



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„ADHS aus heilpädagogischer Sicht“

Eine Studie zum Nutzungsverhalten des Mediums „Fernsehen“ von
Kindern mit ADHS-Diagnose

Verfasserin

Nina Winkler

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienbuchblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienbuchblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuer: Univ. Prof. Dr. Mag. Christian Swertz

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	7
1.1	Problemskizze	7
1.2	Heilpädagogische Relevanz – medienpädagogische Relevanz	15
1.3	Forschungsstand und Forschungslücke	17
1.4	Fragestellung	21
1.5	Forschungsmethode	21
1.6	Aufbau der Arbeit	22
2	WAS IST ADHS?	24
2.1	Begriffsabklärung	24
2.2	Diagnose	25
2.2.1	Zusammenfassung	28
2.3	Symptome	28
2.3.1	Zusammenfassung	31
2.4	Begleitstörungen bzw. Komorbiditäten	32
2.5	Ursachenmodelle	35
2.5.1	Genetisches und neurobiologisches Erklärungsmodell	35
2.5.2	Nicht genetisch bedingte Faktoren	39
2.5.3	Zusammenfassung	41
2.6	Behandlung bzw. Therapie	43
2.6.1	Kindzentrierte Ansätze	44
2.6.1.1	Medikamentöse Behandlung	44
2.6.1.2	Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Methoden	49
2.6.1.3	Spieltraining und andere Verfahren	50
2.6.2	Eltern- familienzentrierte Ansätze	53
2.6.3	Kindergarten- und schulzentrierte Ansätze	53
2.6.4	Multimodale Therapieansätze	53
2.7	Geschichte	54
2.7.1	Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)	57
2.7.2	Andere Bezeichnungen derselben Symptomatik	59
2.8	ADHS heute	61
2.9	Ausblick	63

3	MEDIZIN UND HEILPÄDAGOGIK	65
3.1	Relevanz des medizinischen Krankheitsbegriffes für die heilpädagogische Praxis	68
3.2	Medizinisierung von ADHS	68
3.3	ADHS und der biologisch inspirierte Normalitätsbegriff	70
3.4	Rolle der Heilpädagogik	72
4	MEDIEN	75
4.1	Begriffsdefinition Medien	75
4.2	Medien- und Informationsgesellschaft	76
4.2.1	Mediensozialisation	78
4.2.2	Medienkompetenz	79
4.3	Medien und Kinder	81
4.4	Fernsehen und Kinder mit ADHS Diagnose	84
5	EMPIRISCHER TEIL	87
5.1	Methodische Vorgehensweise	87
5.1.1	Qualitatives Interview in der Sozialforschung	87
5.1.2	Leitfaden-Interview	89
5.1.3	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	90
5.2	Datenauswertung der Interviews	92
5.2.1	Kinder ohne ADHS Diagnose	95
5.2.2	Kinder mit ADHS-Diagnose	98
5.3	Vergleich der Stichproben und Dateninterpretation	101
5.4	Resumée	109
6	CONCLUSIO	112
7	LITERATUR	115
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	124
9	INTERNETQUELLEN	125
10	ANHANG	1
10.1	Empirischer Auswertungs-Teil - Kinder ohne ADHS-DIAGNOSE	1
10.1.1	Interview Philipp F.	1

10.1.1.1 Freizeitverhalten	6
10.1.1.2 Fernsehen	8
10.1.1.3 Wahrnehmung	14
10.1.1.4 Stellenwert des Mediums	17
10.1.1.5 Soziales Profil des Kindes	19
10.1.2 Interview Nico	21
10.1.2.1 Freizeitverhalten	27
10.1.2.2 Fernsehen	29
10.1.2.3 Wahrnehmung	34
10.1.2.4 Stellenwert des Mediums	38
10.1.2.5 Soziales Profil des Kindes	39
10.2 Empirischer Auswertungs-Teil - Kinder mit ADHS-DIAGNOSE	42
10.2.1 Interview Fabian	42
10.2.1.1 Freizeitverhalten	49
10.2.1.2 Fernsehen	52
10.2.1.3 Wahrnehmung	60
10.2.1.4 Stellenwert des Mediums	63
10.2.1.5 Soziales Profil des Kindes	64
10.2.2 Interview Philipp	66
10.2.2.1 Freizeitverhalten	72
10.2.2.2 Fernsehen	77
10.2.2.3 Wahrnehmung	84
10.2.2.4 Stellenwert des Mediums	87
10.2.2.5 Soziales Profil des Kindes	88
ABSTRACT	91
LEBENS LAUF	93

1 EINLEITUNG

1.1 Problemskizze

„Immer mehr Kinder der Postmoderne scheinen durch ein spezifisches Verhaltenssyndrom aufzufallen, das durch besondere ‚Impulsivität‘ bzw. durch exzessive verbale und motorische Aktivität und einer damit verbundenen Aufmerksamkeitsstörung geprägt ist“ (Mattner 2002, S 7).

Das Verhaltensproblem zeigt sich gehäuft im Kindergarten und in der Schule (a.a.O).

Anknüpfend an die Aussage Mattners schreibt Warda (2004, 4): „In der heutigen Zeit taucht der Begriff ADHS mehr und mehr in Zusammenhang mit unkonzentrierten, zappeligen und/oder verträumten Kindern auf. Eltern, Lehrer und Erzieher stellen eine Zunahme der Anzahl der sogenannten ‚schwierigen‘ Kinder fest, die nur mit sehr großem Aufwand an Zuwendung und Verständnis, im Kindergarten, in der Schule oder ihrem eigenen Zuhause ‚funktionieren‘“. Der hier kurz und prägnant erklärte Verhaltensa Ausdruck wird im Klassifikationssystem DSM-IV (der American Psychiatric Association, 1994; Saß et al., 1996) als Hyperkinetisches Syndrom bezeichnet, während die ICD-10 (World Health Organization, 1993; Weltgesundheitsorganisation, 1991, 1994) den Begriff Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung wählt (Döpfner et al 2002, 13). Der Wissenschaftler Steinhausen (1982, 22 zit. nach Mattner 2002, 8) beschreibt das Hyperkinetische Syndrom mit den zentralen Merkmalen: Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität, Erregbarkeit/Irritierbarkeit, Emotionale Störungen, Dissoziales Verhalten und Lernstörungen. ‚Aufmerksamkeitsdefizit‘ beschreibt in dieser Begriffsbestimmung die Unfähigkeit des Betroffenen seine dauerhafte Aufmerksamkeit auf andere Personen und deren Äußerungen, Objekten, Aufgaben oder Inhalten zuzuwenden, wenn sie dem Betroffenen nicht interessieren. Dies kann auch auf Gedanken und Gefühle zutreffen (Drüe 2007, 49). Leuzinger-Bohleber (2006, 11) bezeichnet die Diagnose ADHS

(Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung) in der Einführung ihres Sammelbandes, „ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen.“ als „Modediagnose“, da mittlerweile 80 Millionen Kinder an ADHS leiden und demzufolge mit Amphetaminen behandelt werden. Grothe und Horlbeck (2006, 134) meinen, dass mittlerweile der Eindruck entstehe, ADHS werde als Diagnose für alle kindlichen Schwierigkeiten angegeben. Die Präsenz dieser Problematik weckt nun das Interesse anderer Disziplinen, wie in diesem Fall der Heilpädagogik, die im therapeutischen Bereich wirksam werden kann. Umfassende Therapien zur Stärkung der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie auch der Selbstwahrnehmung scheinen sinnvolle Komponenten zu sein, um eine medikamentöse Behandlung in den Hintergrund zu verweisen.

Ursache

Spricht man von einem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) handelt es sich nicht um ein einheitliches Störungsbild, sondern um eine Verhaltensbeschreibung, die unterschiedliche Ursachen haben kann (Amft 2002, 52). Da es bisher keine wissenschaftlich belegte eindeutige Ursache (hirnorganische Fehlentwicklung, funktionale Schwächen von neuronalen Überträgersubstanzen) gibt, schafft die Bezeichnung dieser Symptomatik als „Syndrom“ Abhilfe aus der „diagnostische(n) Notlage“(Mattner 2002, 17). Dieser Begriff ermöglicht es, sofern sich diese Verhaltensmerkmale einem vorab definierten Abweichungskatalog zuordnen lassen, hypothetisch von einer cerebralen Verursachung ausgehen zu können, die zur Behandlung von ADHS mit Ritalin geführt hat, (a.a.O).

Die unterschiedlichsten Erklärungsmodelle für die Ursache von ADHS wie sie Wetschnig (2008, 29) anführt, reichen von einer Aufmerksamkeitsschwäche aufgrund von visuellen, auditiven oder kinästhetischen Wahrnehmungsstörungen, über ADHS als Folge unserer reizüberfluteten Gesellschaft, wovon De Grandpre (2000) in seinem Buch, „Die Ritalin Gesellschaft“ ausgeht, sowie über ADHS als Stoffwechselstörung. Wiederum andere Wissenschaftler sehen ADHS als allergische Reaktion oder bedingt durch falsche Ernährung. Einige Forscher machen Impfschäden für die Entstehung von ADHS verantwortlich, während ein anderer Teil den Wandel in

der Familienstruktur als Ursache ansieht. Auch Traumata bei der Geburt sollen zur Entstehung dieses Phänomens beitragen. Zuletzt werden unsere überstimulierte Gesellschaft, von der Reichenberg und Ullmann im Werk „Es geht auch ohne Ritalin“ ausgehen, eine Störung der Inhibition neuronaler Aktivitäten, sowie ein Dopaminmangel genannt, um die Ursache zur Entstehung dieser Verhaltensauffälligkeit zu beschreiben (Wetschnig 2008, 29).

Zu den Ursachen des ADHS-Syndroms zählt Hülshoff (2005, 332) in seinem Buch, „Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik“ auch den natürlichen Bewegungsdrang, zivilisatorische Anforderungen im Umfeld, in der Schule etc., die Reizüberflutung und Hektik im Alltagsleben der Großstadt, sowie die exzessiven Fernseh- und Computerspielgewohnheiten, die Hyperaktivität begünstigen können. Weiter gibt er als Teilursachen für die Verhaltensstörung ADHS Nahrungsmittelzusatzstoffe wie Konservierungsmittel, Lebensmittelfarbstoffe etc. sowie die seelische Konfliktlage des Kindes, (Depression, Angst, Vernachlässigung, Kindesmisshandlung,...) an. Im engeren Sinn jedoch ist ADHS auf neurobiologische Konstitutionsmerkmale wie funktionalen Steuerungsdefiziten und Ungleichgewicht neurochemischer Systeme zurückzuführen. Auch genetische Einflüsse, und diverse Umweltreaktionen, biologisch-chemischer (Nahrungsmittel), physikalischer (Reizüberflutung) und psychosozialer Natur (Stress), werden derzeit diskutiert (a.a.O., 333).

Leuzinger-Bohleber (2006,14f) erkennt ebenfalls, dass das Spektrum für die ADHS Diagnose von genetischen, hirnanorganischen, neurobiologischen, kulturellen, bis zu psychosozialen und psychodynamischen Determinanten reicht. Hüther (2002, 140f) merkt an, dass das Störungsbild von ADHS ein komplexes ist und die Ursachen für eine Fehlentwicklung von einer ungünstig verlaufenden Schwangerschaft über einen problematischen Geburtsprozess bis hin zu frühen Bindungsstörungen und entsprechenden Fehlentwicklungen des Erziehungs- und Sozialisationsprozesses reichen. Auch andere Ursachen wie Stoffwechselstörungen, Allergien, Fehlernährungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Auswirkungen der Nahrungsmittelzusätze sollen am Rande erwähnt eine Belastung für die gesunde Entwicklung von Kindern darstellen und können das empfindliche Organ, Gehirn, in seinen Entwicklungs- und Reifungsprozessen stören (a.a.O.).

Derzeit vertretene Ursache und Behandlung

Wie oben schon angeführt existieren mehrere Modelle zur Ursachenerklärung des Phänomens ADHS. Vorherrschend wird derzeit die Dopaminmangel-Hypothese vertreten, die die Grundlage für die medikamentöse Behandlung darstellt (Heinemann und Hopf, 2006, 14 zit. nach Wetschnig 2008, 31). Hüther (2002, S 71) führt an, dass im Fall der Dopamin-Mangel-Hypothese von einem „Dopamindefizit“ im Gehirn von „ADHS-Kindern“ ausgegangen wird, die die Verabreichung von Ritalin und anderen Amphetaminen zur Behandlung von ADHS begründet. Die eingesetzten Medikamente führen ihm folgend zu einer verstärkten Freisetzung von Dopamin und dieser Theorie zufolge käme es zu einer Normalisierung des im Gehirn herrschenden Dopaminmangels und zu einer Korrektur der dadurch verursachten Verhaltensstörungen (a.a.O.). Weiter führt Hüther an, dass durch die Einnahme von Ritalin während der Wachstumsphase und der Reifungsprozesse des durch Fortsätze verzweigten dopaminergen Nervenzellensystem, das Wachstum dieser Verzweigungen unterdrückt und verlangsamt werden kann (Hüther 2006, 72). Bei „ADHS-Kindern“ sei das dopaminerge System stark ausgebildet. Demzufolge würden diese Kinder in ihrer weiteren Entfaltung gehindert werden. Wenn jedoch Kinder mit Ritalin behandelt werden, die kein übermäßig stark ausgeprägtes dopaminerges Nervensystem besitzen, so würde die Behandlung zu Defiziten in der Ausformung ihres Nervenkostüms führen (a.a.O., 73). Der Kritiker Mattner (2002, 13) sieht die angeführte chemisch-pharmakologische Behandlung mit Ritalin als allgemeinen Trend, um einen „normalisierten“ Verhaltenszustand zu erreichen. Dem Körper werden pathologische Eigenschaften zugeschrieben, er wird für unangenehme Befindlichkeiten wie Müdigkeit, Nervosität, Schmerzen u.a. verantwortlich gemacht und durch Medikamente „gebändigt“. Folglich wird auch das Verhalten des Menschen zur individuellen krankhaften Eigenschaft. Im Brennpunkt des Interesses stehen vorrangig der Defekt sowie die Verfahren zur Behandlung der möglichen Störung (a.a.O, 14).

Zur Wirkungsweise von Ritalin lassen sich nach Hüther (2006, 74) folgende Merkmale feststellen:

- Schärft die Sinne
- Fokussiert die Aufmerksamkeit

- Verbessert die Selbstkontrolle
- Macht ruhig und gefasst
- und hält wach.

Auch Eichlseder (1976, 5 zit. nach Mattner 2002, 25) verweist in folgender Aussage auf ein ähnliches Verhalten nach Einnahme von Ritalin: „Das Kind wird ausgeglichener, umgänglicher, hilfsbereiter, weniger mürrisch. Es packt freiwillig Dinge an, die getan werden müssen, seien es Hausaufgaben, seien es außerschulische Tätigkeiten. Es räumt plötzlich ohne Verlangen sein Zimmer auf (...). Kurz: Das Medikament ermöglicht es dem Kind, seine Impulse besser zu steuern, es kann besser und länger aufpassen, es verhält sich im sozialen Bereich angemessener, und auch die Hyperaktivität wird etwas reduziert.“

Amft (2006, 81) nennt hinsichtlich der psychischen Wirkung von Ritalin, dass das subjektive Leistungsempfinden und ein positives Selbsterleben gestärkt werden. Ebenfalls werden jedoch auch Vernachlässigung von Dingen sowie verminderte Kontaktaufnahme beobachtet. Diese Verhaltensänderung, so Amft, sei Ausdruck einer Zwangssymptomatik und ähnelt einem maschinenhaften Verhalten. Auch im Bezug auf Langzeitbehandlungen mit Ritalin können nur Hypothesen aufgestellt werden, da bisher keine Langzeitstudien vorhanden sind (a.a.O. 75f).

Bedenklich ist in dieser ADHS –Ursachen- und Behandlungsdiskussion die Zunahme der Ritalin-Verordnungen. 2001 teilte das Gesundheitsministerium mit, dass der Verbrauch von Ritalin bei Kindern, die an dem ADHS-Syndrom litten, in den Jahren zwischen 1997 und 2000 um 270% angestiegen sei (Leuzinger-Bohleber 2006,16; Mattner 2006,58; Amft et al. 2002). Hier stellt sich die Frage, nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten, die möglicherweise mit Hilfe der Heilpädagogik und anderen Disziplinen umgesetzt werden können.

Diagnose

Von der Medizin wird AD(H)S nach den Diagnosekriterien der „Hyperkinetischen Störung“ gemäß den Diagnoserichtlinien der WHO (ICD 10) beurteilt (Amft 2002, 52). Daneben existiert ein weiteres Klassifikationssystem, das DSM-IV, welches von der American Psychiatric Organization 1994 zur

Diagnose von Aufmerksamkeitsdefizits- / Hyperaktivitätsstörungen eingeführt wurde (Döpfner et. al 2002, 13).

Beide Klassifikationssysteme, die ICD 10 zur Diagnose der hyperkinetischen Störung und die DSM IV für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, führen Symptomkriterien in den drei Kernbereichen: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität an (a.a.O).

Die Diagnosekriterien lt ICD 10 nach Hüther 2002, 104 sind folgende:

Aufmerksamkeitsstörung:

- Macht häufig Flüchtigkeitsfehler
- Zeigt verminderte Aufmerksamkeit
- Hört nicht zu
- Bringt Pflichten nicht zu Ende
- Hat Organisationsschwierigkeiten
- Empfindet Abneigung gegen Anstrengungen
- Verliert oft Arbeitsmittel
- Ist leicht ablenkbar
- Ist vergesslich im Alltag

Überaktivität

- Zappelt
- Steht auf, soll jedoch sitzen bleiben
- Lläuft bei unpassender Gelegenheit herum
- Spielt, beschäftigt sich nicht ruhig
- Ist unbeeinflussbar motorisch aktiv

Impulsivität

- Platzt mit Antworten heraus
- Kann nur schwer warten
- Unterbricht, stört
- Redet übermäßig viel

Um von einer Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung ausgehen zu können, müssen die Störungsmuster mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungszustand des Kindes nicht angemessenen Ausmaß bestehen. Die Störungen müssen vor dem siebenten Lebensjahr begonnen haben, und in zwei oder mehreren Lebensbereichen (Schule, zuhause...) beobachtet werden können (Döpfner et al 2002, 15, Hüther 2002, 104 f). Weiter muss ersichtlich sein, dass auch Beeinträchtigungen im sozialen und intellektuellen Bereich vorliegen (a.a.O.).

Die DSM IV unterscheidet zusätzlich drei Subtypen: den Mischtyp, bei dem Aufmerksamkeitsstörung sowie Hyperaktivität/ Impulsivität vorliegen, den vorherrschend unaufmerksamen Typ, bei dem ausschließlich eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität besteht, und den vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Typ, der vorwiegend durch Hyperaktivität/ Impulsivität auffällt, während Aufmerksamkeitsstörungen nicht stark ausgeprägt sind (Döpfner et al 2002, 16).

