich war früher sowas von gestresst, aber jetzt weiß ich, ey, die Kids können nichts dafür. Also: Erste Reihe, „Pass auf, David“. Wenn deine Eltern ins Theater gehen oder in die Oper, die teuersten Plätze sind vorne. „Also komm mal nach vorne und setz dich genau hier vorne hin.“ Und ich nimm ihn wirklich beim Schopf, der hat so ne große Leine, der kann noch nicht mal richtig atmen [...] Ja, die Kinder brauchen Strukturen, ganz klare Strukturen! Lobsysteme! Ja, man muss Struktur finden, das ist für mich die Lösung

Isabel: Machen Sie das eigentlich ehrenamtlich oder hauptberuflich?

Mohr: Nein, ich mach das hauptberuflich seit 30 Jahren. [...]

Isabel: Ok dann gehen wir mal weiter zu meinen Fragen. Was machen Sie zum Beispiel, wenn sich ein Kind sehr leicht durch äußere Reize ablenken lässt?

Mohr: Es gibt keine äußeren Reize bei meinem Training. Ich bin, ich bin der Reiz.

Isabel: Aber wenn zum Beispiel irgendein Auto vorbeifährt

Mohr: Nein, ich bin doch in einem Raum, in einer Turnhalle.

Isabel: Ja, aber da gibt es ja auch Fenster.

Mohr: Richtig, aber die Fenster sind nicht das Problem. Ich schnips die Finger und sag „David, David hier bin ich“ und heb die Hand hoch und sag „Hier bin ich. Pass auf, da draußen die Autos sind nicht wichtig, ich bin wichtig.“ Und nach dem Training sag ich, „weißt du was David, heute wars richtig toll. Ich hab dir ein paar mal gesagt, dass du auf mich gucken sollst, das hast du auch echt toll gemacht und du hast dich auch nicht davon ablenken lassen. Es war richtig super heute.“ Ich muss ihn loben, ich muss ihn einfach wirklich schätzen, ich muss ihm das Gefühl geben, „ey, da ist jemand, der einfach mich versteht“ Und nächstes mal machen wir es so. Und wenn das Training voll kacke war dann sag ich „Pass auf, David, heute ist es echt nicht gut gelaufen“ Ich rede nach dem Training mit jedem einzelnen Schülern! [...] Naja und dann sag ich „David, ist es ok für dich wenn ich vor jedem Training mit dir rede? Und nach jedem Training? Ich möchte nur folgendes: Und ich frage nur! Ich sag nicht „Du hast“, sondern ich frage nur. Für mich ist es einfach wichtig, dass ich mit dir besser arbeiten kann.“ Also Ich und Du Botschaften. „Für mich ist es wichtig, dass wir besser klar kommen, das wir uns einfach verstehen. Und heute habe ich das Gefühl gehabt, dass es für mich nicht richtig funktioniert hat mit uns beiden. Was kann ICH nächstes mal tun, damit wir beide besser zusammenarbeiten können.“ Ich geh völlig weg von

diesem DU, DU hast, DU sollst, DU musst usw. Und das muss man echt üben! Und dann sag ich weiter zu David „David, wenn ich dich das nächste mal anspreche, kannst du dich dann auf mich konzentrieren? Tust du mir den Gefallen? Weil ICH würde mich freuen, wenn das einfach klap- pen könnte! Möchtest DU mit mir arbeiten? Fühlst DU dich bei mir wohl?“ Und dann sag ich „Ok pass auf, nächstes mal vor dem Training sprech ich dich nochmal an und du versuchst die ganze Stunde, wenn ich deinen Namen rufe, du einfach aufhörst und einfach die Flugzeuge, die rumfliegen, oder die Autos, die rumfahren, ausblendest und wenn ich deinen Namen sage, kannst du dich dann auf mich konzentrieren? Glaubst du das wäre für dich gut?“ Dann sagt er „Ja“. Und dann, ich muss nächstes mal natürlich dann beim Training, muss ich sagen „David, kannst du dich erinnern? Wenn ich dich heute anspreche dann können wir besser zusammenarbeiten?“ Und dann sagt er JA. Und ey, die Kinder sind so dankbar! Und dann hab ich ihn! Und dann sag ich „David, David“ und dann denkt er „achso, Mensch, ich werd ja grad abgelenkt“ Und dann nach dem Trai- ning sag ich „Hey das war richtig toll heute, es hat so gut funktioniert zwischen uns heute. Wollen wir es nächstes mal genauso machen?“ Und ey und dann hab ich diesen Menschen als Seele, als Mensch, al Denken, als Wesen gewonnen. Und so habe ich viele Schüler aufgebaut und die haben so ein Vertrauen zu mir. Das heißt, das Karate Training ist vollkommen unwichtig. Ich kann [...] jede andere Sportart oder Beschäftigung machen – vollkommen unwichtig – es ist diese Aufmerk- samkeit, dass er etwas gut gemacht hat, dass er heute gut aufgepasst hat und wie können wir es besser machen nächstes Mal?

Isabel: Aber warum glauben Sie dann, warum Ärzte, Kinder mit ADHS oft in Kampfsportvereine schicke?

Mohr: Weil sie sich auspowern sollen!

Isabel: Aber das könnten sie ja in jedem Sportverein.