Normalitätsbegriff

Wie kurz zuvor erwähnt, wird die Ursache für ADHS in einer hirnorganisch verursachten Wahrnehmungs- bzw. Informationsverarbeitungsstörung gesehen. Demzufolge sei ADHS kein Erziehungsproblem, sondern eine Krankheit (Mattner 2002, 16).

Die Medizin, die kurative Ziele, im Sinne einer Heilung bzw. Reparatur von krankmachendem Verhalten, verfolgt, muss bei der Diagnostik ihre „Reparaturziele“ fokussieren. Im Fall der AD(H)S – Symptomatik ist diese Zielsetzung die Normalisierung gestörten Verhaltens (Hüther 2002, 102).

Daraus resultierend bezeichnet Normalisierung den Orientierungs- und Anpassungsprozess an gesellschaftlich vorgegebene Normen (Link, zit nach Mattner 2002,26). Normalität bedeutet unter dieser Perspektive das uneingeschränkte Funktionieren im Sozial- bzw. Gesellschaftssystem (Mattner 2002, 25). Dem biologistischen¹ Normalitätsbegriff zufolge wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer „gesunden“ cerebralen Ausstattung sich adäquat an die Gegebenheiten der Realität anpassen, sich mehr oder

¹ „Biologisierung“ meint das Reduzieren des Psychischen auf biologische Faktoren (Mattner 2002, 14)

weniger „normal“ verhalten. Umgekehrt wird angenommen, dass Verhaltensabweichungen von dieser Norm auf pathologische Veränderungen im menschlichen Gehirn zurückzuführen sind (Mattner 2002, 25). Dieser Normalitätsbegriff setzt die Grundpfeiler für eine medikamentöse Behandlung, damit das „Un-Sinn“ produzierende Kind mittels chemischer Korrektur der scheinbar unzureichenden cerebralen Steuermechanismen einen normalen, angemessenen Verhaltenszustand erreicht (a.a.O.).

Kinder und Medien

Medien, wie Zeitschriften, Bücher, Fernsehen, Internet etc... sind ständige Begleiter unseres Lebensalltags und beeinflussen diesen permanent. Sie unterhalten uns, sie informieren uns, indem sie Wissen vermitteln und sie formen unsere Vorstellungen von der Welt. Diese ständige Einflussnahme und Wirkung der Medien auf uns Menschen macht einen respektvollen Umgang diesbezüglich zu einer zentralen Erziehungsaufgabe (Stangl [2010], 1).

Neurowissenschaftlern zufolge führt der alltägliche Umgang mit neuen Medien zu einer Veränderung der Hirnzellen sowie zur Freisetzung von Neurotransmittern, in Form einer Stärkung von neuen neuronalen Bahnen im Gehirn sowie zu einer Schwächung der alten (Nolte [2009] 1). Es wird angenommen, dass aufgrund der umfangreichen Stimulation durch Medien, sich vor allem die Gehirne von Kindern verändern, da sie schon in besonders sensiblen Phasen von Medien begleitet werden. Diese Behauptung wird darin begründet, dass das menschliche Gehirn sich vor allem durch seine Formbarkeit in Kindheitsjahren auszeichnet, in welchen eine Vielzahl von neuronalen Schaltungen gebildet werden, die später, in der Adoleszenz um bis zu 60 % „zurückgestutzt“ werden (a.a.O.). Dieses „Zurückstutzen“ in Form eines durchtrennen von selten genutzten Verbindungen im Gehirn, wird von Wissenschaftlern als „pruning“ bezeichnet. Der Neurowissenschaftler Small (zit. nach Nolte 2009, 2) verweist auf eine weitere Konsequenz des zunehmenden Medienkonsums. Er erklärt, dass Kinder aufgrund ihres Gewöhnt-Seins an eine schnelle Abfolge von visuellen und auditiven Reizen, Schwierigkeiten haben ihre Aufmerksamkeit länger auf eine Sache zu richten und dazu neigen, mehrere Medien gleichzeitig zu nutzen und dadurch vermehrt Symptome einer ADHS zeigen (a.a.O.).

1.2 Heilpädagogische Relevanz – medienpädagogische Relevanz

Die Heilpädagogik versteht sich als spezialisierte Pädagogik bei Lern- und Erziehungshindernissen und bezieht ihre Aufgabe als solche auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit speziellem Erziehungs- und Bildungsbedarf (Speck 2008, 18).

Im Blickfeld der Erklärungsversuche steht der Mensch mit seinen individuellen und speziellen Erziehungserfordernissen. Um diesen Erziehungsanforderungen gerecht zu werden ist eine interdisziplinäre Verständigung unumgänglich. Es bedarf einer Ergänzung der Heilpädagogik durch andere wissenschaftliche Bereiche.

Auch in dieser Arbeit, kommt dieser „Erziehungs“-Auftrag zum Tragen. Es werden die wissenschaftlichen Disziplinen Medizin, Heilpädagogik und Medienpädagogik miteinander verknüpft, um vorerst zu einem umfassenden Verständnis des Phänomens ADHS zu gelangen sowie praxisleitende Konsequenzen für die Heilpädagogik abzuleiten.

Schon die Vorsilbe „heil“ im Wort „Heilpädagogik“ lässt auf eine Verbindung mit der Nachbardisziplin, Medizin, schließen. „Heil“ kann in diesem Sinn als „Heilung“ interpretiert werden. Weiter lässt sich auch mit dem Begriff „Heiles“ die Nähe zur Religion darstellen. Grundsätzlich stammt die Bezeichnung jedoch aus dem Pädagogischen (Speck 2008, 45). Auch der Ansatz der *Mediko-Pädagogik*, der die Abhängigkeit des pädagogischen Ansatzes vom medizinischen umschreibt, verweist auf eine Verbindung dieser beiden wissenschaftlichen Bereiche. Diese „Assistenzfunktion“ der Heilpädagogik wird jedoch von Hanselmann (1930) in seinem Werk „Heilpädagogik“, sowie von Kobi (1972) kritisiert (Speck 2008, 46f). Weitere Ansätze die die Nähe der Heilpädagogik zur Medizin darstellen, sind jene, die die Heilpädagogik als Binde- bzw. Zwischenglied zwischen Medizin und Pädagogik ansehen. Speck (2008, 47) führt weiter an, dass die Psychiatrie vor allem ein besonderes

Verhältnis zur Heilpädagogik aufweist. Homburger (1926), welcher die Heilpädagogik als „Lehre von der Verknüpfung der Erziehung und des Unterrichts mit Maßnahmen, welche auf Heilung, Besserung und Ausgleich gesundheitlicher Mängel abzielen“ versteht, Isserlin (1925) der die psychiatrische Erkenntnis als Grundlage für die heilpädagogische Praxis ansieht, sowie Asperger (1952) und Hellbrügge (1975a) können als Vertreter dieser wissenschaftlichen „Strömung“ genannt werden (a.a.O.).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit gilt es nun, das Verhältnis von Medizin zur Heilpädagogik insofern zu beleben, als dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bezug auf das Phänomen ADHS angestrebt werden kann. Vor allem in der Therapie von Kindern mit ADHS Symptomatik erscheint eine Kooperation diesbezüglich sinnvoll. Die Heilpädagogik bietet eine Reihe an Fördermethoden, um diesem „ADHS-Problem“ gerecht zu werden. Angefangen von Heilpädagogischer Übungsbehandlung, über heilpädagogischer Spieltherapie, heilpädagogischer Rhythmik bis hin zum heilpädagogischen Voltigieren etc., lassen sich Methoden finden, um die Symptome; Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität zu mäßigen.

Die Heilpädagogische Spieltherapie zum Beispiel versteht sich als „konzentrierte Erziehung“, welche im Spiel ihre definierten Ziele unter Anwendung von erprobten methodischen Ansätzen verwirklicht. Um dies zu erreichen, kann lenkend durch die gestaltete Umgebung oder durch Spielangebote ins Spiel eingegriffen werden. Die Heilpädagogische Spieltherapie ist als eklektische Methode anzusehen, welche analytische und nicht-direktive Therapie-Elemente, sowie pädagogische und lerntheoretische Elemente beinhaltet (Sagi 1982,119). Die Heilpädagogische Übungstherapie hingegen zielt auf die Gesamtförderung des Kindes, genauer auf die Förderung von kognitiven, motorischen, sensomotorischen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten ab. In Anwendung dieser Methode wird die Förderung ebenfalls in Spielsituationen erreicht (Sagi 1982, S 120). Wichtig ist, dass die Tätigkeit dem Kind Freude bereitet, es sich entfalten und seine sozialen Konflikte und Spannungen abbauen kann. Das Spiel wird als Lebensäußerung des Kindes angesehen (a.a.O., 121). Ein erster Schritt in der interdisziplinären Zusammenarbeit wäre es, ADHS auch als heilpädagogisches Phänomen zu begreifen, um eine gezielte individuelle Förderung zur Kompensation der

genannten Auffälligkeiten, möglicherweise mittels zuvor beschriebener Methoden, zu erreichen.

Der medienpädagogische Ansatz in dieser Diplomarbeit sollte nicht außer Acht gelassen werden. Dabei ist im diesem Kontext der kompetente Umgang mit Medien, sprich die sogenannte Medienkompetenz relevant. Die Vermittlung einer verantwortungsvollen Nutzung von Medien soll zu einem zentralen Thema in der Erziehung sowie auch in der ADHS-Diskussion werden. Um einer Stigmatisierung der Medien, wie sie De Grandpre (2002,25f) mit dem Begriff der „Schnellfeuerkultur“ in gewisser Weise vollzieht, entgegenzuwirken, wird der Begriff der Medienkompetenz in Hinblick auf das Verhaltensphänomen ADHS interessant.

1.3 Forschungsstand und Forschungslücke

Im Zuge der Literaturrecherche ließen sich viele Ratgeber zu diesem umfassenden Thema finden, die sich an Laien, Betroffene und interessierte Personen richten, jedoch nicht von wissenschaftlicher Qualität, und für die vorliegende Arbeit somit irrelevant sind. Allgemein zum Thema ADHS und ihren Konsequenzen liefern Amft, Gerspach, Mattner (2002), sowie De Grandpre (2000) kritische Denkansätze. Hüther und Bonney (2002) zeigen in ihrem Werk „Neues vom Zappelphilipp. ADS/ADHS: verstehen, vorbeugen und behandeln“ ihre neuen Erkenntnisse aus der ADHS Forschung auf.

Mit der Diplomarbeit, „Was bewegt den Zappelphilipp, wovon träumt Hans-Guck-in-die Luft? - Eine Exploration über das subjektive Erleben von Kindern mit ADHS mittels der „Struwelpetergeschichten“ von Breitlacher 2005 konnte eine Studie zum subjektiven Erleben von Kindern mit ADHS gefunden werden. Wie der Titel schon verrät liegt der Fokus der Arbeit in der Beschreibung des subjektiven Erlebens der Kinder mit ADHS. Es wird den Fragen nachgegangen: Wie erleben sie sich selbst im sozialen Kontext? Besteht aus der Sicht der Kinder Handlungs-Therapiebedarf? Als Methode wurde die direkte Befragung des Kindes sowie Beobachtung und das explorative Elterngespräch gewählt.

Als Medium dienten die „Struwelpetergeschichten“, die gemeinsam mit den Kindern besprochen wurden, um ihre Sichtweisen aufzuzeigen.

Die beschriebene Arbeit unterscheidet sich von diesem Forschungsvorhaben insofern, als dass in der vorliegenden Arbeit die individuelle Sichtweise von Kindern zu ihrem medialen Nutzungsverhalten und dessen Einfluss auf ihre ADHS-Symptomatik dargestellt wird. Ähnlich wie in der Arbeit von Breitenlacher wird auch im folgenden Forschungsvorhaben qualitativ gearbeitet. Es wird der direkte Zugang zu den Kindern in Form von qualitativen Leitfaden-Interviews gewählt.

Da in der vorliegenden Diplomarbeit die heilpädagogische Sicht von ADHS hervorgehoben werden sollte, wurde der derzeitige Stand dieser pädagogischen Fachrichtung zum Thema ADHS erhoben. Im Zuge dessen konnte eine Diplomarbeit von Novak 2008 „Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren als Therapiemöglichkeit bei Kindern mit ADHS“ gefunden werden. Die Autorin zeigt auf, welche Wirkung Heiltherapeutisches Reiten und Voltigieren auf Kinder mit ADHS-Diagnose hat. Diese Methode zielt darauf ab, die Dialogfähigkeit sowie Handlungskompetenzen der Kinder in Gang zu setzen bzw. zu fördern, um Beziehungen aufbauen zu können. Das Ziel soll durch „pädagogische, psychologische, psychotherapeutische, rehabilitative und soziointegrative Angebote mit Hilfe des Pferdes“ erreicht werden (Ihm 2004, 39, zit. nach Novak 2008, 10). Die Autorin kommt zu dem Ergebnis, dass sich durch diese heilpädagogische Methode positive Veränderungen in Hinblick auf die multidimensionale Verhaltensstörung ADHS erkennen lassen. Auch diese Arbeit stützt sich auf qualitative Interviews. Die Arbeit von Novak 2008 scheint die einzige zu sein, welche die Heilpädagogik in das medizinische Thema ADHS einbezieht.

Zu ADHS allgemein liefert die Arbeit von Rief (2001) „Das Dilemma rund um den Zappelphilipp die Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität: Ihre Auswirkungen auf das Kind und seine Eltern“ Informationen. Hier wird eine Übersicht über Symptome, Diagnose, die Behandlung und zahlreiche Therapien und Meinungen zum Phänomen ADHS gegeben. Im Empirischen Teil findet man ein Interview mit den Eltern eines Kindes mit diagnostiziertem ADHS.

Die wissenschaftliche Arbeit von Wetschnig (2008) „ADHS aus psychoanalytisch-pädagogischer Perspektive“ war für das vorliegende

Forschungsvorhaben ein Anreiz, die Verhaltensauffälligkeit aus anderer Sichtweise, zu behandeln. Die Autorin stellt hier eine Verbindung zwischen dem medizinischen Thema ADHS und der Psychoanalyse her, indem sie das Phänomen ADHS aus psychoanalytischer Perspektive betrachtet. Diese Sichtweise zielt darauf ab, die psychische Dynamik die hinter dem Syndrom ADHS steht zu erfassen. Es werden auch praxisleitende Konsequenzen für die Psychotherapie mit Kindern mit ADHS angeführt.

Den Recherchen zufolge scheinen keine wissenschaftlich brauchbaren Artikel über das Nutzungsverhalten des Mediums „Fernsehen“ von Kindern mit diagnostiziertem ADHS, im deutschsprachigen Raum, zu existieren. Lediglich vereinzelt findet man Aussagen in diversen Büchern, wie z.B. im Ratgeber von Cordula Neuhaus (2007, S 38), „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnosen und Behandlungen“, demzufolge ADHS nicht durch Reizüberflutung und zu viel Fernsehkonsum entstehen, jedoch durch übermäßigen Konsum und unerwünschte Reizüberflutung die Symptomatik verstärkt werden kann.

Es lassen sich jedoch einzelne Studien aus dem Amerikanischen zum medialen Einfluss auf die Verhaltensproblematik ADHS finden.

Die Studie „There is no meaningful relationship between television exposure and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder“ von Stevens und Mulsow stellt eine Längsschnittstudie zur Untersuchung der negativen Auswirkungen des Fernsehkonsums in der frühen Kindheit dar. Es wurden zwei Stichproben ausgewählt, getrennt voneinander ausgewertet und miteinander in Beziehung gesetzt. Ein eigens entworfenes Modell diente dazu, die Verbindung zwischen dem Fernsehverhalten von Kindergartenkindern und Symptomen von ADHS, unter Berücksichtigung von Sozioökonomischen Faktoren, und den Einfluss der Eltern aufzuzeigen. Im Zuge dieser Forschung konnte kein charakteristischer Zusammenhang der Wirkungsgrößen, ADHS und Fernsehkonsum, festgestellt werden. Die Informationen für diese Studie stammen von den Eltern, den Lehrern und den Kindern selbst.

Auch eine weitere Studie aus dem amerikanischen Raum von Acevedo-Polakovich et al. mit dem Titel „Disentangling the relation between television viewing and cognitive processes in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and comparison children“ untersucht Kinder mit ADHS und ihr

Fernsehverhalten. Hier wurde eine Gruppe von Kindern mit ADHS Symptomatik einer vergleichenden Gruppe von Kindern gegenübergestellt um das Verhältnis zwischen Fernsehen, Aufmerksamkeit und kognitiven Fähigkeiten zu testen. Ein zusätzliches Ziel war es, zu untersuchen, ob ein Unterschied zwischen Kindern mit und Kindern ohne ADHS Diagnose diesbezüglich zu erkennen ist. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass bei der Vergleichsgruppe Auswirkungen auf Aufmerksamkeit und kognitive Fähigkeiten durch das Fernsehen bestätigt wurden, nicht jedoch bei Kindern mit ADHS Diagnose. Diese Resultate stehen im Gegensatz zu aktuellen Spekulationen, Kinder mit ADHS seien gehäuft dem Risiko von schädlichen Auswirkungen des Fernsehens ausgesetzt. Die Autoren dieser Studie, Acevedo-Polakovich et al., führen auch an, das Lorch und seine Kollegen zuvor ebenfalls die Fernsehmethode verwendeten, um die Aufmerksamkeits- und Nacherzählungsfähigkeiten von Kindern mit und ohne ADHS zu prüfen. Um dem nachzugehen, wurden in einem ersten Schritt Kinder vor dem Fernseher gesetzt, und auf ihre visuelle Aufmerksamkeit, sowie dem Verstehen des Gesehenen in Form einer anschließenden Befragung, untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass kein Unterschied in der visuellen Aufmerksamkeit, sowie in der Nacherzählung des Gesehenen zwischen der Gruppe von Kindern mit ADHS und der vergleichenden Gruppe besteht. In einem zweiten Schritt wurde dieselbe Situation um ein Spielzeug erweitert. Hier zeigte sich, dass in Anwesenheit des Spielzeugs die visuelle Aufmerksamkeit von Kindern mit ADHS sinkt und auch die Beantwortung der Fragen zu den kausalen Zusammenhängen deutlich dürftiger ausfiel.

Aus der Studie von Landau et. al „Visual attention to and comprehension of television in attention-deficit/hyperactivity disorder and normal boys“ ist ebenfalls ersichtlich, dass kein bedeutender Unterschied in der visuellen Aufmerksamkeit und dem Verstehen zwischen Kindern mit ADHS und Kindern ohne ADHS beim Fernsehen ersichtlich ist. Beide Gruppen gelten als aktive und strategische Fernseher. Es wurden auch keine bedeutsamen Unterschiede in der anschließenden Befragung festgestellt, auch wenn bei Kindern mit einer ADHS Diagnose die Aufmerksamkeit aufgrund der Ablenkung durch ein Spielzeug gesenkt ist.

In dieser Diplomarbeit soll die Sichtweise der Kinder dargestellt werden, um ihre subjektiven Verhaltensweisen erforschen und verstehen zu können. Eine

Studie, die ausschließlich die Sicht der Kinder mit ADHS-Diagnose zu ihrem Nutzungsverhalten behandelt, konnte nicht gefunden werden.