Mohr: Aber wenn ich Leichtathletik mache, dann müssen sie ne Leistung bringen. Beim Karate- unterricht sind alle froh, wenn viele da sind. Weil beim Karate muss man keine Leistung bringen. Das ist ein Einzelkämpfersport und alle sind da. Und die Vereine freuen sich, wenn die Mitglieder zahlen. Ich bin jetzt mal ganz krass: Bei Leichtathletik muss das Individuum einfach eine Leistung bringen, er muss der schnellste sein, er muss ein bisschen Springen, er muss am meisten einfach dieses Konzept verfolgen, was die dort machen und das können die Kinder nicht, weil keiner in der Lage ist den so einfach zu motivieren. [...]

Isabel: Aber denken Sie, dass das realistisch ist für ehrenamtliche Trainer das alles umzusetzen, was Sie mir hier schon alles erzählt haben?

Mohr: Nein, nein, nein. Nicht, wenn sie einfach nicht jemanden haben, der sie wirklich schult. Ehrlich! Und ich habe mir die Mühe gemacht. Und damit verdiene ich mein Geld. Den Ehrenamt- lichen, denen ist es doch eigentlich egal. Die gehen hin, machen ihr Stündchen und gehen wieder nach Hause.

Isabel: Aber trotzdem muss man doch irgendwas ändern können oder nicht? Also ich bin trotzdem der Meinung, dass die Trainer davon profitieren würden, wenn ich diese Fortbildung mache.

Mohr: Wem bringt das was?

Isabel: Den Trainern und den Kindern.

Mohr: Nein, es bringt dem Verein was, weil die Kinder ihren Mitgliedsbetrag zahlen müssen. Aber wenn die Kinder nach acht Jahren noch dabei sind, dann hat es ihnen was gebracht. Weil diese Kinder können nicht mal kurz gebrochen werden und kriegen eine neue Richtung im Leben, die müssen einfach wirklich nach und nach einfach gelenkt werden. [...]

Isabel: Aber dann ist doch so eine Fortbildung, wie ich es vor habe, der erste Schritt in die richtige Richtung?!

Mohr: Richtig. Aber die werden kein weiteres Interesse haben sich weiterzubilden. Das werden Sie sehen. Glauben Sie mir. Warum auch? Was haben sie denn davon? Sie sind ehrenamtlich. Warum sollen sie sich irgendwo hinsetzen, wenn sie das sowieso nur noch 1-2 Jahre machen. [...]

Ich hatte auch mal einen extra Kurs nur für Kinder mit ADHS. So 20 Stück. Das war ganz anders aufgebaut. Das war ein Lobsystem, mit Punkten, mit Streifen auf dem Gürtel. Das war ein richtiger Act das Training, aber es war diszipliniert, aber ganz gezielt nur für sie. Aber ich hab gesagt, ihr müsst trotzdem beim normalen Training mitmachen. Das war ein gewagtes Projekt. Ich habs auch nach eineinhalb Jahren abgesetzt, weil ich gemerkt hab, es ist nicht gut, weil die Kinder in einem gesonderten Kurs sind und das ist genau das was sie nicht brauchen. Sie müssen ganz normal, im ganz normalen Leben integriert werden und egal welche Lehrer, welche Pädagogen, welche Sportler, welche Trainer, die müssen wissen, ok, hier ist jemand, ich seh das sofort, ich seh das in den ersten 2 Sekunden. „Oh du pass auf, Mama hat gesagt, stell dich mal ganz kurz hin, stell dich mal kurz hin, wie alt bist du? Wie heißt du?“ „Ich heiß Max“ „Pass auf Max, ehm also wichtig für mich ist, dass wenn ich mit deiner Mama rede, dass du genau zuhörst was ich sage, weil du möchtest ja Karate machen, richtig?“ „Ja“ „Dann hör bitte zu“ Auf einmal stand der da und ich hab nur einfach, ich hab nicht gesagt, stell dich hin und sei ruhig. Ich habs hinten rum gemacht und dafür muss man auch ein bisschen Gespür haben. Und das kann man nicht alles in einer Fortbildung lernen. Aber vielleicht die Grundlage. Ich weiß wo diese Menschen herkommen und ich hol sie genau da ab wo sie stehen. Nein, das kann man nicht in einem Video, in einem Buch lernen. Man kann vielleicht die Grundlagen lernen aber das muss man üben. Aber die Leute, die einfach ehrenamtlich tätig sind, denen ist es scheiß egal. Weil es ist einfach anstrengend. Aber es ist einfach schön wenn man sieht, dass sich was ändert und denkt, mensch das hat sich gelohnt. Dieser Schüler hat beim Turnier den zweiten Platz bekommen [...]

Isabel: Dann vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Anhang J

Fortbildung für Kampfsporttrainer zum Thema

Kenntnisvermittlung über *ADHS*, *Fördermaßnahmen* sowie
Sportkinesiologie als Trainingszusatz zur gezielten Förderung
verhaltensauffälliger Kinder

29. JULI 2018

Referenten:
Isabel Vogel
Dr. Werner Klingelhöffer

Agenda

- ▶ Was ist ADHS?
- ▶ Gezielte Fördermöglichkeiten für verhaltensauffällige Kinder

PAUSE

- ▶ Was ist Sportkinesiologie?
- ▶ Sportkinesiologische Übungen als Trainingszusatz (Praxis)

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim



29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Kernsymptome ADHS (Döpfner u.a. 2013)