1.4 Fragestellung

Ausgehend von der zuvor skizzierten Thematik und der Forschungslücke, die sich nach der Literaturrecherche ergeben haben, wird in dieser Diplomarbeit folgender Fragestellung nachgegangen:

- „Wie nutzen Kinder mit ADHS-Diagnose das Medium ‚Fernsehen‘?“

Subfragen:

- Hat Fernsehen in der Medienbiographie von Kindern mit ADHS einen speziellen Stellenwert?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und der Verhaltensproblematik ADHS?

1.5 Forschungsmethode

In der vorliegenden Arbeit werden die Fragestellung sowie die Subfragen in Form von qualitativen Interviews mit Kindern bearbeitet. Diese Methode soll dazu dienen, die Bedeutung von Medien für Kinder mit ADHS-Diagnose zu verstehen. Um das Nutzungsverhalten des Mediums „Fernsehen“ von Kindern mit ADHS-Diagnose zu erforschen, werde ich das Interview als Leitfaden-Interview führen. Die Interviews werden einerseits mit Kindern mit diagnostiziertem ADHS und andererseits mit Kindern ohne ADHS-Diagnose durchgeführt. Um aussagekräftige Ergebnisse durch die gewonnenen Daten zu erhalten, werden die Aussagen einander gegenübergestellt und verglichen. Im Mittelpunkt sollen die Erzählungen und Beschreibungen der Kinder stehen. Daher erscheint das Leitfaden-Interview als geeignet. Das Leitfaden-Interview ist eine Mischform zwischen „erzählgenerierenden Interviews“ und dem „rezeptiven Interview“ (Lamnek 1998, 82ff) bzw. „ethnographischen Interview“

(Helfferich 2005, 25) und ist gekennzeichnet durch einen nach Themen oder Fragen strukturierten Gesprächsverlauf, der das Gespräch lenken sollte (Paseka 2007, 105ff). So besteht die Möglichkeit, den Kindern erzählgenerierende Fragen vorzugeben, die sie frei beantworten können. Der vorab formulierte Leitfaden sollte lediglich als Richtlinie dienen, um den Faden während des Gesprächs nicht zu verlieren. Qualitative Interviews, werden im alltäglichen Umfeld der Befragten durchgeführt, um eine natürliche Situation herzustellen und authentische Informationen zu erhalten. Eine zuvor aufgebaute Vertrauensbasis stellt hierbei eine äußerst entscheidende Komponente, vor allem in der Arbeit mit Kindern, dar (Lamnek 2005, 355).

Im Sinne der Erläuterungen der in dieser Arbeit angeführten Methode erscheint der Zugang geeignet, um die zuvor angeführte Forschungsfrage zu untersuchen. Zur Interpretation der gewonnenen Daten wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen. Ziel dieser Methode ist es, Material so zu reduzieren, dass bedeutsame Inhalte erhalten bleiben (Lamnek 2005, 518). „In diesem Verfahren werden durch Auslassungen, Generalisierungen, Konstruktionen, Integrationen, Selektionen und Bündelungen abstrakte Aussagen gewonnen, die das ursprüngliche Material paraphrasieren“ (a.a.O.). Die Paraphrasen werden anschließend Kategorien untergeordnet und zur Beschreibung des Einzelfalls verwendet (a.a.O.). Zuletzt erfolgt eine fallübergreifende Generalisierung der individuellen Einzelfalldarstellungen (Lamnek 2005, 531).

1.6 Aufbau der Arbeit

Im Rahmen dieser Diplomarbeit bildet das erste Kapitel die Einleitung, welche Problemskizze, Forschungsstand und Forschungslücke, die Fragestellung, die heil- und medienpädagogische Relevanz, und die methodische Vorgehensweise beinhaltet. Im nächsten Schritt erfolgt eine Begriffsabklärung der ADHS-Thematik. Die Frage: Was ist ADHS? - wird im Zentrum dieses ersten Kapitels stehen. Weiters wird die Geschichte dieses Phänomens von den Anfängen als „Zappelphilipp-Syndrom“ bis zum heutigen Verständnis der

Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung erörtert werden, um den Wandel des Phänomens und vor allem des Begriffes „ADHS“ nachvollziehen zu können. Auch der derzeitige Umgang mit der „Verhaltensproblematik“ soll im Brennpunkt dieses Kapitels stehen. Im nächsten Kapitel wird der Bezug von Medizin und Heilpädagogik, der aufgrund der heilpädagogischen Relevanz entscheidend für diese Forschungsarbeit ist, erarbeitet, sowie die Medizinisierung des ADHS-Phänomens kritisiert. Entscheidend für diese Kapitel ist es, das Thema der Forschungsarbeit „ADHS aus heilpädagogischer Sicht“ detailliert zu beschreiben, um der vorliegenden Diplomarbeit eine theoretische Basis zu verleihen. Im Weiteren wird im Bezug auf die medienpädagogische Fragestellung, die in der Arbeit eine zentrale Stellung einnimmt, das Thema „Medien“ und vor allem das Nutzungsverhalten von Kindern mit ADHS-Diagnose im vierten Kapitel thematisiert. Das fünfte Kapitel stellt jenen Teil der Arbeit dar, in welchem vorab die Forschungsmethode sowie die Auswertungsverfahren detailliert beschrieben werden, um den empirischen Zugang nachvollziehen zu können. Die Auswertungen der Interviews sowie der Vergleich und die Interpretation der Ergebnisse der durchgeführten Interviewbefragungen sind die Hauptbestandteile dieses Themenblocks. Das sechste Kapitel bildet den Abschluss mit einem Resümee der gesamten Arbeit. Im siebenten Teil der Arbeit ist der Anhang, der die Auswertungen des empirischen Teils umfasst, zu finden. Den letzten und achten Abschnitt bildet das Literatur- und Abbildungsverzeichnis.

2 WAS IST ADHS?

Um sich der Thematik anzunähern wird vorerst eine detaillierte Begriffsdefinition notwendig, die im Folgenden ihren Platz finden soll. Der Terminus „ADHS“ wird derzeit viel diskutiert und bildet den Hauptbestandteil der vorliegenden Forschungsarbeit.

2.1 Begriffsabklärung

„Hyperaktive Kinder zeigen mangelnden Gehorsam, so genanntes oppositionelles Verhalten und Störungen im Spiel- und Sozialverhalten. Sie besitzen eine geringe Frustrationstoleranz und reagieren in Versagenssituationen häufig mit heftigen Wutausbrüchen. Sie sind impulsiv und neigen zu Unfällen. Sie sind meist bei anderen Kindern nicht beliebt und sozial isoliert. Bei unterschiedlicher Intelligenz zeigen sie unterdurchschnittliche schulische Leistungen und neigen zu Lernstörungen“ (Heinemann und Hopf 2008, 165). Die von Heinemann und Hopf beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten, früher als Zappelphilippsymptomatik und heute als Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung – kurz ADHS – bekannt, zählt zu den häufigsten kinderpsychiatrischen Diagnosen (Brandau und Kaschnitz 2008, 11). Schon 1957 präsentierte der Psychiater Laufer sein Konzept mit dem Namen „hyperkinetic impulse disorder“, welches gesunde und auch gehirngeschädigte Kinder von den Symptomen des heute als „ADHS“ bezeichneten Phänomens, Hyperaktivität, kurze Aufmerksamkeitsspanne, Unkonzentriertheit, Impulsivität, Reizbarkeit, Jähzorn, schlechte schulische Leistungen und teils auch visuelle Schwächen, geprägt ist (Stiehler 2007, 38f). Heinemann und Hopf (2008, 165) geben an, dass das Hyperkinetische Syndrom (HKS) zurzeit die häufigste Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu sein scheint. In den letzten Jahrzehnten gab es für dieses Phänomen zahlreiche Bezeichnungen, wie z.B. Hyperkinetisches Syndrom,

Minimale cerebrale Dysfunktion, Psychoorganisches Syndrom (POS) etc. Die derzeit von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in den USA verwendeten Begriffe sind: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Aufmerksamkeitsstörung mit/ohne Hyperaktivität, Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung und Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (a.a.O., 22). Dieses im Begriff enthaltene „Defizit“ bezieht sich nicht generell auf ein Aufmerksamkeitsdefizit, sondern auf ein Defizit in der Motivation einer dauerhaften Aufmerksamkeit, vor allem bei Aufgaben, die für die betroffene Person nicht von Interesse sind (a.a.O., 11).

Eine genaue Definition dieser Störung scheint beinahe unmöglich, da es sich hier oft um ein komorbides Störungsbild handelt, welches mit unterschiedlichsten Begleitsymptomen, wie Verhaltensstörungen, Lernschwierigkeiten, affektiven Störungen etc. einher gehen kann (a.a.O., 22). Als eindeutiges Ergebnis in der ADHS Forschung zählt jedoch, der übermäßige Anteil des männlichen Geschlechts (Brandau und Kaschnitz 2008, 43). Gerspach (2002, 150) beschreibt Kinder mit ADHS-Symptomatik als solche, die durch Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und/oder motorische Unruhe und ungezügelte Impulsivität, emotionale Labilität und fehlende Verhaltenssteuerung in Bezug auf erwartetes Benehmen zuhause und in der Schule auffallen.

2.2 Diagnose

Zur Klassifikation dieser Verhaltensstörung existieren zwei Diagnosesysteme: das ICD-10, welches von der WHO (World Health Organization, 1993, Weltgesundheitsorganisation, 1991, 1994) eingeführt wurde, und das DSM-IV, welches von der American Psychiatric Association (1994, Saß et. al., 1996) verwendet wird (Döpfner et. al. 2002, 13).

Beide Klassifikationssysteme legen fest, dass die Störungen der Aktivität, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle über einen Zeitraum von sechs Monaten in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes unangemessenen

Ausmaß vorliegen, und in mehreren Lebensbereichen auftreten müssen (Brandau und Kaschnitz 2008, 24, Döpfner et. al 2002, 14).

Die Symptome zeigen sich vermehrt in Situationen, in denen eine erhöhte Aufmerksamkeit gefordert wird, wie z.B. in der Schule und zuhause bei den Hausaufgaben (Brandau und Kaschnitz 2008, 25).

Anhand der folgenden Abbildung ist ersichtlich, dass die ICD-10 für eine Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung die Symptome: Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität, welche situationsübergreifend bestehen, angibt. Besteht zusätzlich zu den angeführten Merkmalen eine Störung des Sozialverhaltens, dann lautet die Diagnose: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.

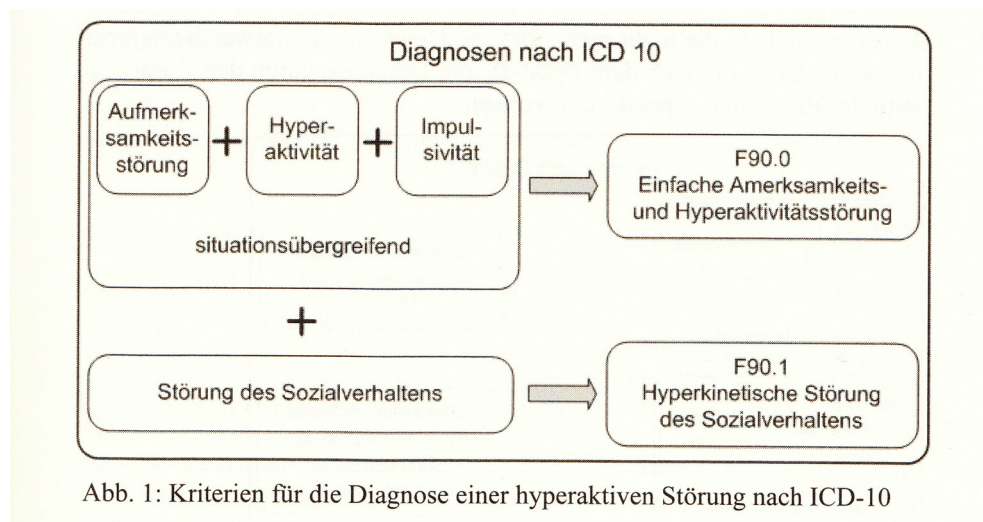


Abb. 1: Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10

Abb. 1 (Brandau und Kaschnitz 2008, 25)

Die Hyperkinetische Störung wird als eine der häufigsten psychischen Verhaltensstörungen im Kindesalter angegeben. Sie ist geprägt von Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Impulsivität und

Hyperaktivität und tritt meist schon vor dem sechsten Lebensjahr in mehreren Situationen auf (a.a.O., Döpfner et. al 2002, 14).

Im DSM-IV werden, wie mit Hilfe der darunterliegenden graphischen Darstellung ersichtlich ist, drei Subtypen spezifiziert. Es wird zwischen dem Mischtyp einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung, der durch eine Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität auffällt, dem vorwiegend unaufmerksamen Typ (Träumer), welcher durch seine Aufmerksamkeitsstörung geprägt ist, und bei dem die Hyperaktivität und Impulsivität nur schwach bis gar nicht ausgeprägt ist und dem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ unterschieden. Dieser letzte Subtypus auch „Zappler“ genannt fällt durch seine Hyperaktivität und Impulsivität auf. Aufmerksamkeitsstörungen sind nicht oder wenig ausgeprägt (Brandau und Kaschnitz 2008, 26, Döpfner et. al. 2002, 15).

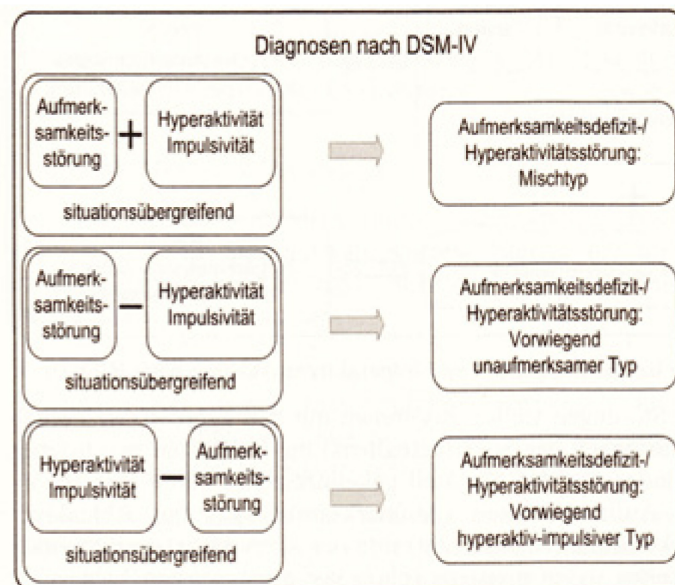


Abb. 2: Kriterien einer ADHS nach DSM-IV

Abb. 2 (Brandau und Kaschnitz 2008, 26)

Sollten bei Jugendlichen die Symptome nicht mehr allen Kriterien genügen, wird nach DSM-IV eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung „in partieller Remission“ angegeben (Döpfner et. al 2002, 16). Diesen Zusatz gibt es laut Döpfner et. al. in den Richtlinien der ICD-10 nicht. Brandau und Kaschnitz (2008, 27) verweisen jedoch auf eine zusätzliche Kategorie im ICD-10 sowie im

DSM-IV auf die zurückgegriffen werden kann, wenn einzelne Kriterien der hyperkinetischen Störung nicht erfüllt werden.

2.2.1 Zusammenfassung

Beide Diagnosesysteme legen fest, dass die Symptome vor dem siebenten Lebensjahr auftreten und mindestens sechs Monate lang in einem Ausmaß bestehen müssen, welches nicht dem kindlichen Entwicklungsstand entspricht. Weiter muss ersichtlich sein, dass auch Beeinträchtigungen im sozialen und intellektuellen Bereich vorliegen (Brandau und Kaschnitz 2008, 27, Döpfner et. al 2002, 14f, Hüther 2002, 104f). Wender (2000,15) führt zusätzlich an, dass die Diagnosestellung durch eine Erhebung der Vorgeschichte in Form eines Gespräches mit dem Kind und mittels Fragebögen erfolgt. Spezifische diagnostische Testverfahren, wie sie zum Beispiel bei Lernstörungen angewendet werden, existieren für die Diagnosestellung einer ADHS nicht (a.a.O). Weiter verweist Wender (2000, 36) darauf, dass die Diagnose von einem erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen sollte, der eine solide Differenzialdiagnose durchführt und so individuelle Behandlungsmöglichkeiten abstimmen kann.

2.3 Symptome

Zu den Symptomen, die das Verhaltensproblem ADHS beschreiben zählen nach Brandau und Kaschnitz 2008, Döpfner et. al. 2002, Hüther und Bonney 2002 Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, die folgend detailliert beschrieben werden.

Unaufmerksamkeit

Dieses Symptomkriterium beschreibt Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung der Konzentration, sowie Probleme die Aufmerksamkeit auf tägliche Arbeiten

wie z.B. Hausaufgaben zu lenken (Brandau und Kaschnitz 2008, 28). Weiter führen Routinearbeiten sowie uninteressant scheinende Aufgaben zu Ablenkbarkeit und es können wichtige von unwichtigen Dingen nicht voneinander unterschieden werden (Brandau und Kaschnitz 2008, 29). Auch bestehen Schwierigkeiten, einem Gespräch über längere Zeit konzentriert zu folgen, und sich an Handlungen bzw. an Ausgangssituationen zurückzuerinnern, was Brandau und Kaschnitz (2008, 29) als ein Gefühl von vorzeitigem „Alzheimer“ interpretieren. Döpfner et. al (2002, 13f) und Neuhaus (2007, 28f) führen in ihren Arbeiten unter dem Kriterium Unaufmerksamkeit der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV folgende Merkmale an.

- 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 Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellen Verhaltens oder von 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.“

Hyperaktivität

Mit diesem Symptom werden Verhaltensweisen wie häufiges Zappeln mit Händen und Füßen, Aufstehen in der Klasse bzw. in unpassenden Situationen,

Herumrutschen am Sessel etc. beschrieben (Brandau und Kaschnitz 2008, 30). Weiter wird der Begriff Hyperaktivität verwendet, wenn Kinder und Jugendliche mit ADHS sich nicht ruhig beschäftigen können, sowie andere Anzeichen von motorischer Ruhelosigkeit aufweisen (a.a.O.).

Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV verwenden nach Döpfner et. al. (2002, 14) und Neuhaus (2007, 29) folgende Kriterien um das Symptom Hyperaktivität zu erfassen:

- 1.) „Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- 2.) Steht {häufig}² 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).“

Paul Wender, ein US-Psychiater hat die nachstehenden Symptome als „Wender-Zeichen“ zusammengefasst, um Hyperaktivität darzustellen: (Brandau und Kaschnitz 2008, 31)

- Scharren mit den Füßen
- Häufige Veränderung der Sitzposition
- Starkes Gestikulieren
- Spielen mit kleinen Gegenständen in den Händen
- Nägelkauen

Impulsivität

Der Begriff Impulsivität in diesem Zusammenhang meint „die Unfähigkeit, Reaktionen auf einen Impuls hin zu kontrollieren und zu steuern“ (a.a.O.). Zu einem zentralen Problem diesbezüglich zählt auch die Unfähigkeit, spontan auftretenden Reaktionen auf momentan interessante Dinge zu widerstehen und die Konzentration auf die Ausführung der begonnenen Tätigkeit zu belassen (Brandau und Kaschnitz 2008, 31). Durch die mangelhafte Impulskontrolle lassen sich oft Probleme in der Organisation von Aufgaben, Flüchtigkeitsfehler

² {} = nur DSM-IV; [] = nur ICD-10

etc. im Verhalten von Kindern mit ADHS-Diagnose erkennen. Emotional äußert sich dieses Symptom in Wutausbrüchen bzw. aggressivem Verhalten (a.a.O, 31f).

Im Kriterienkatalog der ICD-10 und der DSM-IV wird Hyperaktivität folgendermaßen beschrieben:

- 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.
- 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.}“ (Döpfner et. al 2002, 14, Neuhaus 2007, 29f).

2.3.1 Zusammenfassung

Zu den wesentlichen Charakteristika eines Kindes mit diagnostiziertem ADHS zählen wie in diesem Punkt ausführlich dargestellt, die erhöhte Ablenkbarkeit, bzw. die verkürzte Aufmerksamkeitsspanne, die motorische Unruhe auch Hyperaktivität genannt, sowie Impulsivität (Wender 2000, 19f). Es müssen jeweils sechs der angeführten Symptome zu Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität und Impulsivität während der letzten sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessenen Ausmaß vorhanden sein, um die Diagnose ADHS treffen zu können (Neuhaus 2007, 28f). Wie zuvor schon angeführt, muss die Störung vor dem siebenten Lebensjahr auftreten und die Beeinträchtigungen müssen in zwei oder mehreren Lebensbereichen wie z.B. der Schule, zuhause etc. beobachtet werden können. Auch müssen Hinweise auf Beeinträchtigungen in sozialen, und intellektuellen Funktionsbereichen vorhanden sein (Döpfner et. al. 2002, 15, Neuhaus 2007, 30, Hüther und Bonney 2002, 104f). Daraus ergeben sich neue Fragen, die in diesem Zusammenhang von Interesse sind. Lassen sich diese Merkmale

³ {} = nur DSM-IV; [] = nur ICD-10

gehäuft bei Kindern mit ADHS und gesteigertem Fernsehkonsum beobachten?
Treten einige Merkmale besonders hervor?

2.4 Begleitstörungen bzw. Komorbiditäten

Heinemann und Hopf (2006,12) beschreiben neben den genannten Hauptsymptomen von ADHS auch andere Auffälligkeiten wie „Soziale Probleme im Kontakt mit anderen Kindern“. Diese Probleme äußern sich darin, dass hyperaktive Kinder die Aktivitäten der anderen Kinder unterbrechen oder sie versuchen zu kontrollieren und zu dominieren. Viele weisen auch Aggressivität gegenüber Gleichaltrigen auf und werden auch dadurch abgelehnt, da sie sich nicht an Regeln halten und keine Grenzen akzeptieren können (a.a.O.).

Oppositionelle Verhaltensstörungen

Auch oppositionelle Verhaltensstörungen die sich durch verminderte Frustrationstoleranz und durch Wutausbrüche äußern, können begleitend mit einer ADHS als komorbide Störung einhergehen (a.a.O.). Wender (2002, 32) verweist ebenfalls darauf, dass Kinder mit ADHS oft über eine geringe Frustrationstoleranz verfügen und dadurch auch heftiger auf frustrierende Situationen reagieren. Döpfner et al. (2000,7)) geben auch an, dass sich oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten darin zeigen, dass Kinder bei (schulischen) Aufgaben, die Aufmerksamkeit und Anstrengung erfordern, Widerstand leisten, da sie nicht gewillt sind den Forderungen nachzugehen und sich anzupassen. Oppositionelle Verhaltensstörungen bzw. „oppositionelles Trotzverhalten“ treten bzw. tritt bereits im Kleinkindalter auf und es zeigen sich Symptome wie z.B. Streit mit Erwachsenen, absichtliches Widersetzen, Empfindlichkeit wenn es sich um verbale Angriffe handelt etc., die konstant über einen längeren Zeitraum bestehen (Brandau und Kaschnitz 2008, 56). Kinder, die an einer oppositionellen Verhaltensstörung leiden, sind leicht und schnell verärgert und oft wütend oder beleidigt (a.a.O.). Dieses widerspenstige, oppositionelle, tyrannische Sozialverhalten wie es Wender (2002, 30f) bezeichnet zeigt sich im Spiel mit anderen Kindern vor allem darin, dass dieses

„ADHS-Kind“ in der Gruppe der spielenden Kinder der Anführer sein möchte, der entscheiden darf, was und nach welchen Regeln gespielt wird. Wird nicht nach seinen Willen gehandelt, wird das Spiel abgebrochen. Durch dieses dominierende Verhalten wird dieses Kind gemieden und von anderen abgelehnt (a.a.O.). Oppositionelles Trotzverhalten bei Kindern kann in eine Störung des Sozialverhaltens übergehen. Diese ist jedoch in jeder Hinsicht, qualitativ und quantitativ schwerwiegender als eine oppositionelle Verhaltensstörung (Brandau und Kaschnitz 2008, 56f).

Störung des Sozialverhaltens

Die häufigste Komorbidität von ADHS ist eine so genannte Störung des Sozialverhaltens, die etwa auf 40% - 70% der Fälle zutrifft (Brandau und Kaschnitz 2008, 56). Diese Störung zeichnet sich durch aggressives Verhalten gegenüber Menschen, Tieren und dem Eigentum anderer aus (a.a.O.). Kinder und Jugendliche, die eine solche Störung aufweisen, bedrohen häufig andere, sind in Schlägereien verwickelt die sie selbst beginnen, schüchtern ihre Mitmenschen ein, verwenden häufig Waffen und Messer in Konfliktlagen etc.. In weiterer Folge kann es zu Einbrüchen und Diebstählen kommen (a.a.O.).

Emotionale Auffälligkeiten, affektive vor allem depressive Störungen

Emotionale Auffälligkeiten gelten laut Heinemann und Hopf (2006, 12f) ebenfalls als eine Auffälligkeit, die ADHS begleiten können. Diese Besonderheiten im Verhalten zeigen sich durch mangelhaftes Selbstvertrauen, soziale Unsicherheiten, Ängste und depressive Befindlichkeiten.

Biedermann et al. (1991, zit. nach Brandau und Kaschnitz 2008, 58) kamen zu dem Ergebnis, dass bei 15%- 79% der Fälle, ADHS mit einer depressiven Störung auftritt. Angold und Castello (1993, zit. nach Brandau und Kaschnitz 2008, 58) verweisen auch darauf, dass gemeinsam mit einer Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung auch affektive Störungen und Depression auftreten können. Angststörungen stellen das häufigste Komorbiditätsmuster einer depressiven Verstimmung dar (Brandau und Kaschnitz 2008, 59). Die Autoren Brandau und Kaschnitz (2008, 59) zeigen ebenfalls auf, dass mind. 50% der Depressiven auch Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität aufweisen.

Lernstörungen

Auch Entwicklungs- und Schulleistungsdefizite bzw. Lernstörungen können in Zusammenhang mit ADHS auftreten (Heinemann und Hopf 2006, 12). Lernstörungen bezeichnen spezifische Defizite in der Realisierung schulisch-akademischer Leistungen unter der Erwartung, trotz adäquater Intelligenz und Erziehung (Brandau und Kaschnitz 2008, 61). Das DSM-IV sieht diese Form von Begleitstörungen einer ADHS als Schulleistungsdefizite in Sprach-, Lese-, Rechtschreib- und Rechentests, motorischer Koordination sowie in Form von Stottern oder Artikulationsstörungen, die unter dem Begriff Kommunikationsstörungen zusammengefasst werden können (a.a.O.). Auch Wender (2002, 25) und Heinemann und Hopf (2006, 12) beschreiben Lernstörungen als Schwierigkeiten beim Lesen, Rechtschreiben und/oder Rechnen. Wender betont jedoch, dass hier keine Beeinträchtigung in Bezug auf die Intelligenz dieser Kinder besteht.

Tic Störungen

Tic Störungen kommen in Begleitung mit ADHS mit einer Häufigkeit von ca. 10% vor. Sie können die Problematik des (verminderten) Selbstwertgefühls noch verstärken und können vorübergehend oder chronischer Natur sein. Bei Tic Störungen werden vokale und motorische Formen unterschieden. Allgemein ist bekannt, dass diejenigen die von Tic Störungen betroffen sind, an den Reaktionen der Umwelt mehr zu leiden haben, als an ihrer Störung selbst (Brandau und Kaschnitz 2008, 62).

Mattner (2001, 15) beschreibt hyperkinetische bzw. hyperaktive Kinder mit den Primärsymptomen: „Überschuss an motorischen Bewegungen, Aufmerksamkeitsstörungen und verminderte Impulskontrolle“. Vergesellschaftet mit diesen primären Störungen sieht auch er begleitende Beeinträchtigungen wie Lernstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und „inadäquate emotionale Reaktionen“ (a.a.O.).

Auch Döpfner/Frölich/Lehmkuhl (2000, 7) führen neben den zuvor erläuterten Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität, komorbide Störungen wie:

- Oppositionelle Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Affektive, vor allem depressive Störungen
- Angststörungen
- Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
- Tic Störungen oder Tourette Syndrom an.

Heinemann und Hopf (2008, 165) kritisieren die Zunahme der Diagnose ADHS oder hyperkinetischen Störung, und führen diese auf ungenaue Diagnosestellungen zurück. Weiters hinterfragen sie, ob überhaupt die Möglichkeit bestehe ein so komplexes Störungsbild mit einer Häufung von Komorbiditäten genau zu diagnostizieren (a.a.O.).

Aus diesen Informationen lassen sich für das vorliegende Forschungsvorhaben folgende Fragen ableiten. Nehmen diese Begleitstörungen bei zunehmendem Fernsehkonsum zu bzw. besteht ein Zusammenhang zwischen den Komorbiditäten und dem Fernsehkonsum bei Kindern mit ADHS-Diagnose?

2.5 Ursachenmodelle

Erst kürzlich galten falsche Erziehung und falsche pädagogische Maßnahmen als Ursache für die Entstehung von ADHS. Mittlerweile haben sich diese Annahmen jedoch als inkorrekt erwiesen (Brandau und Kaschnitz 2008, 34). Auch nach Wender (2000, 37) kann Erziehung niemals eine ADHS verursachen, der Erziehungsstil hingegen könne die Ausprägung der Symptome beeinflussen.

2.5.1 Genetisches und neurobiologisches Erklärungsmodell

Wissenschaftler, vor allem Mediziner, gehen von einer neurobiologischen Ursache als Grundlage für die ADHS Problematik aus (a.a.O.). In diesem Zusammenhang werden biochemische Prozesse genannt, die für das Auftreten

von ADHS verantwortlich sein sollten. Demzufolge soll ein Ungleichgewicht bzw. Störungen der Neurotransmitter, das sind chemische Botenstoffe im Gehirn, die für viele Funktionen wie Aufmerksamkeit, Impulskontrolle, motorische Aktivität etc. verantwortlich sind, als wichtige Faktoren in der ADHS - Entstehung gelten (Brandau und Kaschnitz 2008, 34). Die Aufgabe von Neurotransmittern im Gehirn ist es, Informationen über den synaptischen Spalt, einer Verbindung zweier Nervenzellen, weiterzuleiten (Brandau und Kaschnitz 2008, 36ff). Die Übertragung von Informationen durch chemische Botenstoffe gelingt Kindern mit ADHS nicht so reibungslos wie anderen Kindern. Dieses Defizit der chemischen Neurotransmitter hemmt den Nachrichtenfluss und so kommt es zu Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und der Steuerung der motorischen Aktivität (a.a.O.). Ebenfalls kann es durch den Neurotransmittermangel zu Ablenkbarkeit, Irritation der Betroffenen und aggressivem Verhalten kommen (a.a.O.). Diese angebliche Ursache lässt sich laut Brandau und Kaschnitz (a.a.O.) durch viele neurobiologische Untersuchungen belegen. Auch die Wirkung von Medikamenten, die die Störungen im Neurotransmitterungleichgewicht verbessern, sollen Brandau und Kaschnitz's (2008, 34) Forschungen zufolge ein Zeichen für einen neurobiologischen Ursachenfaktor in der Entstehung von ADHS sein.

Auch Heinemann und Hopf (2006, 14) verweisen darauf, dass die soeben dargestellte Dopamin-Mangel-Hypothese als Grundlage für eine medikamentöse Behandlung dient. Wender (2000, 37) gibt ebenfalls dazu an, dass die wirksamste Behandlung von ADHS eine medikamentöse Behandlung in Form einer Stimulanzientherapie bzw. einer Dopamingabe darstelle, die das gestörte neurochemische Gleichgewicht normalisiere. Auch Krause und Krause (2009, 17) verzeichnen, dass aufgrund der von Bradley 1937 beschriebenen Wirksamkeit von Stimulanzien auf Symptome von ADHS, diese Verhaltensstörung auf eine Störung der biogenen Amine, Dopamin und Noradrenalin, zurückzuführen ist. Für Eichseder (1992, zit. nach Mattner 2001,16) stellt ebenfalls eine hirnrnorganische Funktionsstörung bzw. ein gestörter Dopaminstoffwechsel im Synapsenraum die Ursache dieser Verhaltensstörung dar. Laut Brandau und Kaschnitz (2008, 39) liegen

wissenschaftliche Studien vor, die anhand von bildgebenden Verfahren den Zusammenhang zwischen neurobiologischen Faktoren und ADHS aufzeigen. Weiters kommen Rothenberger, Moll (1999, 32f zit. nach Gerspach 2002, 151f) zu der Erkenntnis, dass möglicherweise Neurotransmitter wie Dopamin und Noradrenalin nur modulierend auf glutamerge Neuronensysteme wirken und eine Kompensation von verhaltenswirksamen Faktoren bewirken. Folglich stellt sich die Frage, ob eine medikamentöse Therapie überhaupt von einer neurobiologischen Störung ausgehen und darauf ansetzen kann (Gerspach 2002, 152). Dies lässt vermuten, dass durch eine medikamentöse Behandlung zentrale Kompensationsmechanismen aktiviert werden, die Auffälligkeiten im Verhalten mindern (a.a.O.).

Kritik

Mattner (2002, 11) zweifelt hierfür jedoch den wissenschaftlichen Nachweis aufgrund fehlender empirischer Belege an. Auch Gerspach (2002, 151) kritisiert vor allem die Annahme, von einem Mangel des Neurotransmitters Dopamin, der als Ursache mangelnder Reizverarbeitung gelten und zu erhöhter motorischer Aktivität führen soll, auszugehen, da bisher kein Zusammenhang zwischen den Verhaltensauffälligkeiten und Störungen in sub- und frontkortikalen Bereichen des Gehirns bestätigt werden konnte. Hüther und Bonney (2002, 71) kritisieren die Dopaminmangelhypothese und gehen in ihrer Forschung von einem Dopaminüberschuss im dopaminergen System von „ADHS-Kindern“ aus. Dieser Annahme zufolge, würde eine medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien wie Ritalin, zu einer zusätzlichen Dopaminfreisetzung führen, und das betroffene Kind bis zur Grenze des Erträglichen stimulieren. So würde die laut Hüther und Bonney (2002, 71) veraltete Theorie, die einen Dopaminmangel im Gehirn von „ADHS-Kindern“ als Basis für die Behandlung mit Amphetaminen ansieht, auf den Kopf gestellt. Auch Tyson, Professorin für Sozialpädagogik, verweist 1991 darauf, dass bisher niemand eine neurologische Funktionsstörung identifiziert habe und auch kein Defekt der Transmitteraktivität nachgewiesen werden konnte (De Grandpre 2000, 86). Der Grund für die vermehrte Zurückführung des Verhaltensproblems auf einen biologischen Ursprung stellt die Tatsache dar, dass die ersten Beobachtungen von Hyperaktivität an Kindern, die Traumata oder seltene Krankheiten erlitten

haben, waren (a.a.O., 87). So wurde Hyperaktivität aufgrund von Kopfverletzungen, Meningitis, Enzephalopathie oder Epilepsie auf körperliche Schäden zurückgeführt (a.a.O.). De Grandpre (2000, 87f) merkt weiter kritisch an, dass trotz fehlender neurologisch-chemischer Funktionsstörungen bei den meisten „AD(H)S – Kindern“ das Verhaltensproblem als organisch-medizinische Störung definiert wird.

Dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung zufolge ergibt sich die Hypothese, dass der biologische Ursprung von ADHS nur teilweise, z.B. durch Verletzungen, Traumata vertreten werden kann, wie De Grandpre (2000, 87) anmerkt. Es scheint nicht korrekt zu sein, die Gesamtheit der ADHS-Diagnose auf diese biologische Grundlage zurückzuführen und dementsprechend zu behandeln. Die Kritik der unterschiedlichsten Wissenschaftler sollte erkannt und reflektiert werden, vor allem, um exakte Diagnosen stellen und daraus individuelle Behandlungsmaßnahmen setzen zu können. Ein enormer Faktor in der Ursachen- und Behandlungsdiskussion scheint auch die Pharmaindustrie zu sein. Betrachtet man die Zahlen des Gesundheitsministeriums (siehe Leuzinger-Bohleber 2006, 16, Mattner 2006, 58, Amft et al 2002) bezüglich der Ritalineinnahme so lässt sich unschwer der wirtschaftliche Faktor in diesem Zusammenhang erkennen. Daraus ergibt sich für die Positionierung dieser Arbeit, eine kritische Haltung gegenüber der ausschließlich biologischen Entstehungserklärung von ADHS und ihren Konsequenzen.

Das neurobiologische Erklärungsmodell gilt als genetisch bedingter Faktor. So schreiben Brandau und Kaschnitz (2008, 38): „Ein Ungleichgewicht der Neurotransmittersysteme und mangelhafte Verwertung von Dopamin besonders im Bereich der Stirnregion legen ADHS als stoffwechselbedingte Störung mit starken genetischen Anteilen nahe.“ Auch Döpfner et al (2000, 10) führen an, dass genetische Faktoren das Zustandekommen von ADHS beeinflussen könnten. Familienstudien zufolge ließe sich eine Prävalenz von ADHS von 10-35% der nächsten Familienangehörigen von Kindern mit hyperkinetischen Störungen aufweisen. Auch Hülshoff (2005, 333) geht in der Entstehung von ADHS im engeren Sinne von neurobiologischen Konstitutionsmerkmalen aus, die auf leichte funktionale Steuerungsdefizite, möglicherweise auch auf Ungleichgewichtszustände neurochemischer Systeme und eventuell sogar

genetische Einflüsse zurückzuführen sind. Wender (2002, 37) sieht ebenfalls die Ursache einer Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung in neurochemischen Veränderungen der Funktionsabläufe im Gehirn, die durch Vererbung übertragen werden. Er bezeichnet ADHS in dem Sinne als Erbkrankheit, der möglicherweise genetische Ursachen, in Form von veränderten strukturellen neurochemischen Funktionen im Gehirn, zugrunde liegen (a.a.O., 15). Heinemann und Hopf (2006, 14) kommen auch zu dem Ergebnis, dass genetische Faktoren eine Störung des Dopaminstoffwechsels bewirken. Döpfner /Frölich/ Lehmkuhl (2000,11, zit. nach Heinemann und Hopf 2006, 14) geben ebenfalls an, dass von einer genetischen Bedingtheit von Hyperaktivität und Impulsivität auszugehen ist. Laut Trott (2000,9) ist die Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung als biologisch fundierte Störung anzusehen. Skrodzki, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft ADHS gibt an, dass es sich bei ADHS um eine biologische Verhaltensstörung auf genetischer Basis handelt, die von Veränderungen in präfrontalen Zentren und durch Imbalancen der Neurotransmitter geprägt ist, und in der frühen Kindheit auftritt (Drüe 2007, 118).