- ▶ Aufmerksamkeitsstörung
- ▶ Impulsivität
- ▶ Hyperaktivität



29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Aufmerksamkeitsstörung

- ▶ Konzentrationsmangel
- ▶ Flüchtigkeitsfehler
- ▶ Erhöhte Ablenkbarkeit
- ▶ Vermeiden von Anstrengung
- ▶ Abbruch von Tätigkeiten

Wahrnehmungsbereich

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Hyperaktivität

- ▶ Starker Bewegungsdrang
- ▶ Schlechte Risikoeinschätzung
- ▶ Höhere Verletzungsgefahr

Motorischer
Bereich

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Impulsivität

- ▶ Plötzliche und unüberlegte Handlungen
- ▶ Unterbricht und stört andere häufig
- ▶ Redet viel
- ▶ Wutausbrüche
- ▶ Geringe Frustrationstoleranz
- ▶ Stimmungsschwankungen

Soziales Umfeld

29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Weitere Kriterien (Spinath & Brünken 2016)

- *Symptome müssen bereits vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein*
- *Müssen mindestens 6 Monate andauern*
- *Müssen mindestens zwei Lebensbereiche betreffen (z.B. Schule & Zuhause)*

29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Prävalenz (Spinath & Brinken 2016, Schuster 2017, Petermann 2013)

- häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter
- ca. 3 - 5 % der Kinder sind tatsächlich von ADHS betroffen
- bei Jungen zwei- bis dreimal häufiger als bei Mädchen

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

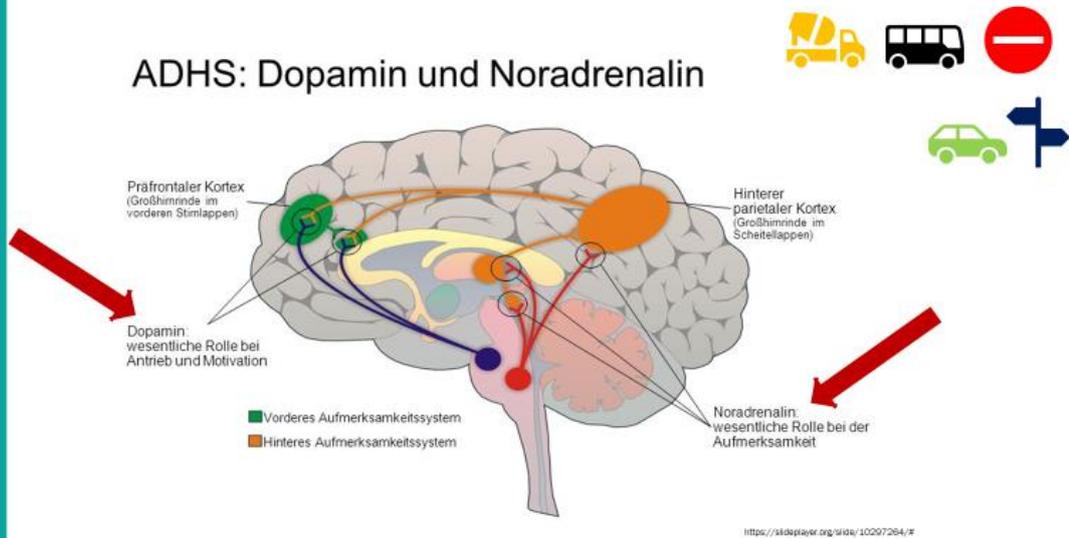
Ursachen (Schuster 2017)

- Biologische Faktoren (genetisch vererbbar)
- Psychosoziale Faktoren (Umwelteinflüsse)

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

ADHS: Dopamin und Noradrenalin



29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Therapie (Lehmkuhl 2004)

- Multimodale Therapieprogramme
- Ergänzung von
 - pädagogischen,
 - medikamentösen (Methylphenidat)
 - verhaltenstherapeutischen (Eltern-/Patientenzentriert) Therapien
- (Kampf-)Sport

29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Warum Kampfsport? (Armstrong 2007, Nachtwey 2003)

- Selbstkontrolle
- Konzentrationsfähigkeit
- Respekt
- Soziale Integration
- Abbau aufgestauter Energien
- Achtsamer Umgang mit Mitmenschen
- Fairness
- Bewegungskoordination & Gleichgewichtssinn



29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

FÖRDERMAßNAHMEN

29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Grundprinzipien



29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Grundprinzipien



29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Positive Verstärker (Krowatschek 2015)

- Positive Konsequenz auf ein Verhalten erhöht Auftretenswahrscheinlichkeit!
- Verschiedene Formen positiver Verstärkung:
 - *Soziale Verstärker (Zuwendung, Beachtung, Lächeln, Loben, Ermunterung etc.)*
 - *Materielle Verstärker (Punktepläne, Token, Süßigkeiten etc.)*

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Loben (Krowatschek 2015)

- Loben Sie Verhalten
 - *das neu ist*
 - *das für das Kind Anstrengung bedeutet*
 - *auf das das Kind stolz ist*
- Loben Sie
 - *beschreibend – Was ist gut gelungen?*
 - *präzise*
 - *altersgemäß, authentisch*
 - *nebenbei*



29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Punktesystem (Hübschle & Schneider)

- Problemverhalten beschreiben
- Gemeinsam (konkretes!) Verhalten festlegen, für das es einen Belohnungspunkt gibt
- Nicht zu viele Verhaltensweisen → Beschränkung auf wenige
- Überschaubarkeit für Kind wichtig

- Kind bekommt einen Punkt auf eine vorher festgelegte Verhaltensweise
- Vereinbarung: bestimmte Anzahl an Punkten → Belohnung (von Eltern!!)