2.5.2 Nicht genetisch bedingte Faktoren

Neben diesen biologisch genetischen Einflussfaktoren sollen auch andere Beeinflussungen wie Frühgeburtlichkeit, Sauerstoffmangel oder Probleme bei der Geburt das kindliche Gehirn schädigen und so das Zustandekommen von ADHS verursachen (Brandau und Kaschnitz 2008, 35). Auch Alkohol, Nikotin sowie selten auch Nahrungsmittel(bestandteile) können in der Entstehung von ADHS eine Rolle spielen (a.a.O.). Die Autoren Brandau und Kaschnitz (2008, 40) verweisen aber auch auf psychosoziale und psychologische Faktoren, die neben biologischen und genetischen Faktoren, das Zustandekommen von ADHS beeinflussen. Roths (2001) Hirnforschung zufolge wird ADHS von einem bio-psychosozialen Wechselspiel beeinflusst. Die Risikofaktoren stellen hiernach biologische, psychosoziale, soziokulturelle und situative Faktoren dar (Brandau und Kaschnitz 2008, 43). Hülshoff (2005, 332) nennt als Teilursachen dieser Störung den natürlichen Bewegungsdrang, der durch die Umwelt

erschwert wird, die zivilisatorischen Anforderungen im (bewegungshemmenden) wohnlichen Umfeld und in der Schule, die entwicklungsunangemessen sind. Auch die Reizüberflutung in Großstätten und die damit verbundene Hektik im Alltagsleben, sowie Fernseh- und Computerspielgewohnheiten können laut Hülshoff Hyperaktivität begünstigen. Neben diesen Einflussfaktoren sollen, wie ebenfalls auch Brandau und Kaschnitz (2008) meinen, Nahrungsmittelzusatzstoffe wie Konservierungsmittel, Lebensmittelfarbstoffe, Geschmacksverstärker, Zuckerzusatzstoffe etc. eine Hyperkinetik auslösen bzw. auch verstärken können (Hülshoff 2005, 333). Weiter nennt er seelische Konflikte, emotionale Spannungszustände, Depressionen und Ängste, sowie Aufmerksamkeits- und Lernstörungen als Hinweise um die seelische Konfliktlage zum Ausdruck zu bringen. Demnach wird die Ursache von Hypermotorik und Aufmerksamkeitsstörungen in familiären bzw. seelischen Konflikten angesehen (a.a.O.). Neben der Vererbung als Hauptursache von ADHS nennt Wender (2000, 41) ebenfalls weitere mögliche Ursachen, wie Bleivergiftung, Nahrungsmittelbestandteile, wie Lebensmittelzusatzstoffe, Zucker und Allergien. Hüther und Bonney (2002, 140) legen fest, dass die Ursachen für das Zustandekommen von ADHS von einer ungünstig verlaufenden Schwangerschaft, über einen problematischen Geburtsverlauf bis zu frühen Bindungsstörungen und Fehlentwicklungen im Erziehungs- und Sozialisationsprozess reichen. Auch Stoffwechselstörungen, Allergie, Fehlernährungen, Nahrungsmittel-unverträglichkeiten, Umweltgifte und Chemikalien können eine Belastung in der gesunden Entwicklung von Kindern darstellen und so Reifungsprozesse im kindlichen Gehirn negativ beeinflussen, und später in einer ADHS-Symptomatik münden (a.a.O.). Hülshoff (2005, 333) sieht nicht nur neurobiologische Einflüsse als Ursachenfaktoren in der Entstehung von ADHS, sondern auch biologisch-chemische, physikalische und psychosoziale Umweltreaktionen im Sinne von Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Reizüberflutung sowie Stress und Überforderung können synergetisch wirken und ADHS negativ beeinflussen. Ebenfalls können pränatale, perinatale und postnatale Komplikationen, wie auch Brandau und Kaschnitz (2008) erkennen, zur Manifestation von ADHS beitragen (a.a.O.).

Reflektiere man die vorliegenden Ausführungen dieser Forschungsarbeit und beziehe man das Angeführte auf die Praxis, so ließe sich wahrscheinlich erkennen, dass vielfach eine Kombination der einzelnen genetischen und nicht genetischen Faktoren zu den Verhaltensauffälligkeiten, die unter dem Decknamen ADHS versteckt werden, führt. Der Mensch sollte als ganzheitliches Wesen mit all seinen Facetten wahrgenommen werden, es sollen nicht nur organische/genetische Defekte im Blickfeld stehen, sondern auch das soziale, psychische Umfeld des Menschen tragen zu seinem Auftreten bei und müssten demnach fokussiert werden.

2.5.3 Zusammenfassung

„Bis dato ist es []noch nicht gelungen eine eindeutige identifizierbare Ursache oder ein durchgängiges pathogenes Bild von ADHS zu finden“ (Brandau und Kaschnitz 2008, 43). Auch Gerspach (2002, 150) merkt dazu an, dass schon aufgrund der Anhäufung der zuvor beschriebenen Symptome, die dem Krankheitsbild ADHS zugeordnet werden, eine objektive Diagnose bzw. Definition schwierig ist und vom Standpunkt des Betrachters bzw. der Toleranzschwelle des pädagogischen Rahmens abhängt. Es sei demzufolge absurd, eine misslungene Anpassung, vor allem im schulischen Bereich, alleinig auf die Gehirnleistung zu beziehen, ohne den sozialen Lebenshintergrund zu berücksichtigen (a.a.O.). Weiter „[...] wären also Unkonzentriertheit oder Untrieblichkeit eines Kindes einzig eine somatische Störung der Gehirnfunktionen, dann hätten wir es mit einem Verhalten ohne Sinn und Verstand zu tun, das wie ein Gewitter über das Kind kommt“, so eine kritische Aussage Gerspachs (2002, 150). Brandau und Kaschnitz (2008, 46) kommen zu dem Ergebnis, dass ADHS am besten als dynamisches biopsychosoziales Interaktionsphänomen betrachtet werden sollte und verdeutlichen die Komplexität dieser Verhaltensauffälligkeit in dem Zitat:

„Die Erwartung eine oder mehrere klar definierte Ursachen von ADHS zu finden wie die weit verbreitete Hypothese eines Dopaminmangels im Frontallappen

wurde mit zunehmenden Anwachsen von tausenden Studien enttäuscht. ADHS als ein multifaktorielles komplex vernetztes System scheint dem gegenwärtigen Forschungsstand eher zu entsprechen als eine monokausale Vorstellung“ (Brandau und Kaschnitz 2008, 43). Die Vielschichtigkeit des Phänomens ADHS wird anhand der folgenden Darstellung, welche genetische, prä-, peri- und postnatale, umweltbedingte, soziale, psychische und physische Faktoren miteinbezieht, verdeutlicht.

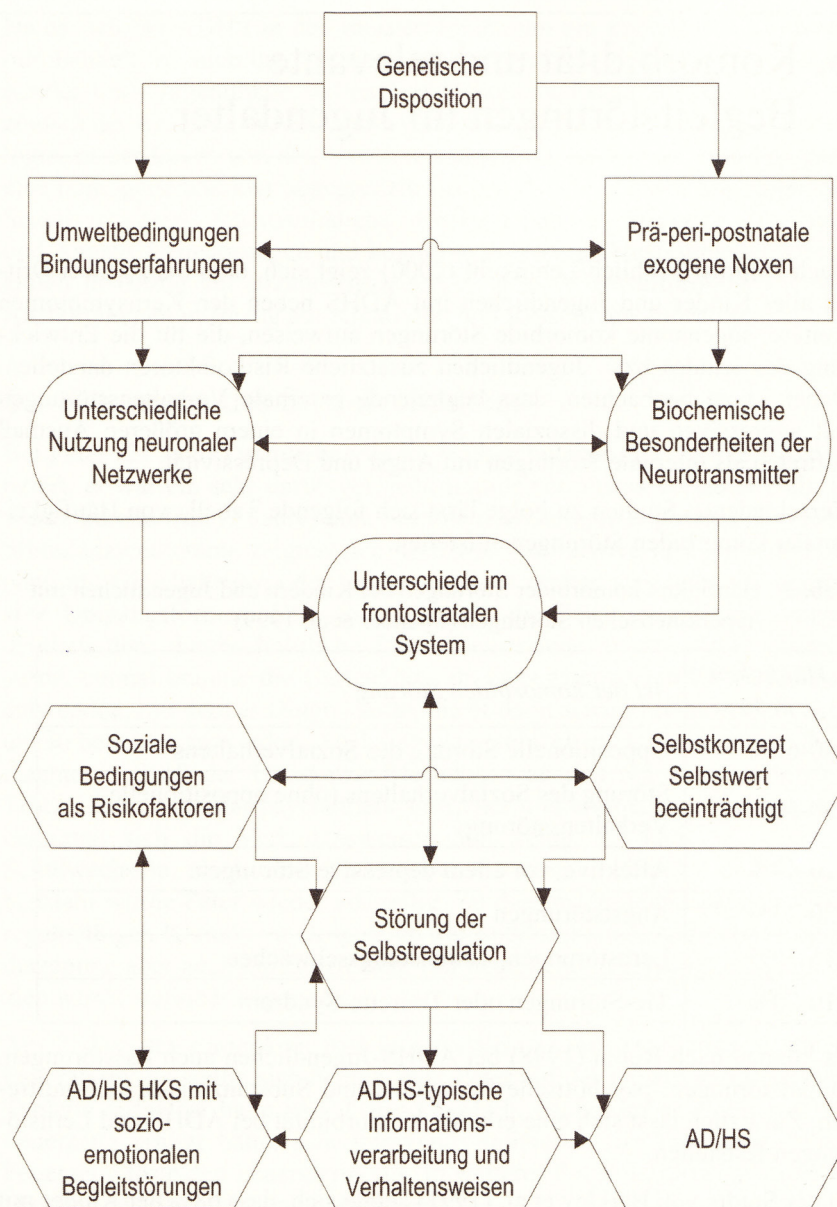


Abb. 7: AD/HD als biopsychosozial vernetztes Interaktionsphänomen

Abb. 3 (Brandau und Kaschnitz 2008, 53)

Hüther und Bonney (2002, 140) äußern sich zur Ursachenerklärungsproblematik wie folgt: „Diese Störungsbild ist so komplex, dass es sich nur dann umfassend verstehen und optimal behandeln lässt, wenn das Wissen und die Erfahrungen möglichst vieler und möglichst unterschiedlicher Experten aus Theorie und Praxis einbezogen und berücksichtigt werden“ (Hüther und Bonney 2002, 140).

Ruf-Bächtiger (2003, 12) gibt an, dass jede Verhaltensstörung, wie zB. Hyperaktivität, Konzentrationsschwäche etc. auf biologischen, im Sinne von hirnrorganischen, psychodynamischen und gesellschaftlichen Grundlagen beruht. Weiter verweist die Autorin darauf, dass die Diagnose ADS nicht aufgrund von beschriebenen Verhaltensparametern, wie sie die DSM-IV und die ICD-10 vorsehen, getroffen werden kann, sondern durch biologische, psychodynamische und soziale Faktoren bedingt sei. Sie bezeichnet die Diagnosestellung nach DSM-IV lediglich als Verhaltensbeschreibung und kritisiert in dem Zusammenhang den fehlenden wissenschaftlichen Fortschritt aufgrund der Scheu vor einer Synthese dieser drei Kernbereiche (a.a.O). Ruf-Bächtiger (2003,13) kritisiert, dass eine gehäufte Diagnosestellung anhand der Beschreibung von Verhaltensparametern nach DSM-IV erfolge und somit weit mehr Kinder mit ADHS diagnostiziert werden würden als durch eine Diagnose mittels hirnrorganischer Untersuchung.

Im Sinne dieser Erkenntnis wird auch in der vorliegenden Arbeit versucht, ADHS als multifaktoriell bedingtes Verhaltensphänomen, das Erfahrungen mehrerer wissenschaftlicher Bereiche erfordert, wahrzunehmen.

2.6 *Behandlung bzw. Therapie*

Döpfner, Schürmann und Frölich (2002, 38f) teilen die Therapiekonzepte dieser Verhaltensstörung in kindzentrierte, eltern- und familienzentrierte, kindergarten-

und schulzentrierte Ansätze sowie in die multimodale Behandlung von hyperkinetischen Störungen ein.

Unter dem kindzentrierten Ansatz, sind die medikamentöse Therapie mit Psychostimulanzien und Antidepressiva, das Selbstinstruktionstraining, Selbstmanagement-Methoden und Spieltraining mit Kindern im Kindergartenalter, sowie Verfahren, wie z.B. diätische Behandlungen, mototherapeutische und sensomotorische Verfahren, Psychotherapie und Übungsbehandlungen, subsumiert (Döpfner et. al 2002, 38f).

2.6.1 Kindzentrierte Ansätze

Kindzentrierte Verfahren haben zum Ziel, eine Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes durch direkte Interventionen herbeizuführen (Döpfner et. al. 2002, 37). Die kindzentrierten Verfahren, die im Rahmen der Verhaltensproblematik ADHS zum Einsatz kommen, sind die medikamentöse Therapie, Selbstinstruktionstrainings und Selbstmanagementverfahren sowie spielbezogene Interventionen, und werden daher im Folgenden näher ausgeführt (a.a.O.).

2.6.1.1 Medikamentöse Behandlung

Wender (2000, 15) zufolge wurde die medikamentöse Therapie von ADHS schon Ende der 30er Jahre eingesetzt. Heute dominiert die medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien, deren wichtigster Vertreter die Substanz, Methylphenidat (MPH), bekannt als Ritalin oder Concerta ist (Brandau und Kaschnitz 2008, 122). Döpfner et al. (2002,38) verweisen darauf, dass sich die medikamentöse Therapie bei hyperkinetischen Störungen, insbesondere die Behandlung mit Stimulanzien wie Methylphenidat am wirkungsvollsten erwiesen hat, und am besten belegt zu sein scheint. Als Stimulanzien werden Substanzen bezeichnet, die physiologische und psychologische Funktionen verbessern. Sie zählen als zentralnervös aktivierende Medikamente (a.a.O.). Bei gesunden Menschen erhöhen sie die motorische und psychologische

Aktivität, verbessern die Stimmungslage ebenso wie bei Kranken. Auch eine Aktivierung der Konzentrationsfähigkeit, des Selbstwertgefühls und der Cortexaktivitäten zählen zu den Eigenschaften von Stimulanzien (a.a.O. 127). In den USA bekommen 90% der Kinder mit ADHS-Diagnose das Psychostimulanzium Methylphenidat verabreicht. Das sind ca. 7 bis 8 Mio. Kinder (a.a.O.).

Wirkung von Methylphenidat

MPH wird schnell über die Schleimhäute des Verdauungstraktes aufgenommen und gelangt durch das Blut ins Gehirn, wo es nach 15 bis 20 Minuten seine Wirkung entfaltet. Nach 60 bis 90 Minuten ist die höchste Wirksamkeit erreicht und nach drei Stunden wird die Hälfte dieser Substanz im Körper wieder abgebaut (Huss 2003, 72). Bei einer einmaligen Einnahme am Morgen ist am Nachmittag keine Wirksamkeit mehr zu erwarten (a.a.O., 73). Aufgrund dieser kurzen Halbwertszeit kann das Medikament am nächsten Tag im Blut nicht mehr nachgewiesen werden (a.a.O.).

Diese Erkenntnis wirft die Frage auf: Können aufgrund der geringen Halbwertszeit und damit verbunden der fehlenden Nachweisbarkeit nach nur einem Tag, einzelne Nebenwirkungen überhaupt auf die Einnahme des Medikamentes zurückgeführt werden? Gibt es aus diesem Grund keine Langzeitstudien, trotz der geraumen Anwendungszeit des Medikaments?

Die positive Wirkung von Ritalin die die Auftrittswahrscheinlichkeit der Kernsymptome, motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung verhindern sollten, wurde in mehreren Studien bestätigt (Huss 2003, 73). Betroffene sprechen diesbezüglich von einer Hilfe und Erleichterung zur Bewältigung des schulischen, beruflichen und sozial familiären Alltags. Brandau und Kaschnitz (2008, 123) zufolge zielt die Einnahme des Medikamentes auf eine Beeinflussung des Hirnbotsstoffes Dopamin ab, die dazu dienen soll, dass dieser Botenstoff länger im synaptischen Spalt zur Verfügung stehen und an einer raschen Wiederaufnahme durch die Nervenzelle gehindert werden soll. Durch dieses Eingreifen in den Gehirnstoffwechsel entfaltet das Medikament

seine Wirkung, welche die Kernsymptome positiv beeinflusst und die Aufmerksamkeit verbessert (a.a.O., 127).

Die Problematik bei der Behandlung mit Ritalin äußert sich darin, dass die Wirksamkeit nur von kurzer Dauer, nämlich drei bis vier Stunden, ist. Auch Nebenwirkungen wie Appetitreduktion, Depressivität, Tic-Störungen, Einschlafschwierigkeiten, Kopf- und Bauchschmerzen, sowie ein Rebound⁴-Effekt können mit der Einnahme von Methylphenidat einhergehen (a.a.O., 124). Obwohl Methylphenidat unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, besteht bei ordnungsgemäßer Anwendung keine Gefahr zur Abhängigkeit (Brandau und Kaschnitz 2008, 126). Auch Drüe (2007,181) verweist auf die positive Wirkung von Methylphenidat, welche wissenschaftlich erwiesen sein sollte. Weiter gibt sie an, dass MPH zurzeit das Medikament der ersten Wahl in der Behandlung von ADHS darstellt. Zynisch beschreibt sie, dass Ritalin bzw. „Methylphenidat (MPH) zu dem geworden ist, was Maggi für Suppenwürze oder Fleischextrakt, Ata für Scheuerpulver, Pampers für Wegwerfwindeln ist: der Name für ein erfolgreiches Produkt“ (Drüe 2007, 177). Schon anhand dieser klaren Worte ist zu erkennen, welche Bedeutung der medikamentösen Therapie in der Behandlung von ADHS beigemessen wird.

Döpfner et al.'s (2002, 38f) Forschungen zufolge werden bezüglich der Wirkung von Psychostimulanzien folgende Komponenten angegeben:

- Die Stimulanzientherapie führe zu einer Verminderung der Impulsivität und gleichzeitig zu einer Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und der Vigilanz hauptsächlich bei einfachen Aufgabenstellungen.
- Die Produktivität und Genauigkeit bei schulischen Leistungen würde verbessert werden.
- Das hyperkinetische und impulsive Verhalten im Unterricht, in der Familie sollte vermindert werden.
- Es käme zu einer Verminderung von aggressivem Verhalten, vor allem bei höherer Dosierung.
- Die soziometrische Position sollte verbessert werden, dh es käme zu einer Beliebtheit unter Gleichaltrigen.

⁴ Unter dem Rebound-Effekt versteht man die Zunahme an motorischer und innerer Unruhe beim Abklingen der Wirkung des Medikaments (Brandau und Kaschnitz 2008, 125).

- Die Mutter-Kind Interaktion würde verbessert bzw. positiv beeinflusst werden.
- Zu guter Letzt wird auch angeführt, dass die Lehrer-Schüler-Interaktion verbessert werden würde (a.a.O.).

Kritik an medikamentöser Behandlung

Erstaunlicherweise geht aus dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung hervor, mit welcher Überzeugtheit die Diagnose ADHS mit ihren Konsequenzen, im Sinne der gestiegenen Verabreichung von Ritalin⁵, in unsere Gesellschaft zu drängen scheint. Man erinnere in diesem Zusammenhang, wie zuvor durch zahlreiche Wissenschaftler angeführt, die fehlenden wissenschaftlichen Beweise, für die Bestätigung der Ursachen sowie einer differenzierten Diagnosestellung dieses Verhaltensphänomens.

Auch Hüther und Bonney (2002, 76) verweisen auf einen hohen Stellenwert der medikamentösen Behandlung, die aufgrund der Annahme eines Dopaminmangels im Gehirn als Ursache für ADHS angewendet wird. In diesen Zusammenhang bringen die Autoren auch hervor, dass der Einsatz von psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von „ADHS-Kindern“, die strukturelle Veränderungen im Gehirn sowie im Verhalten von Kindern mit ADHS-Diagnose bewirken soll, bis vor kurzen kaum vorstellbar war. Amft merkt in Bezug auf die medikamentöse Behandlung von ADHS kritisch an, dass das derzeitige Ausmaß der Ritalin-Verordnungen den Verdacht nahe legt, dass nicht nur für Kinder mit einer medizinisch gesicherten Diagnose eine Indikation vorliegt, sondern dass Ritalin symptombezogen in großem Umfang verabreicht wird, um sozial erwünschtes Verhalten herzustellen (Amft 2006, 80). Weiter führt Amft in seinen Ausführungen zum Thema Ritalin an, dass dieses Medikament ähnlich wie Kokain das subjektive Leistungsempfinden sowie das positive Selbsterleben stärkt, im Gegensatz jedoch eine Verhaltensänderung im Sinne einer Zwangssymptomatik ausdrückt. Er spricht von einem maschinenhaften Verhalten als Nebenwirkung von Psychopharmaka (Amft 2006, 81).

⁵ Einer Mitteilung des Gesundheitsministeriums 2001 zufolge stieg der Verbrauch von Ritalin bei Kindern mit ADHS-Diagnose zwischen 1997 und 2000 um 270 Prozent (Leuzinger 2006, 16).

In jüngster Zeit traten wissenschaftlich belegte Meldungen auf, die von Langzeitschäden der medikamentösen Behandlung berichten. Den Berichten zufolge sollten Ritalin und Co süchtig machen und sogar Parkinson auslösen (Huss, 2003, 71). Laut Höger et. al (2002, zit. nach Huss 2003, 72) konnte die Behauptung, dass Methylphenidat das Parkinson Syndrom auslösen würde, widerlegt werden.

De Grandpre (2005, 134) merkt dazu an, dass Ritalin zu den „Liste II – Medikamenten“ zählt, wie zB Kokain und Morphin, die von der „Drug Enforcement Administration (DEA)“ als stark wirkende und potenziell Sucht erzeugende Substanzen definiert werden. Des Weiteren verweist De Grandpre (2000, 135f) auf die Ähnlichkeit der Wirkungsweise von Kokain und Ritalin. Ihm zufolge unterscheiden sich die beiden Substanzen in ihrer molekularen Struktur, die biochemischen Reaktionen im Hirn sind jedoch dieselben (a.a.O. 138). Der Unterschied liegt nur darin, dass Ritalin oral eingenommen wird und so in seiner Wirkungsweise abgeschwächt und verlangsamt ist (a.a.O.).

Für diejenigen die Ritalin einnehmen, ist es lediglich ein Medikament, welches im medizinischen Kontext zur Behandlung einer medizinisch-organischen Störung eingesetzt wird (De Grandpre 2005, 140). Der Autor der „Ritalin Gesellschaft“ bezeichnet das Medikament bzw. die „Droge“ Ritalin als Krücke, die reizabhängige Personen anstatt zu heilen, über problematische Phasen hinweghilft (De Grandpre 2000, 157). Er fasst diese Funktion im Kontext einer prothetischen Pharmakologie auf. Demgegenüber drückt De Grandpre (2000, 156) mit dem Begriff der kosmetischen Pharmakologie aus, dass Ritalin als schnelle pharmakologische Technik angesehen wird, die das Verhalten des Kindes unter Kontrolle bringt und „maskiert“. Dem Wissenschaftler De Grandpre (2000,160) zufolge führt Ritalin statt zur Lösung von Problemen zu einer Verstärkung, da es keine Heilung von Hyperaktivität und Konzentrationsmangel verspricht, sondern die Abhängigkeit genährt wird, anstatt den Nährboden für die Verhaltensauffälligkeit zu entziehen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Wie können Stimulanzien Hyperaktivität zügeln? Hinterfragt man den Begriff, so könnte davon ausgegangen werden, dass Stimulanzien stimulierende Eigenschaften besitzen und so die problematischen Verhaltensweisen noch verstärkt zum Ausdruck kommen? Die Antwort liegt darin, dass diese künstliche Stimulationsquelle das

Bedürfnis nach eigenen Handlungen zur Stimulation reduziert und so seine Sänftigung der inadäquaten Verhaltensweisen zur Folge hat (De Grandpre 2000, 164). Diese Annahme ist jedoch nicht wissenschaftlich abgesichert, da die Einnahme von Ritalin bei „normalen Kindern“ zu einer Überstimulierung führen müsste, die aber wiederum nicht bestätigt werden konnte (a.a.O., 165). Vom Hersteller Novartis selbst wird nur beschrieben, dass Ritalin als Stimulans des zentralen Nervensystems gilt. (a.a.O.).

2.6.1.2 Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Methoden

Selbstinstruktionstraining

Diese Form der Behandlung gehört zur Gruppe der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen und zielt auf eine Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeiten und der reflexiven Problemlösestrategien des Kindes ab, um eine bessere Verhaltenssteuerung zu erzielen. Schwerpunkt dieser Methode ist es, dem Kind eine Hilfestellung zu geben, um seine Impulse besser steuern, seine Aufmerksamkeit auf etwas länger andauerndes zentrieren, und dadurch Aufgaben besser lösen zu können (Döpfner et al 2002, 40). Das Kind lernt anhand dieses Therapiemodells wie man laut denkt, wie man Schwierigkeiten erkennt und wie damit umzugehen ist, welche Lösungsmöglichkeiten überlegt werden können, wie man diese abwägt und wie man die Richtigkeit der Lösung kontrolliert, sowie wie man sich für seinen Erfolg bestätigt (a.a.O.). Es fehlt jedoch die Bestätigung für die klinische Wirksamkeit dieser Behandlungsmöglichkeit (a.a.O.).

Selbstmanagement Methoden

Die zentrale Aufgabe dieses Konzeptes besteht darin, das Kind dazu zu bewegen, in seiner Umgebung auf die eigenen Verhaltensprobleme zu achten und sie zu erkennen (Döpfner et al 2002, 41). Es wird erwartet, dass das Kind

lernt in diesen kritischen Situationen adäquates Verhalten zu zeigen, sich an Regeln zu halten und sich selbst für die positive Situationsbewältigung zu stärken. Diese Methode wird gerne mit anderen Techniken wie z.B. Token-Systeme und Selbstinstruktion kombiniert (a.a.O.).

2.6.1.3 Spieltraining und andere Verfahren

Aufgrund der entwicklungsbedingten wenig vorhandenen Autonomie im vorschulischen Kindesalter wird familien- und kindergartenzentrierten Interventionsformen eine große Bedeutung beigemessen (Döpfner et al 2002, 42). Die zuvor angeführte Selbstmanagement Methode und das Selbstinstruktionstraining können aufgrund von noch nicht ausreichend entwickelten kognitiven Fähigkeiten auf Kinder dieses Alters nicht angewendet werden (a.a.O.).

Heilpädagogische Spieltherapie

Auf der Grundlage der von Sigmund Freud entwickelten Methode der Psychoanalyse, die von einer kathartischen und psychisch reinigenden Wirkung dieser ausgeht, erweiterte Anna Freud die Vorstellung ihres Vaters und entdeckte die Wirkung seiner Methode im Spiel. Es entstand eine Spieltherapie, in welcher das Kind durch das Spiel die Rolle der Sprache eines Erwachsenen übernimmt (Sagi 1982, 118). Die Heilpädagogische Spieltherapie wird als eklektische Methode, die Elemente der analytischen und der nicht-direktiven Therapie sowie pädagogische und lerntheoretische Elemente enthält, angesehen (Sagi 1982, 119). Sagi (a.a.O.) gibt auch an, dass dem Kind auf die im Spiel gestellten Fragen auch im Spiel geantwortet wird. Zu den wichtigsten Vertretern zählen Axline sowie Tausch und Tausch (a.a.O.).

Die Heilpädagogische Spieltherapie zeichnet sich dadurch aus, dass sie bewusst den pädagogischen Bereich einbezieht. Der Heilpädagoge bleibt während des Spiels in der Therapiesituation seiner pädagogischen Verantwortung bewusst, er bietet in Abstimmung mit den Eltern normative Ansätze an und begründet sie, und er muss Zielsetzungen im Spiel formulieren und für ihre Umsetzung auch lenkend ins Spiel eingreifen, sowie

lerntheoretische Ansätze zu Hilfe nehmen (Sagi 1982, 119f). Weiters wird vom Heilpädagogen verlangt, dass die Heilpädagogische Spieltherapie als „konzentrierte Erziehung“ gesehen wird, die mit methodischen Ansätzen zu verknüpfen ist und in der Spielsituation ihre Anwendung finden soll (a.a.O.).

Diätische Behandlung

Diese Form von Intervention ist derzeit noch wenig ausgereift. Eine spezifische Diät stellt die oligoantigene Diät nach Egger 1985 dar, die jedoch als sehr kostspielig, umfangreich und aufwendig, sowie als sozial einschneidend gilt (Döpfner et al 2002, 42f). Auch Bernitzke (2001, 122) verweist auf ernährungsbezogene Veränderungen, die mit Hilfe der Feingold-Diät in der Behandlung von hyperkinetischen Kindern in 50% der Fälle positive Auswirkungen haben sollte. Die Erfolgsergebnisse konnten jedoch nicht bestätigt werden (a.a.O.).

Mototherapeutische und sensomotorische Verfahren

Auch hier ist die Wirksamkeit zur Verminderung externer Symptome nur unzureichend belegt. Mototherapeutische Verfahren sind in der Behandlung von motorischen und sensomotorischen Defiziten bei Kindern mit hyperkinetischer Störung hilfreich. (a.a.O. 43).

Übungsbehandlungen

Liegen auch andere Leistungsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten vor, kann durch verschiedene Übungsbehandlungen interveniert werden (Döpfner et al 2002, 43).

Heilpädagogische Übungsbehandlung

Die Heilpädagogische Übungsbehandlung dient als Gesamtförderung des Kindes in motorischen, sensomotorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Bereichen sowie als Hilfestellung für neue Verhaltensstrategien (Sagi 1982, 120). Die Förderung wird in Spielsituationen, auf Grundlage des Spielverhaltens eines nicht behinderten Kindes erzielt (a.a.O.). Basis dieses spieltheoretischen Ansatzes, der von Bühler 1924 als „funktionale Freude“ bezeichnet wird, ist, dass die Tätigkeit dem Kind Freude bereitet, vor allem im Erlebnis von neu gewonnenen Funktionen, im Abbau von Konflikten und

sozialen Spannungen (a.a.O., 121). Der Bedarf an Hilfestellung ergibt sich folgendermaßen: Das Spiel stellt eine Lebensäußerung des Kindes dar, die mit der Sprache des Erwachsenen gleichzusetzen ist. Kommt es zu einer Störung oder nicht altersgemäßen Entwicklung des Spielens aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten oder Behinderungen, so entsteht ein Hilfebedarf (Sagi 1982, 121).

Die Förderung kann anhand unterschiedlicher Spielmethoden, wie durch Funktionsspiele, die zur Einübung neu gewonnener motorischer und sensomotorischer Fertigkeiten dienen, oder durch Rollenspiele, die ihre Funktion im Entladen von Aggressionen und Lösen von Konflikten, sowie in der Entwicklung von Kreativität haben. Weiters können Konstruktionsspiele, die zur Handlungsplanung anregen sollten, oder Regelspiele, die Wettbewerbscharakter haben, an Regeln gebunden sind und als Sozialleistungen wahrgenommen werden, Einsatz finden. Als diagnostische Grundlage für die Heilpädagogische Übungsbehandlung gilt die Darstellung des aktuellen Spielverhaltens des Kindes (Sagi 1982, 123). Eine Herausforderung für den Heilpädagogen ist das ständige Balancieren zwischen der Durchführung des Behandlungsplanes und der Erhaltung der Freude des Kindes am Spiel (a.a.O.).

Psychotherapie

Psychotherapie kann bei der Behandlung von zusätzlichen emotionalen Störungen eingesetzt werden. Ziel von psychologischen Maßnahmen zB im Sinne einer Verhaltenstherapie bei hyperaktiven Kindern ist eine Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten und eine Verbesserung der Aufmerksamkeitsfähigkeit (Bernitzke 2001, 122). Dies kann durch kognitive Interventionen, die ihren Schwerpunkt in der Situationsanalyse sowie in der Erkennung von Handlungsalternativen sieht, erreicht werden (a.a.O.).

Verhaltenstherapeutische Intervention und Psychoedukation

Die Methode basiert auf lerntheoretischen und pädagogischen Konzepten und dient dazu, den Umgang mit den eigenen Problemen und dem seelischen Leid

erfolgreich zu bewältigen. Dieser psychoedukative Ansatz wird als ergänzendes Behandlungskonzept angesehen (Brandau und Kaschnitz 2008, 129).

2.6.2 Eltern- familienzentrierte Ansätze

Mittels dieser Verfahren sollen jene Faktoren in der Familie verändert werden, die zur Entstehung bzw. die zum Ausdruck der Symptomatik beitragen (Döpfner et. al. 2002, 37). Die Methoden zielen auf eine Beeinflussung von problematischen Verhaltensweisen in kritischen familiären Situationen ab (a.a.O., 43). Es wird versucht, eine Verhaltensregulation anhand von kognitiven Interventionen, vor allem durch Reiz- und Kontingenzmanagement, zu erreichen (a.a.O.). Laut Döpfner et. al (2002, 44) liegen auch Nachweise für die Wirksamkeit des Elterntrainings vor sowie für die Wirksamkeit von Interventionen in der Familie besonders durch Methoden des Kontingenzmanagements.

2.6.3 Kindergarten- und schulzentrierte Ansätze

Neben den familienzentrierten Verfahren sollen kindergarten- und schulzentrierte Interventionen die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes in diesen Institutionen durch die Veränderung der Bedingungen die zur Aufrechterhaltung der Symptomatik führen, verringern (Döpfner et. al. 2002, 37). Als Parallele zum familienzentrierten Ansatz haben sich auch diese Ansätze in der Behandlung von hyperaktiven Kindern in diesen Lebensbereichen bewährt (Döpfner et al., 45). Hier finden Token- Systeme am häufigsten Anwendung, dessen Wirksamkeit ebenfalls in einer Vielzahl von Studien belegt sein sollte (a.a.O).

2.6.4 Multimodale Therapieansätze

In mehreren Studien wurden laut Döpfner et al (2002, 47) die Wirksamkeit einer Kombinationstherapie von Stimulanzienbehandlung mit

verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Familie und im Unterricht oder mit kognitiven Trainings untersucht. Das Ergebnis zeigt in einigen Fällen eine Überlegenheit der multimodalen Therapie gegenüber Einzelbehandlungen.

THOP – Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Problemverhalten

Dieses Trainingsprogramm für Kinder mit ADHS Problematik stellt eine Kombination von kindzentrierten, eltern- und familienzentrierten und kindergarten- und schulzentrierten Ansätzen oft in Begleitung mit einer pharmakologischen Behandlung dar, und wird als multimodale Therapie angesehen (Walther und Ellinger 2008, 179).

Der Vorteil dieses Ansatzes ist, dass eine individuelle Abstimmung der Behandlung auf den Einzelnen möglich ist. Dieses Therapieprogramm wurde als Einzeltherapie entwickelt, wird jedoch des Öfteren als Gruppentherapie wirksam und wird bei Kindern zwischen drei und zwölf Jahren angewendet (a.a.O.). Die Behandlung gliedert sich in Diagnostik und Therapie, wobei eine spezifische Diagnose, die eine individuelle Einzelfalldarstellung welche eine Verhaltens- und Interaktionsdiagnostik, eine Leistungs- und Intelligenzdiagnostik sowie eine Familiendiagnostik beinhaltet, erstellt wird (a.a.O.).

Betrachtet man letzteren Punkt, so ist zu erkennen, dass hier bereits eine interdisziplinäre Zusammenarbeit hinsichtlich der Therapie von ADHS stattfindet. Das Bestreben nach wissenschaftlicher Kooperation, das diese Arbeit zum Ziel hat, wird hier schon thematisiert und teilweise gelebt. Künftig könnte auch das Feld der Medienpädagogik, das in der heutigen Gesellschaft durch den Wandel der Zeit immer dominierender wird, in die Wahrnehmung des Verhaltensphänomens ADHS mit einbezogen werden.

2.7 Geschichte

Schon lange zuvor stieß man auf das heute medizinische Phänomen ADHS, jedoch nicht unter diesem Namen. Schilderungen des Nervenarztes Heinrich Hoffmann beschreiben dieses Phänomen im Kinderbuch „der Struwpeter“ anhand des „Zappelphilipps“ oder des „Hans Guck-in-die-Luft“, (Harland 2003, 27) oder im Michel von Lönneberga von Astrid Lindgren (Neuhaus 2007, 12). 1902 erschien der 1. Artikel des Kinderarztes George F. Still in der britischen medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet*, der die Symptomatik ADHS bei Kindern erstmals mit den Eigenschaften impulsiv, und konzentrationsschwach beschrieb (a.a.O.). Weiters wurden 1917 medizinische Artikel verfasst, die von schwer erziehbaren Kindern mit ähnlichen Verhaltensweisen handelten (a.a.O.). 1937 zeigte Dr. Charles Bradley in einem Artikel auf, dass stimulierende Mittel auf Kinder mit auffälligem Verhalten beruhigend wirken (Harland 2003, 27). Ab den 1960er Jahren schenkte man diesem Thema mehr Aufmerksamkeit und es entstanden Begriffe wie „minimale cerebrale Dysfunktion“, sowie „hyperkinetisches Syndrom“ etc. um das abweichende Verhalten zu benennen (a.a.O.).