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Bei Aufgabenstellungen aufmerksam zuhören	😊	😊	😊		
Pünktlich zum Training kommen	😊				
Das Begrüßungs-/Verabschiedungsritual ruhig mitmachen	😊				
...					

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Bewusstes Ignorieren

(Abelein & Stein 2017)

Wenn Störverhalten eines Kindes andere Kinder nicht beeinträchtigt, dann ist das Ignorieren dieser Verhaltensweisen oftmals effizienter und weniger störend für den Lehr- und Lernablauf in der Gruppe, als (wiederholte) verbale Ermahnungen oder Bestrafungen.

Catch him (her) being good

(Abelein & Stein 2017)

Anstatt das häufiger gezeigte unerwünschte Verhalten zu tadeln, wird das zu beobachtende positive Verhalten rückgemeldet.

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Grundprinzipien



Verbale Kommunikation



Strukturelle Kommunikation



Verbale Kommunikation

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Grundprinzipien



Verbale Kommunikation

29.07.2018



Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim



Konsequent sein!

Aufmerksamkeitsdauer (Kemmerich 2017)



Alter	Aufmerksamkeitsdauer ohne ADHS
7 Jahre	15 Minuten
8-9 Jahre	20 Minuten
10-12 Jahre	25 Minuten
13-17 Jahre	30 Minuten

Für Kinder mit ADHS gelten kürzere Zeitspannen!

29.07.2018

Kampfsport & ADHS - TSV Weilheim

Beruhigungszeit (Kemmerich 2017)

- Ziel: Übererregung durch Neutralisation abbauen
 - Vereinbarung mit Kind ausmachen
 - Kind setzt sich an einen zuvor ausgemachten Platz und entscheidet selbst, wann am Training teilnehmen
 - Nach Ende der Ruhezeit nicht nachhaken
- erst zu nächstem ruhigen Zeitpunkt (z.B. nach dem Training)

Auspowern

- Auspowern durch Alternativen
- Vereinbarung mit Kind
- Z.B. Kind 3 mal um die Halle laufen lassen, Liegestützen...
- Nach Bewegungspause ist Konzentration wieder da

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Regeln, Rituale und Rhythmisierung (Abelein & Stein 2017)

- Rituale → symbolische Bedeutung
- Durch Regeln → Ordnung und Gerechtigkeit im Training
- Vereinbarungen, welche Verhaltensweisen angemessen und welche unangemessen sind
- Nonverbale Vereinbarungen:
 - Ampel (grün-orange-rot)
 - Gelbe & Rote Karte,
 - 1-2-3-Regel

Vorteil: unmittelbar & möglichst unterbrechungsfreie Rückmeldung an das Verhalten

- Reflexion am Ende des Trainings

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Positive Eigenschaften einer ADHS-Persönlichkeit (Kemmerich 2017)

- Unerschöpfliche Energie
- Neugier
- Erfinder, Macher
- Einfühlsamkeit
- Humor
- Starker Gerechtigkeitssinn
- Hilfsbereitschaft
- Nicht nachtragend
- Stehaufmännchen

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Take-Home-Message

1. Struktur (klare, wiederkehrende Abläufe)
2. Das verhaltensauffällige Kind in der ersten Reihe positionieren
3. Kind mit seinem Namen ansprechen anstelle von „Du...“
4. Konsequenz sein
5. Kinder wertschätzen, ihnen Vertrauen schenken
6. Ich-Botschaften
7. An der Schulter berühren, um Aufmerksamkeit zurückzubekommen
8. Klare Regeln
9. Powerphasen → Konzentration
10. Austausch mit Eltern

29.07.2018

Kampfsport & ADHS – TSV Weilheim

Literatur

Abelein, Philipp & Stein, Roland (2017): Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Döpfner, Manfred, Frölich, Jan & Lehmkuhl, Gerd (Hrsg.) (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2. Aufl. Göttingen u.a.

Hübschle, Susanne & Schneider, Albert: Kinder wirksam belohnen. Ein Belohnungsprogramm für Kinder (mit und ohne ADS). <http://www.kinderaerzte-hs.de/downloads/belohnungsprogramm.pdf>

Kemmerich, Rudolf (2017): ADHS von A bis Z. Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Krowatschek, Dieter (2015): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Schulkinder. 9. Aufl. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Schuster, Beate (2017): Pädagogische Psychologie. Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten. Heidelberg: Springer.

Spinath, Birgit & Brünken, Roland (Hrsg.) (2016): Pädagogische Psychologie. Diagnostik, Evaluation und Beratung. Göttingen.

Petermann, Franz (Hrsg.) (2013): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 7. Aufl. Göttingen u.a.

Anhang K



Lehrtätigkeit & Netzwerk



Kinsporth® - Sportkinesiologie für verhaltensauffällige Kinder im Rahmen (östlicher) Kampfkunst

Dr. med. Werner Klingelhöffer, Bad Tölz
Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie
Akupunktur, Sportkinesiologie

Gast-Dozent an der Int. Kinesiologie Akademie **Frankfurt**
Kooperation mit powerbrain **Allershausen**
Kooperationspartner der Sport|Jugendherberge **Bad Tölz**



sportkinesiologische Trainingsmethoden www.kinsporth.de



Mit Vielfalt leben

kin esiologie

kinsporth®

sp ort

orthopädie

gerade όρθός
Erziehung παιδεία



Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden www.kinsporth.de

Mit Vielfalt leben

Aus was besteht KINSPORTH® ?

Einzeltraining
Gruppentraining
Entspannungstraining
Leistungstraining

Denkmodell
Kinesiologie

Hyperton X, Touch for Health, BrainGym®

TCM

Sportpsychologie

Therapie



Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

kinsporth

www.kinsporth.de

Mit Vielfalt leben

Das Prinzip der 3 Ebenen

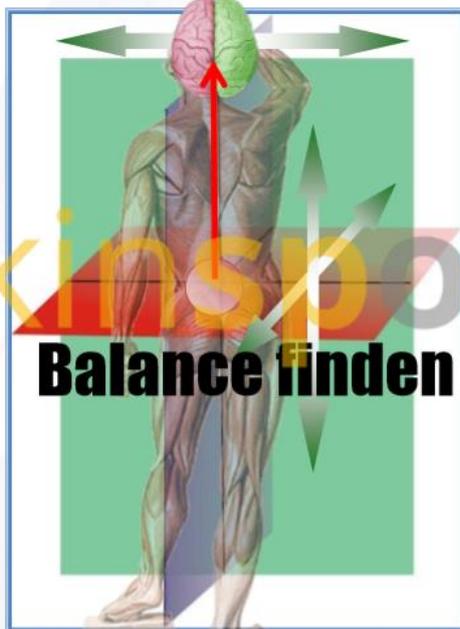
Aikido hat das KI (Lebensenergie)

Pilates spricht vom Powerhouse

Mark Verstegen macht das CORE-
Training

Balance finden im Körper

KINSPORTH®
hat den Schnittpunkt
der 3 Ebenen



Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

kinsporth

www.kinsporth.de

die Intelligenzen der beiden Gehirnhälften

Linke Hälfte

Aktion
rationelles Denken
Leistung
Muskelarbeit
Karriere, Geld
Aussehen / **Fassade**
Fremdbestimmung
Belehrung
„erleben“
Funktionieren
Kongurrenz
Misstrauen

Analytische Intelligenz (IQ)

Emotionale Intelligenz (EQ)

Rechte Hälfte

Emotion
Musik, **Rhythmus**, Struktur
Gefühl, Harmonie
Wissen
Wertschätzung
Anerkennung, Respekt
Zuweisung, Definition
Kommunikation, **Name**
„leben“
Identifizieren
Kreativität
Vertrauen

Balance finden im Geist

Aus **Betroffenen** **Beteiligte** machen

Verhindert den Transport von rechts

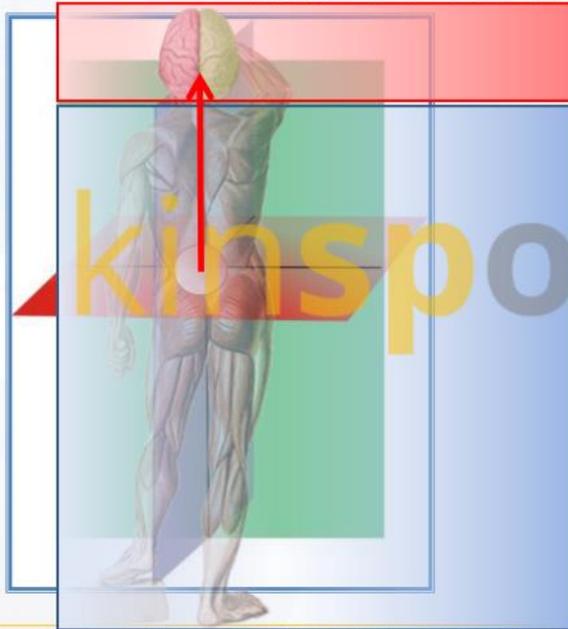
- Hinweise
- Kritik
- Mahnungen
- Zurechtweisungen
- Wertminderungen
- Negierung
- Siegerdruck

- Einbindung
- Lösungsvorschläge
- Anerkennung
- Verantwortung
- Lob
- Förderung
- Gewinnen

Gewinner brauchen keinen Sieg

Mit Vielfalt leben

Wenn nur reden oder lernen nichts hilft



Psychologen, Mentaltrainer, Coacher usw.

Sportkinesiologen

Trainer, Physiotherapeuten, Athletiktrainer, Masseure usw.



kinsporth

Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

www.kinsporth.de

Mit Vielfalt leben

Links-Rechts-Shunt Balancen zusammenführen

analytisch

emotional

analytisch

emotional

analytisch

emotional

analytisch

emotional

kinästhetisch

kinsporth

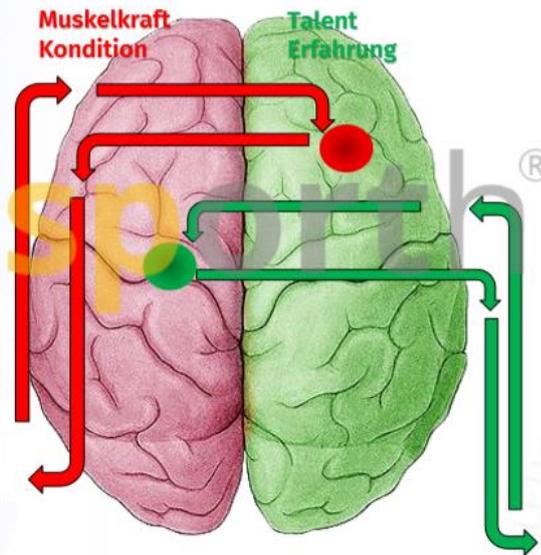
Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

www.kinsporth.de

Der mentale Zugang beim Einzelsportler/ Teamsportler

- Trainiert für sich
- Fördert durch Leistung Selbstvertrauen
- Speichert seine Leistung rechts ab und rekrutiert sie daraus
- Bringt seine Leistung im Wettbewerb