Als Beispiel für die anfänglichen Schilderungen soll die Geschichte des „Zappelphilipp“ kurz betrachtet werden:

Zappelphilipp

"Ob der Philipp heute still
wohl bei Tische sitzen will?"
Also sprach in ernstem Ton
der Papa zu seinem Sohn,
und die Mutter blickte stumm
auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp **hörte nicht**,
was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt
und **schaukelt**,
er trappelt
und zappelt
auf dem Stuhle hin und her.
"Philipp, das missfällt mir sehr!"

Seht, ihr lieben Kinder, seht,
wie's dem Philipp weiter geht!
Oben steht es auf dem Bild.
Seht! Er schaukelt gar **zu wild**,
bis der Stuhl nach hinten fällt.
Da ist nichts mehr, was ihn hält.
Nach dem Tisch greift er, **schreit**.
Doch was hilft's? Zu gleicher Zeit
Fallen Teller Flasch und Brot.
Vater ist in großer Not,
und die Mutter blicket stumm
auf dem ganzen Tisch herum. (Hoffmann 1845)

Wie schon Hoffmann (1845) anhand der hier angeführten Verse beschreibt, liegen die Symptome für dieses Verhalten im Bereich der motorischen Unruhe, der Impulsivität sowie der Unaufmerksamkeit. Die Verszeile „Doch der Philipp hörte nicht“ verdeutlicht die Unaufmerksamkeit dieser heute als ADHS bezeichneten Symptomatik, während die Worte: „...schaukelt, er trappelt und zappelt auf dem Stuhle hin und her“ Ausdruck hyperaktiven Verhaltens darstellen. Auch die darauf folgende Situationsbeschreibung: „Da ist nichts mehr was ihn hält. Nach dem Tisch greift er, schreit“ verweist auf die Impulsivität mit welcher hyperaktive Kinder agieren. Früher lediglich als Kindheitsphänomen beschrieben ist ADHS heute eher zu einer Modediagnose wie Leuzinger-Bohleber (2006, 11) die Verhaltensauffälligkeit ADHS bezeichnet, verkommen.

Stiehler (2007, 26) hingegen kritisiert die Rückgriffe auf veraltete Kinderbuchgeschichten und bezeichnet den „Struwelpeter“ als Kinderfehler-Tradition. Sie verweist auf nicht medizinisch begründete Fallschilderungen, die lediglich von Respektlosigkeit, Ungehorsam, Aufsässigkeit und motorischer Unruhe ausgehen, das Kriterium Unaufmerksamkeit jedoch außer Acht lassen. Im Weiteren beschreibt die Autorin, dass Heinrich Hoffmann mit dieser Geschichte nicht beabsichtigt ein klassisches Phänomen einer krankhaften Störung darstellen wollte. Stiehler zufolge sollte lediglich der Vater-Sohn Konflikt und das unartige Verhalten des Sohnes bei Tisch, welches im 19.

Jahrhundert in bürgerlichen Kreisen nicht akzeptierbar war, im Vordergrund der „Struwelpeter-Geschichte“ stehen (Stiehler 2007, 27).

Entgegen dieser kritischen Haltung wurde im Laufe der Zeit genau dieses Verhalten zum Blickfang der Mediziner und Co. Die Beschreibung dieses Verhaltensausdruckes wurde vorherrschendes Thema und die Bezeichnung dafür wandelte sich im Laufe der Zeit.

In Folge der in den 60er Jahren verwendeten Diagnose „minimale cerebrale Dysfunktion“, die die Verhaltensauffälligkeit mit einer Hirnschädigung verknüpft, trat Hyperaktivität bzw. das Hyperkinetische Syndrom in den Vordergrund (Heinemann und Hopf 2008, 165). Heute hingegen wird die Störung, die die Symptome Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität aufweist, als Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bezeichnet (a.a.O.).

Um klare Vorstellungen zu den verwendeten Termini und ihrer Tragweite zu bekommen, werden nun die einzelnen Begriffe kurz erklärt.

2.7.1 Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)

Die Annahme, das HKS sei durch eine „minimale Cerebralschädigung“ begründet, wurde erstmals in den 1940er Jahren postuliert (a.a.O). Der anfänglich gebrauchte Begriff „minimale Cerebralschädigung“ wich in den 1960ern der Bezeichnung „Minimale cerebrale Dysfunktion“ aufgrund von fehlenden wissenschaftlichen Beweisen für eine mit der Symptomatik einhergehenden Hirnschädigung (a.a.O). Dieser Konzeption zufolge stellt die Ursache für die Entstehung dieser Verhaltensstörung eine „Hirnstörung“ dar, und nicht wie zuvor angenommen eine „Hirnschädigung“. Schon in diesem Zusammenhang wurden funktionale Schwächen von Neurotransmittern, den neuronalen Überträgersubstanzen im Gehirn, für das Zustandekommen einer MCD verantwortlich gemacht (a.a.O).

1966 konnte keine eindeutige körperliche Ursache für die Störung von Kindern, die durch Unruhe und Unkonzentriertheit auffallen, gefunden werden, man hielt

jedoch an einer Krankheitsursache fest (Stiehler 2007, 40). Vom amerikanischen Gesundheitsbegriff wurde nun der Begriff „minimal brain dysfunction“ abgeleitet, welcher im deutschsprachigen Raum als „minimale cerebrale Dysfunktion“ bezeichnet wurde (a.a.O.). Bis in die 90er Jahre wurde der Begriff der minimalen cerebralen Dysfunktion für die Störung, die von einem Überschuss an motorischer Bewegung, sprich Hyperaktivität, einer daraus resultierenden Aufmerksamkeitsstörung sowie mangelhafter Impulskontrolle geprägt war, verwendet (Mattner, 2002, 8). Brandau und Kaschnitz (2007, 61) vermerken dazu, dass mit Begriff, „minimale cerebrale Dysfunktion“, die Symptome Hyperaktivität und Lernstörungen zusammengefasst werden. Das Konzept wurde zur Erklärung verschiedenster kindlicher Verhaltens- und Leistungsstörungen herangezogen und sah als Ursache für die genannten Symptome eine Hirnschädigung an (Oehler 1990, 149f zit. nach Mattner 2002,8). Der Begriff MCD wurde meistens synonym zum Hyperkinetischen Syndrom (HKS) verwendet bzw. wurde das HKS auf eine Minimale cerebrale Dysfunktion zurückgeführt (a.a.O., 10). Die Symptome, die in Untersuchungen Mitte der 1980er mit diesem Konzept in Verbindung gebracht wurden, sind „motorische Störungen“, „organisch funktionelle Beeinträchtigungen“ sowie Symptomkomplexe im „affektiv-emotionalen Bereich“ (Bauer 1986, 66 zit. nach Mattner 2002, 9). Bauer (1986, 66) beschreibt die Symptome im affektiv emotionalen Bereich mit Merkmalen wie Albernheit, Überschwenglichkeit, Triebhaftigkeit, Hemmungs- bzw. Grenzlosigkeit, depressive Verstimmungen, vermindertes Selbstwertgefühl etc. als sekundäre Folge einer organischen Funktionsstörung (Mattner 2002, 9). Weiter betont Bauer Störungen des Sozialverhaltens, wie Zurückgezogenheit, Unselbstständigkeit, Dominanzstreben, Negativismus, Aggressivität, Ichbezogenheit etc. sowie Oppositionsverhalten, die heute als komorbide Störungen, welche eine ADHS begleiten können, gelten (a.a.O.). Auch Heinemann und Hopf (2006, 10) merken an, dass in alter psychiatrischer Literatur hyperaktives Verhalten von Kindern durch organische Defizite, meistens im Zentralnervensystem erklärt wurden. Laut Mattner (2002,11) ließen sich jedoch cerebrale Funktionsstörungen im Zuge des MCD - Konzeptes weder verifizieren noch ausschließen.

2.7.2 Andere Bezeichnungen derselben Symptomatik

Für die zuvor detailliert ausgeführte Verhaltensproblematik, die ursächlich auf eine cerebrale Steuerungsinsuffizienz zurückgeführt wurde, wurden von verschiedenen Wissenschaftlern Begriffe wie „Encephalopathische Psychopathie, wie Enke 1953 diese Störung bezeichnet, „hirnorganisch-psychisches Achsensyndrom“ (Göllnitz 1954), „frühkindliches exogenes Psychosyndrom (Lempp 1970), „frühkindliches psychoorganisches Syndrom (Ruf-Bächtiger 1987) sowie „Teilleistungsstörung bzw. Teilleistungsschwäche“ lt. Berger 1977 verwendet (Mattner 2002, 10).

POS

Ruf-Bächtiger (2003, 13) bezeichnet mit dem Begriff „frühkindliches psychoorganisches Syndrom“ eine Störung, die auf ein psychisches und organisches Wechselspiel zurückzuführen ist. Als frühkindlich wird dieses Syndrom beschrieben, da die Störung im frühkindlichen Alter auftritt. Diese Bezeichnung unterscheidet sich nach Ruf-Bächtiger dahingehend von jener des „frühkindliche[n] exogene[n] Psychosyndrom[s]“ von Lempp (1964), da nicht jede Störung exogen determiniert ist (a.a.O).

Ein großer Anteil an „ADS-Kindern“ soll auch die Kriterien für ein „frühkindliches psychoorganisches Syndrom“ aufweisen, jedoch nicht alle (a.a.O.). Als häufigste Kombination von Hirnfunktionsstörungen, die auf ein POS zurückzuführen sind, gelten: Minimale Zerebralparese, Wahrnehmungsstörungen und Antriebsstörungen (Ruf-Bächtiger 2003, 15). Die Ursachen des POS lassen sich auf prä- und perinatale sowie exogene Schädigungen der Hirnstrukturen zurückzuführen, die eine mangelhafte, verzögerte Reifung der funktionalen Hirnorgane bewirken (a.a.O. 20).

Die Symptomkomplexe mit denen „POS – Kinder“ beschrieben werden, reichen von Konzentrationsstörungen, über mangelhaftes Zeichnen, Spracherwerbsstörungen, mangelhaftes Spielverhalten, mangelhafte psychosoziale Reifung, Ablenkbarkeit, Trotzen, bis zu Bewegungsdrang (Ruf-Bächtiger 2003, 77f).

Zusammenfassend kann die folgende Darstellung von Philipsen et al (2000, 340) einen Überblick über die Geschichte von ADHS geben.

1902	Erstbeschreibung im Kindesalter in einem medizinischen Journal (Lancet 1008-1012): Still GF: The Culostian lectures of some abnormal psychical conditions in children.
1937	Erstbeschreibung der Amphetaminbehandlung im Kindesalter: Bradley C: The behavior of children receiving Benzedrine. Am J Psychiat. 94: 577-585
1947	Amphetaminbehandlung im Erwachsenenalter. Hill D: Ampehtamine in psychopathic states. Br J Addiction 44: 50-54
1978	Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt im ICD – 9 das „Hyperkinetische Syndrom“ im Kindesalter als Diagnose ein.
1980	Das nordamerikanische Diagnosesystem DSM-III erlaubt die Diagnosestellung auch im Erwachsenenalter als „ADD Residual Type“.
1992	Die WHO erlaubt die Diagnose „Hyperkinetische Störung“ im ICD-10 auch bei Erwachsenen, allerdings ohne erwachsenenspezifische Diagnosekriterien.
2003	„ADHS bei Erwachsenen“ ist erstmals ein Weiterbildungsschwerpunkt beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN.

(Philipsen et al. 2000 ,340)

Vergleicht man die unterschiedlichen Begrifflichkeiten die die Verhaltensproblematik mit den Kernsymptomen Aufmerksamkeitsdefizit, Konzentrationsprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet ist, so wird deutlich, dass lediglich das Etikett zur Bezeichnung eines bekannten Problems ausgetauscht wurde (Mattner 206, 61). Auch der Psychiatrieprofessor Coles hebt hervor, dass der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit und ohne Hyperaktivität schon so viele „Metamorphosen“ durchgemacht hat, dass hinsichtlich der begrifflichen Sauberkeit nur von einer Katastrophe gesprochen werden kann (Coles zit. nach De Grandpre 2000, 78). Zu verdeutlichen ist, dass die Wandlungen der Termini nur auf „weichen“ Symptomen beruht, da sich die Begriffsbestimmungen nicht auf medizinische Testverfahren stützt, sondern nur von einer Sammlung an Symptomen ausgegangen wird (a.a.O.).

2.8 ADHS heute

Die Worte „Eine Generation wird krankgeschrieben“ die den Titel der Arbeit von De Grandpre (2000) zieren, beschreiben die derzeitige Situation in der Kinderpsychiatrie. Wie auch Heinemann und Hopf (2008, 165), Krause und Krause (2009, 1), Brandau und Kaschnitz (2008,11) anmerken, zählt die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, ADHS, zu den häufigsten Diagnosestellungen im kinderpsychiatrischen Bereich. Auch die nicht mehr überschaubare Anzahl von Studien, Forschungsarbeiten und Ratgebern zu diesem Thema scheint das Interesse diesbezüglich in unserer heutigen Gesellschaft widerzuspiegeln. Grund dafür könnte die bisher unaufgeklärte Ursache dieses Phänomens, sowie die vagen Diagnoserichtlinien, wie oft kritisiert, sein.

Dem Bericht eines Londoner Professors des Institute of Psychiatry zufolge lässt sich das „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ nicht verlässlich als „minimale Funktionsstörung“ definieren (De Grandpre 2000, 76). Er kritisiert die biologische Ursachenerklärung des DSM-III. Ebenso gäbe es keine einheitliche, aussagekräftige Diagnose des „Syndroms“ in der Praxis (a.a.O.). Lediglich ein Zusammenhang zwischen sozialen Verhaltensproblemen, psychischen Belastungen und organischen Vorgängen bzw. Schädigungen kann meist prognostiziert werden (a.a.O.).

De Grandpre's Forschungen zufolge, liegt der Grund für das Zustandekommen der Aufmerksamkeitsdefizitsstörung in der zunehmenden Geschwindigkeit unserer Kultur. In seiner Forschungsarbeit verdeutlicht er, wie sich unsere Gesellschaft verändert hat und wie es zur gehäuften Diagnose AD(H)S sowie zur vermehrten Ritalin Einnahme kommt (De Grandpre (2000,7). Durch das Ausbreiten der „Schnellfeuer Kultur“, wie De Grandpre unsere schnelllebige Gesellschaft benennt, und damit verbunden die Veränderung des menschlichen Bewusstseins, hat dazu geführt, dass Millionen von Kindern Ritalin verabreicht bekommen (De Grandpre 2000, 8). Der Fokus seiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung liegt in der Betonung der Verbindung zwischen der

beschleunigten Kultur, unserem Bewusstsein und der wachsenden Abhängigkeit von Psychopharmaka (a.a.O.). Kritisch betrachtet De Grandpre (2000, 11) auch die Tatsache, dass Verhaltensprobleme im Sinne einer AD(H)S in Frankreich und Japan weniger verbreitet sind und die Behandlung mit Psychopharmaka in geringeren Maßen eingesetzt wird. Ein weiterer Aspekt, den der Autor der wissenschaftlichen Arbeit „Die Ritalin Gesellschaft“ aufgreift ist jener, der den Beschleunigungswahn unserer Gesellschaft sowie die Gewöhnung an Fernsehen und Computerspiele verantwortlich macht, dass Kinder unfähig erscheinen, die Langsamkeit der nicht-elektronischen Welt zu ertragen (De Grandpre 2005, 11). Der Kritiker gibt auch an, dass bislang keine Langzeitwirkungen bezüglich des sozialen Verhaltens, der kognitiven Entwicklung oder der schulischen Leistung der mit Ritalin behandelten Kinder nachgewiesen wurden (a.a.O., 12).

Hallowell (1994, zit. nach 2000, 18) verweist in seinem Buch „A culture driven to distraction“ dass Amerika unter einer kulturell induzierten Aufmerksamkeitsdefizitsstörung, auch „Pseudo-ADS“ genannt, leide. Ebenso wie De Grandpre versteht er das Verhaltensphänomen AD(H)S als kulturell bedingte Störung. Hallowell ruft auf, zwischen einem an ADS leidenden Kind, welches durch seine hirnganische Schädigung bedingt ist, und einem kulturell an ADS leidenden Kind zu unterscheiden (a.a.O., 19). Pseudo-ADS soll ihm zufolge auch durch Symptome wie Impulsivität, Suche nach Stimulation, Rastlosigkeit, Ungeduld und wechselnde Aufmerksamkeitsspanne, gekennzeichnet sein (De Grandpre 2000, 18f).

Als Grund für die vermehrte Diagnosestellung heben Hallowell und Ratey hervor, dass wenn man sich einmal mit dem Syndrom AD(H)S beschäftigt, erkennt man es überall wieder (De Grandpre 2000, 83). Ärzte, Psychiater und Co vergessen, dass der Begriff nur die Anhäufung an Symptomen ist, aber aufgrund mangelnder Anhaltspunkte wird auf diese Merkmale zurückgegriffen, um die Störung zu definieren (a.a.O.).

Diese Argumente liefern für diese Arbeit wieder neue Anhaltspunkte. Nämlich jene der Sichtweisen, aus welchen das Verhaltensphänomen betrachtet werden kann. Eine differenzierte Auffassung, dieser als „Störung“ deklarierten Verhaltensauffälligkeit durch die Bereiche der Heilpädagogik, der Medizin und kulturell bedingt auch der Medienpädagogik, sollte in den Vordergrund rücken.

Eine Anpassung an neue Gegebenheiten unserer heutigen modernen Zeit, die geprägt ist, von medialen Einflüssen, von einem Überangebot an Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, von Interessen der Pharmaindustrie sowie von anderen Beeinflussungen in den unterschiedlichsten Bereichen, ist notwendig, um adäquate Entscheidungen bezüglich dieser „Störung“, treffen zu können.

2.9 Ausblick

Wie zuvor angemerkt, ist es an der Zeit, das Phänomen „ADHS“ differenziert, durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher wissenschaftlicher Bereiche zu betrachten, und nicht in der Suche nach einer gemäßen Bezeichnung für diese „Auffälligkeit“, bzw. „Störung“, oder für dieses „Syndrom“ zu verharren. Entscheidend ist lediglich, das Wohl des Kindes, seine persönliche Entwicklung im sozialen, emotionalen und gesellschaftlichen Bereich. Diese Arbeit könnte als Startschuss einer künftigen Kooperation der wissenschaftlichen Forschungen in den Bereichen Heilpädagogik Medizin und Medienpädagogik zum Thema „ADHS“ angesehen werden.