Einzelsportler



- Trainiert für die Mannschaft
- Fördert durch Leistung Teambuilding
- Steigert seine Leistung links
- Gibt seine Leistung dem Team zurück

Mannschaftsportler

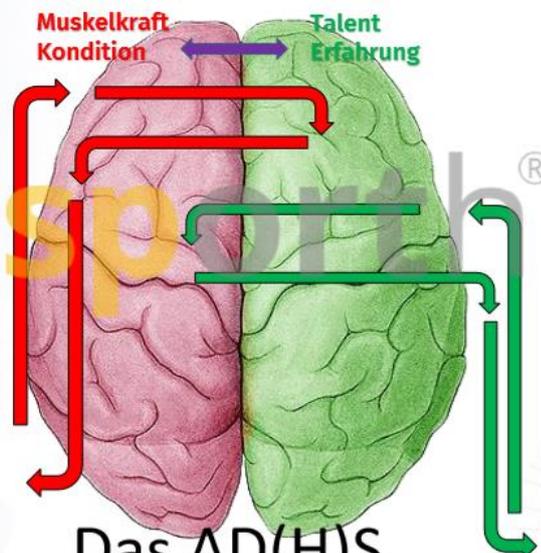
kinsporth

Synapsenaktivitätsdefizit durch Dopamintransferstörung

- Lebt seine Hyperaktivität ohne Kontrolle von rechts aus
- Geht gerne ins Risiko
- Hat keine Geduld
- Schlecht teamfähig

Therapie/Training:
Pushen,
Leistungsgrenze
erreichen, danach
rechte Gehirnhälfte
aktivieren

Ist ein
Einzelkämpfer
als AD(H)s



Das AD(H)s

- Igelt sich gerne in seine rechte Hälfte ein
- Hat viel Geduld
- Probleme mit Aktivität

Therapie/Training:
Vorsichtige
Leistungssteigerung
mit viel Lob

Ist ein
Einzelkämpfer
als ADS

kinsporth

physikalisch

Einschränkung von
Aktivitäten durch
Behinderung

chemisch

Ernährung

Stressoren

soziales & emotionales Umfeld

Körperliche oder psychische Belastung
Mangel an Entspannung
Sozialer Rollenkonflikt
Unzulängliche soziale Fähigkeiten

psychisch

Kinesiologische Störfaktoren im Training/Rehabilitation



lernen/ trainieren

Misserfolg

Sportkinesiologie

Beginn des Burnouts

Frustration

Sportpsychologie

Depression

Mit Vielfalt leben

Ursachen und Therapie mentalen Dysbalance

Beginn vor jedem Training
Ohr, Augen, Acht

Mentaler
Zustand

Stresstraining
positives Denken
Emotionale Intelligenz

Emotionen

Situation

Energie

Aktion

Selbstvertrauen

kinsporth

Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

www.kinsporth.de

Mit Vielfalt leben

Stroop-Test

YELLOW	BLUE	ORANGE	PURPLE	
BLACK	RED	GREEN	BLUE	ORANGE
PURPLE	YELLOW	RED	BLUE	RED
ORANGE	GREEN	BLUE	BLACK	YELLOW
BLUE	RED	PURPLE	BLUE	BLACK
GREEN	BLUE	ORANGE	ORANGE	

kinsporth

Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

www.kinsporth.de

Mit Vielfalt leben

So funktioniert die Sportkinesiologie!



Bal-a-vis-X

kinsporth

Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

www.kinsporth.de

Mit Vielfalt leben

Beispiel- Übungen für verhaltensauffällige Kinder

- Die 3 Ebenen mit einem Ball
- Dynamisches Stretching
- Vertrauen mit Seil und Rückenübungen
- Gehirnverdrehungen im Kreis
- Kreisspiel mit Ball
- Motivationskreis
- Powerloop

kinsporth

Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

www.kinsporth.de

Mit Vielfalt leben



Balance von und zwischen Körper und Geist,
das ist
KINSPORTH®

kinsporth 

Ausbildungszentrum für sportkinesiologische Trainingsmethoden

www.kinsporth.de

Anhang L

Zusammenfassung des Vortrags von Isabel Vogel

Definition ADHS

ADHS: **Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung**

Kernsymptome:

1. *Aufmerksamkeitsstörung* (Wahrnehmungsbereich)
 - Dauerhaftes Konzentrationsproblem
 - Bei starkem Interesse ist längerer Aufmerksamkeitsfokus möglich
 - Schnell durch äußere Reize ablenkbar
 - Vermeiden von Anstrengung
2. *Hyperaktivität* (motorischer Bereich)
 - Motorische Unruhe
 - Starker Bewegungsdrang
 - Schlechte Risikoeinschätzung
 - Hohe Verletzungsgefahr
3. *Impulsivität* (Soziales Umfeld)
 - Spontanes, unüberlegtes Handeln
 - Starke Stimmungsschwankungen
 - Spontane Zwischenrufe
 - Sich schnell angegriffen fühlen
 - Wutausbrüche

Setting:

Kernsymptome müssen in unterschiedlichen (mind. 2) Lebenssituationen auftreten (z.B. Schule & Zuhause)

Verlauf:

Symptome müssen bereits vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein und länger als 6 Monate andauern.

Prävalenz

- etwa 3 - 5 % der Kinder in Deutschland sind von ADHS betroffen
- bei Jungen tritt ADHS zwei- bis dreimal häufiger auf als bei Mädchen

Ursachen

- Die Hauptursache für ADHS ist noch immer nicht empirisch nachgewiesen.
- zwei Hauptrichtungen
 - biologische Faktoren (Dopamin-Mangel im Gehirn gilt als Ursache für Aufmerksamkeits- und Impulssteuerungsschwäche)
 - psychosoziale Faktoren (Umwelteinflüsse → das soziale und räumliche Umfeld, die Erziehung, die Schule und die Familie)

Therapie

Multimodale Therapieprogramme

- Ergänzung von pädagogischen, medikamentösen (Wirkstoff: Methylphenidat) und verhaltenstherapeutischen Therapien (Eltern- und familienzentrierte Verfahren; Patientenzentrierte Verfahren; Schulzentrierte Verfahren)

Warum Kampfsport?

- Selbstkontrolle
- Konzentrationsfähigkeit
- Respekt
- Soziale Integration
- Abbau aufgeregter Energien
- Achtsamer Umgang mit Mitmenschen
- Fairness
- Bewegungskoordination & Gleichgewichtssinn

Fördermaßnahmen



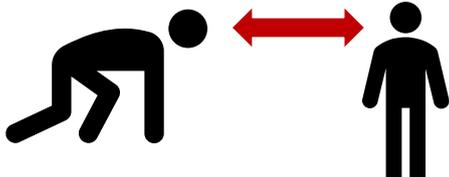
Klare, kurze Anweisungen statt langatmige Erklärungen.



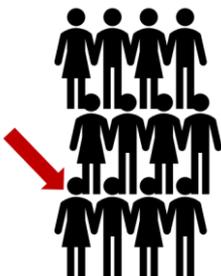
Greifen Sie das verhaltensauffällige Kind an der Schulter, um seine Aufmerksamkeit zurückzugewinnen.



Positive Wortwahl statt Verbote. Betonen Sie, wie wichtig Ihnen die Anweisung ist.



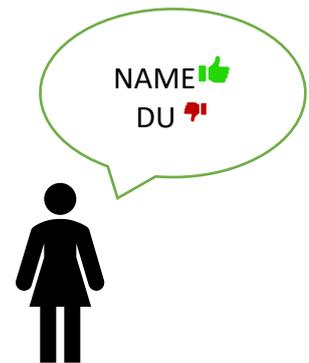
Gehen Sie in die Hocke, um auf gleicher Augenhöhe mit dem Kind zu sprechen.



Positionieren Sie das verhaltensauffällige Kind wenn möglich in der ersten Reihe.



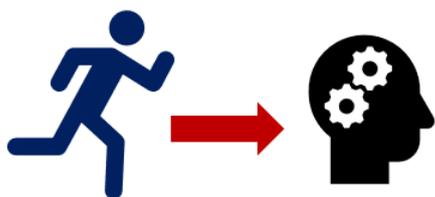
Ich-Botschaften: Wie habe ICH mich gefühlt? Damit wird das Verhalten und nicht die Person kritisiert.



Kind mit seinem Namen ansprechen.



Konsequent sein!



Immer wieder „Powerphasen“ einbauen, um Konzentration wieder aufzubauen. Vor allem vor neuen Übungen/Spielen!!



Tauschen Sie sich regelmäßig mit den Eltern des betroffenen Kindes aus. Was lief heute im Training gut/schlecht? Wo macht das Kind Fortschritte? Etc.

TrainerInnen leben den Kindern vor

- Respekt & Wertschätzung
- Anerkennung
- Vertrauen

Aufmerksamkeitsdauer

Alter	Aufmerksamkeitsdauer (ohne ADHS)
7 Jahre	15 Minuten
8-9 Jahre	20 Minuten
10-12 Jahre	25 Minuten
13-17 Jahre	30 Minuten

- Durchschnittswerte!
- Für Kinder mit ADHS gelten kürzere Zeitspannen!
- Aufmerksamkeit kann durch eine kurze Pause (ca. 5 Minuten) wiederhergestellt werden.

Beruhigungszeit oder Auspowern?

Wenn das verhaltensauffällige Kind sich nicht mehr auf den Trainer konzentrieren kann, hilft oft gezieltes Auspowern oder manchmal auch das Gegenteil, eine Beruhigungszeit:

Wichtig: die Beruhigungszeit oder das Auspowern sind keine Bestrafungsmaßnahmen für das Kind! Es ist Teil des Umgangs mit dem betroffenen Kind!

Leider gibt es kein Patentrezept, welche Maßnahme in den jeweiligen Situationen am besten passt. Das kann nur durch Ausprobieren herausgefunden werden.

Auspowern

- Tauschen Sie sich mit den Eltern des betroffenen Kindes aus. Welche Methoden nutzen sie, um ihr Kind auszupowern? Was hilft dem Kind am meisten?
- Immer klare Absprachen auch mit dem Kind! Vorschläge des Kindes beachten! Wiedererkennbare Abläufe machen es dem Kind leichter!
- Z.B. um die Halle laufen lassen, Liegestütze etc.
- nach einer Bewegungsphase ist Wahrscheinlichkeit groß, dass die Konzentration wieder vorhanden ist.

Beruhigungszeit

- Ziel ist es, die Übererregung des Kindes durch Neutralisation abzubauen.
- Die Beruhigungszeit soll eine Hilfe, keine Strafe sein!
- Kind setzt sich an einen zuvor ausgemachten Platz und entscheidet selbst, wann es wieder am Training teilnehmen kann.
- Nach Ende der Beruhigungszeit sollte nicht nachgehakt werden (Vermeiden erneuter Provokation).
- Der Konflikt sollte nur in einem ruhigen Augenblick angesprochen werden, z.B. nach dem Training.
- Meist wird die Beruhigungszeit nach einigen Durchgängen vom Kind selbst als hilfreich empfunden.

Bewusstes Ignorieren

Wenn das Störverhalten eines Kindes andere Kinder nicht beeinträchtigt, ist das Ignorieren der Verhaltensweise oftmals effizienter und weniger störend für den Lehr- und Lernablauf in der Gruppe, als (wiederholte) verbale Ermahnungen oder Bestrafungen.

Catch him (her) being good

Anstatt das häufiger gezeigte unerwünschte Verhalten zu tadeln, wird das beobachtete positive Verhalten rückgemeldet.

Rituale, Regeln und Rhythmisierung

- Rituale → symbolische Bedeutung
- Durch Regeln (nicht mehr als 6 Regeln) → Ordnung und Gerechtigkeit im Training
- Vereinbarungen festlegen, welche Verhaltensweisen angemessen und welche unangemessen sind
- Nonverbale Vereinbarungen:
 - *Ampel (grün-orange-rot)*
 - *Gelbe & Rote Karte,*
 - *1-2-3-Regel*
- Vorteil: unmittelbare und möglichst unterbrechungsfreie Rückmeldung an das bestandene Verhalten
- Reflexion am Ende des Trainings

Loben/Belohnung

Loben Sie Verhalten

- das neu ist
- *das für das Kind Anstrengung bedeutet*
- *auf das das Kind stolz ist*

Loben Sie

- *beschreibend – Was ist gut gelungen?*
- *präzise*
- *altersgemäß, authentisch*
- *nebenbei*

Punktesysteme

- Kinder können im Training Punkte sammeln → Belohnung erfolgt dann aber von den Eltern. (Mit Eltern absprechen!)
- Gemeinsam (konkretes!) Verhalten festlegen, für das es einen Belohnungspunkt gibt
- nicht zu viele Verhaltensweisen → auf wenige beschränken
- Punkteplan mit betroffenem Kind besprechen! Es muss klar erkennbar für das Kind sein, für welches Verhalten es einen Punkt bekommt.
- Nach jedem Training Punkteplan besprechen.

Allgemein gilt:

Wirksamer ist der Belohnungsentzug als die echte Strafe! Strafe frustriert eher!

Beispiel für einen Punkteplan:

Bei Aufgabenstellungen aufmerksam zuhören	😊	😊	😊		
Pünktlich zum Training kommen	😊				
Das Begrüßungs-/Verabschiedungsritual ruhig mitmachen	😊				
...					

Positive Eigenschaften einer ADHS-Persönlichkeit

Unerschöpfliche Energie, Neugier, Erfinder, Macher, Einfühlsamkeit, Humor, starker Gerechtigkeitssinn, Hilfsbereitschaft, nicht nachtragend, Stehaufmännchen

Literatur

Abelein, Philipp & Stein, Roland (2017): Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Döpfner, Manfred, Frölich, Jan & Lehmkuhl, Gerd (Hrsg.) (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2. Aufl. Göttingen u.a.

Hübschle, Susanne & Schneider, Albert: Kinder wirksam belohnen. Ein Belohnungsprogramm für Kinder (mit und ohne ADS). <http://www.kinderaerzte-hs.de/downloads/belohnungsprogramm.pdf>

Kemrigh, Rudolf (2017): ADHS von A bis Z. Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Schuster, Beate (2017): Pädagogische Psychologie. Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten. Heidelberg: Springer.

Spinath, Birgit & Brünken, Roland (Hrsg.) (2016): Pädagogische Psychologie. Diagnostik, Evaluation und Beratung. Göttingen.

Petermann, Franz (Hrsg.) (2013): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 7. Aufl. Göttingen u.a.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Vogel, Isabel Franziska, geboren am 04.03.1994, Matrikelnummer 1300988,

an Eides statt, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit mit dem Titel:

Verhaltensauffällige Kinder - speziell Kinder mit ADHS - und Kampfsport

Entwicklung und Evaluation einer Trainerfortbildung zum Thema:

Kenntnisvermittlung über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sowie Sportkinesiologie als Trainingszusatz zur gezielten Förderung verhaltensauffälliger Kinder

selbstständig verfasst, ganz oder in Teilen noch nicht als Prüfungsleistung vorgelegt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die benutzten Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und dergleichen sowie für Quellen aus dem Internet.

Augsburg,

Datum

Unterschrift