Für die vorliegende Arbeit ist die Geschichte von ADHS insofern von Bedeutung, um den wissenschaftlichen Rahmen von ADHS abstecken zu können. Hier wurde erkennbar, wie lange es dieses Verhaltensphänomen schon gibt und die Ursachen dafür, jedoch nach wie vor auf Spekulationen beruhen. Auch ist dazu anzumerken, dass nicht alle Forschungsbereiche von ADHS ausreichend behandelt worden sind. Aus diesem Grund wird das Thema in folgender wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit Hilfe der Disziplinen: Heilpädagogik und Medienpädagogik, näher beforscht. Weiters ist durch die Vertiefung der historischen Aspekte von ADHS im Zuge der Arbeit aufgefallen, dass lediglich begriffliche Änderungen im Laufe der Jahrzehnte im Vordergrund der ADHS-Forschung standen. Wünschenswert wäre doch eine Konfrontation auf hintergründiger Ebene, wie z.B. klar definierte Ursachen, einheitliche Diagnoserichtlinien, qualifizierte Diagnostiker, genauere Abklärungen, anerkannte alternative Behandlungsmöglichkeiten auf nicht-medikamentöser

Ebene etc. Das vorliegende Forschungsvorhaben strebt eine offene Sichtweise auf das „Phänomen“ ADHS an, die zusammengetragene Meinungen zum Thema auf kritische Weise betrachtet. In dem Fall ist es neu, die Perspektiven von Heilpädagogik und Medienpädagogik zu kombinieren, um Schlüsse bezüglich eines dominierenden Themas der medizinischen Fachrichtung ziehen zu können.

Stellung der PädagogInnen

Stiehler (2007, 28) erklärt kritisch, dass die Medikalisierung dort beginnt, wo man erzieherische Fragen zu einer medizinischen Angelegenheit macht. Dies ist die Frage, wenn PädagogInnen nicht als kompetente Ansprechpartner angesehen werden (a.a.O.). Die fehlende erzieherische Präsenz habe demnach zur verbreiteten Medikalisierung beigetragen (Stieler 2007, 40). Der Grund dafür könnte aber auch in der gesellschaftlichen und schulpolitischen Entwicklung, die zur großen Krankheitsakzeptanz beigetragen haben, gesehen werden (a.a.O.).

Ein weiteres Motiv für dieses „Außen-vor-Lassen“ der PädagogInnen könnte die Einstellung der Eltern sein, die in diesem Zusammenhang von Stiehler (2007, 41) als „politische Betonung der Chancengleichheit“ hervorgehoben wird. Wären Lernprobleme demzufolge auf eine Krankheit zurückzuführen, so könnten Eltern Forderungen an den pädagogischen Bereich stellen und Interventionen fordern. Würde die Problematik jedoch als Erziehungsverfehlung wahrgenommen, so würden Eltern zur Selbstkritik veranlasst und müssten mit Pädagogen zusammenarbeiten. (a.a.O.). Diese Anschauung drückt Stiehler (2007, 45) mit den Worten aus: „Diese medikalisierte AD(H)S-Theorie befreit den Erzieher von einem Teil seiner Verantwortung, von einer bestimmten Aufgabe“. In dem Zusammenhang verweist Stiehler darauf, dass Eltern die Medikalisierung der Kinder als Mittel gegen ihre Gefühle der Unzulänglichkeit wahrnehmen (a.a.O.). Diese Einstellung wirft jedoch die Frage auf: „Besitzen Eltern die Berechtigung, ihre unzureichenden erzieherischen Fähigkeiten auf Kosten ihrer Kinder auszutragen? Wo könnten demnach pädagogische Hilfsangebote ansetzen, um dieser Problematik zu entgehen?“

3 MEDIZIN UND HEILPÄDAGOGIK

Bleidick (1978, 507 zit. nach Strachota 2002, 314) sieht die Aussagekraft der Medizin für die Heilpädagogik in mehreren Blickwinkeln. Ersterer verweist sie auf physische Grenzen und Möglichkeiten im Rahmen derer sich pädagogisches Handeln abspielen kann. Zweitens liefert die Medizin diagnostische Anhaltspunkte für die pädagogische Arbeit. Weiter kann Erziehung durch Therapie im medizinischen Sinn (operative, medikamentöse etc.) begleitet und/oder ergänzt werden (a.a.O.). Auch Harbauer (1976, 97 zit. nach Strachota 2002, 314) gibt dazu an, dass eine medizinische Therapie ohne heilpädagogische Maßnahmen nicht denkbar wäre und ihren Einsatz vor allem bei der Analyse von Wahrnehmungsstörungen findet. Andere Wissenschaftler wie Frostig und Mejer zeigen ebenfalls auf, dass im heil- und sonderpädagogischen Rahmen Voraussetzungen für eine erfolgreiche (medizinische) Therapie geschaffen werden (Strachota 2002, 314). Die Relevanz der Medizin in Bezug auf die heilpädagogische Praxis wird in den drei Bereichen: Aufklärung und Beratung, Diagnose und Therapie gesehen (a.a.O., 315). Den ersten Bereich in dieser „Symbiose“ stellt die Aufklärung und Beratung dar, welcher darauf abzielt, dem Heilpädagogen ein gewisses Grundwissen über die Störung, die damit auftretenden Symptome sowie Folgen und Ursachen dieser zu vermitteln. Diese fachspezifischen Grundlagen sollen eine Basis für spezifische pädagogische Fördermaßnahmen darstellen (Strachota 2002, 316). Thiele (2000, 186, zit. nach a.a.O.) erklärt, dass die LehrerInnen über das individuelle Krankheitsbild informiert sein sollten, um die pädagogische Ausgangslage sowie die emotionalen Befindlichkeiten des Kindes erfassen zu können. Der Rehabilitationspädagoge Ahrbeck (1996, 63f, zit. nach Strachota 2002, 316f) spricht in diesem Zusammenhang von einem Bedarf an einer Ergänzung der heilpädagogischen Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten, der sich daraus ergibt, dass oftmals berufsspezifische Handlungsmöglichkeiten unzureichend sind, um adäquat mit spezifischen Krisensituationen umgehen zu können. Er verweist darauf, Hilfe von außen zu

suchen, wenn die eigenen fachspezifischen Handlungs- und Verstehensmöglichkeiten erschöpft sind. Der zweite Bereich, der das Verhältnis Heilpädagogik und Medizin betrifft, ist jener der Diagnose. Dieses Gebiet umfasst die Konkretisierung von biologischen Grundlagen durch die Medizin, die im Sinne der Heilpädagogik als „Behinderung“ erkannt werden (Strachota 2002, 317). Bleidick (1978, 503 zit. nach a.a.O.) merkt dazu an, dass medizinisch-diagnostische Aussagen Ansätze für die pädagogische Arbeit liefern. Sie geben an, in welchen physischen Rahmen pädagogisches Handeln seinen Raum finden kann. Auch die Sonderpädagogin Theis-Scholz (1999) ist der Ansicht, dass medizinische Vorsorgeuntersuchungen, sprich medizinische Diagnostik, eine wichtige Basis in der erfolgreichen Behandlung von Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung darstellt (a.a.O., 318). Der letzte Teil im Heilpädagogik-Medizin-Gefüge vollzieht sich in der Therapie. Seine Leistung vollstreckt sich in der heilpädagogischen Praxis darin, dass die Therapie für das in Gang setzen bzw. in Gang kommen von Erziehungsprozessen eine wichtige Rolle spielt. Heitger (1984, 68 zit. nach Strachota 2002, 319) beschreibt, dass Therapie der Pädagogik helfe, die körperlichen Bedingungen für das Funktionieren von pädagogischen Maßnahmen zu sichern. Therapeutische Maßnahmen können durch physikalische Kompensation im Sinne von operativen Eingriffen oder durch die Entwicklung von Ersatzfunktionen, eine Hilfe für das pädagogische Handeln sein. An dieser Stelle sollen Sehhilfen oder auch akustische Ersatzhilfen für die Sinneswahrnehmung bei Gehörlosen genannt werden (Strachota 2002, 318). Bach (1999, 59 zit. nach a.a.O., 319) merkt dazu an, dass die Medizin Rahmenbedingungen im Sinne von physischen Voraussetzungen schafft, deren Ziele und Förderung von kognitiver emotionaler Entwicklung durch die Sonderpädagogik umgesetzt werden sollen. Bleidick sieht einzelne medizinische Teildisziplinen als Erweiterung des heilpädagogischen Horizontes, die Bedingungen für heilpädagogisches Handeln schaffen (Strachota 2002, 320).

Das Beziehungsverhältnis Heilpädagogik und Medizin hat zum Ziel, durch gleichberechtigte partnerschaftliche Aktionen, einen Nutzen für den individuellen Menschen zu bringen (Greving, Ondracek 2008, 155). Die Heilpädagogik verfolgt demnach die Orientierung, dass sie von biologischen

Verortungen ausgeht, die sozialmedizinische Auswirkungen verfolgt, das heißt wie die Gesellschaft darauf reagiert, wie die Gesellschaft beeinflusst und schließlich wie das Individuum unter diesen Umständen handelt und lebt (a.a.O.). Diese individuumszentrierte Arbeitsweise lässt Konsequenzen für die Heilpädagogik ableiten, die sich mit den Wahrnehmungsfunktionen des Menschen, den sprachlichen, motorischen und kognitiven Fähigkeiten, sowie mit emotionalen Kompetenzen des Beteiligten auseinandersetzt (Greving und Ondracek 2008, 155).

Für die Didaktik und Methodik der Heilpädagogik sind die medizinische Definition von Krankheit und das Selbstverständnis der Medizin von wesentlicher Bedeutung (Greving und Ondracek 2008, 156). Jede wissenschaftliche Disziplin agiert auf einer eigenen semantischen Ebene. Das bedeutet, dass jeder wissenschaftliche Bereich, ein eigenes Verständnis von Sprache besitzt und für das Wissenschaftsverständnis ist es notwendig, eine sprachliche Orientierung zu verfolgen (a.a.O.). „Krankheitsdefinitionen, Anamnesen, Diagnosen, Begrifflichkeiten und Inhalte stellen also Wirklichkeitskonstrukte dar, welche von den unterschiedlichen Personen, die sie kommunikativ verwenden, sehr unterschiedlich wahrgenommen werden können: Die Schwere einer Erkrankung, die Erfahrung von Behinderung usw. wird von den damit konfrontierten Personen höchst unterschiedlich erlebt“ (Greving, Ondracek 2008, 157). Im Heilpädagogik- Medizin – Gefüge hat sich die Heilpädagogik immer neu zu behaupten und sie muss hinterfragen, ob sie Begrifflichkeiten wie Krankheit und Behinderung verwenden will und wie sie medizinisch-heilpädagogisch kooperativ wirksam werden will (a.a.O., 159). Die Heilpädagogik muss ihren eigenen Raum, ihre eigenen Definitionen für einen wechselseitigen Bezug finden, um dem dialogischen Verhältnis zur Medizin gerecht zu werden (a.a.O.).

Auch in der vorliegenden Forschungsarbeit gilt es, die Heilpädagogik im medizinischen Feld der ADHS-Forschung zu stärken und für mögliche Einsatzbereiche, vor allem in der Therapie zu öffnen.

3.1 Relevanz des medizinischen Krankheitsbegriffes für die heilpädagogische Praxis

Im Rahmen der in dieser Forschungsarbeit fokussierten ADHS-Problematik ist vor allem die Relevanz des (medizinischen) Krankheitsbegriffes für die Heilpädagogik bedeutend, da Begriffe wesentliche Bestandteile handlungsleitender Theorien darstellen und als solche ihre Wirksamkeit entfalten (Strachota 2002, 321). Das heißt, dass die Definition des Krankheitsbegriffes die Grundlage für das Erkennen und das Ableiten von therapeutischen Maßnahmen ist (a.a.O.). Das Krankheitsverständnis spielt somit im Erkennen und Behandeln von Krankheiten eine wesentliche Rolle und beeinflusst die sprachliche Darstellung des Krankheitsbegriffes. Für die Bedeutung des medizinischen Krankheitsbegriffes für die heilpädagogische Praxis kann folgendes herausgearbeitet werden (Stachota 2002, 322).

Einerseits eröffnet die medizinische Wahrnehmung von Phänomenen pädagogische Handlungsmöglichkeiten, andererseits können pädagogische Handlungsmöglichkeiten dadurch unterbunden werden. Anders ausgedrückt kann die medizinische Wahrnehmung für das Begreifen heilpädagogisch relevanter Phänomene förderlich sowie auch hemmend sein (a.a.O.).

3.2 Medizinisierung von ADHS

Die medizinische Etikettierung des Verhaltensphänomens ADHS, die sich durch die zahlreichen Begriffswandlungen dieser Störung bemerkbar macht, lässt verstärkte Kritik aufkommen. Mattner (2002, 12), wie auch Biermann 1981, Esser, Schmidt 1987 und Schmidt 1992 verweisen diesbezüglich auf eine Forderung zur „Entmythologisierung“ dieses medizinischen Kausalmodells. Kritiker wie Mattner bringen zum Ausdruck, dass eine zunehmende „Medizinisierung“ von abweichenden Verhalten, zu einem medizinischen Sachverhalt führt, die in einer Pathologisierung des Betroffenen mündet und somit eine medizinisch-therapeutische Behandlung, im Sinne einer

pharmakologischen Therapie zur Folge hat (a.a.O.). Dieser biologistische Blickwinkel macht eine medikamentöse Behandlung mit „Psychopillen“, die einen wünschenswerten „normalisierten“ Verhaltenszustand bewirken soll, zum generellen Trend (Mattner 2002, 13). In diesem Zusammenhang habe sich die Medizin laut Mattner schon daran gewöhnt, den Körper als „manipulierbaren Stoffwechselapparat“ wahrzunehmen. Der eigene Körper wird für die Produktion von unangenehmen Befindlichkeiten verantwortlich gemacht und soll mit Hilfe der Medizin in seine Schranken gewiesen werden (a.a.O.). Empfindungen und Warnsignale des Körpers verlieren ihre Bedeutung, lediglich unsinnige Verhaltensäußerungen die außer Kontrolle geraten sind, sollen in Richtung eines erwünschten Zustandes mittels chemisch-pharmakologischer Behandlung korrigiert werden. Auch emotionale Äußerungen wie Glück, Zufriedenheit, Wut, Trauer etc. werden demnach zur wissenschaftlichen, pharmazeutischen Angelegenheit und somit zu manipulierbaren Zuständen (Mattner 2002, 14). Dieses Reduzieren des Psychischen auf biologische Ursachen wird mittlerweile als „Biologismus“ kritisiert, da soziale Entstehungsfaktoren ausgeklammert werden und sich eine Tendenz zur medizinischen Ätiologie und dadurch eine Verdinglichung ergibt (a.a.O.).

Mit den Worten: „Das besondere Verhalten eines Menschen wird damit als individuelle ‚pathologische‘ Eigenschaft zur persönlichen Schuld, seine unverständenen Äußerungen sind krankhafte Verhaltensantworten eines irrenden Gehirns.“ bringt Mattner (2004, 14) zum Ausdruck, dass die (unangemessene) Verhaltensreaktion des/der Betroffenen in erster Linie als organischer Defekt wahrgenommen, und somit dem Subjekt zugeschrieben wird, der/die mit dem Etikett „verhaltensgestört“ bzw. „verhaltensbehindert“ versehen wird. Das Reduzieren einer Verhaltensäußerung auf eine Krankheit manifestiert sich somit als Defekt des Subjektes und der/die Betroffene wird von der gesellschaftlich vorgegebenen „Normalität“ ausgeklammert.

An dieser Stelle sei der Einsatz der Heilpädagogik gefragt. Wie Strachota (2002, 317 zit. nach Bleidick 1978, 503) erklärt, sollen medizinisch-diagnostische Maßnahmen nun Ansätze für pädagogische Interventionen bieten. Auch Greving und Ondracek (2008,155) verweisen darauf, dass die Heilpädagogik sich daran orientiert bzw. orientieren sollte, sozialmedizinische Auswirkungen von biologischen „Defekte“ zu verfolgen. Das bedeutet, dass die

Heilpädagogik hinterfragen sollte, wie sich bestimmte Problemfelder auf die Gesellschaft auswirken, wie die Gesellschaft diese wahrnimmt und wie das Individuum unter diesen Umständen handelt und lebt (Greving und Ondracek 2008, 155). Diese Orientierung sollte die Heilpädagogik dazu veranlassen Konsequenzen für das Individuum auf emotionaler, kognitiver Ebene und in Hinblick auf (auditive, visuelle, motorische etc.) Wahrnehmungsfunktionen abzuleiten (a.a.O.).

3.3 ADHS und der biologistisch inspirierte Normalitätsbegriff

Mattner (2006, 56f) beschreibt den Normalitätsbegriff folgendermaßen:

Analysiert man ein Menschenbild, das biologistisch konzipiert ist, so erkennt man eine spezifische Vorstellung, bei der davon ausgegangen wird, dass die beobachtbaren Verhaltensabweichungen, im Sinnes eines Syndroms, wie es ADHS darstellt, auf eine Verarbeitungsstörung der äußeren Stimuli (Inputs) und der inneren (zerebralen) Steuerungs- und Regulierungsfunktion zurückzuführen sind und den Betroffenen zu inadäquaten Verhaltensäußerungen (Output) veranlassen (a.a.O.). Verantwortlich dafür sei eine organisch bedingte Antriebsstörung bzw. die mangelnde Anpassung von zentralnervösen Prozessen an bestimmte Situationen (a.a.O.). Dieser biologistischen Normalitätsgrundlage zufolge sind Besonderheiten im Verhalten als Abweichungen von einer ordnungsgemäß funktionierenden biologischen Norm zu deuten (Mattern 2006, 57). Daraus lässt sich schließen, dass im Zuge eines Normalitätsbegriffes, davon ausgegangen wird, dass Menschen mit einer gesunden zerebralen Grundlage sich „adäquat“ an situative Gegebenheiten anpassen und sich demnach „normal“ verhalten. Dieser Annahme gegenübergestellt besteht die Annahme, Verhaltensabweichungen von dieser Norm seien auf krankhafte Veränderungen im menschlichen Gehirn zurückzuführen (a.a.O.). Durch diese monokausale, biologistisch gesehene Begründung der Verhaltensproblematik scheint eine medikamentöse Behandlung im Sinne einer Korrektur des Verhaltenszustandes, um eine sozial erwünschte und angepasste Verhaltensreaktion zu erreichen, nahezu notwendig (Mattner 2006, 57). Normalität wird in diesem Zusammenhang nicht

als naturhaft angesehen, sondern ergibt sich aus einem zivilisatorischen Anpassungsprozess der Mitglieder einer Gesellschaft an erwünschte Verhaltensnormen (a.a.O., 62).

Diesen impliziten anthropologischen Vorstellungen des Menschenbildes zufolge wird die Interpretation von Untersuchungsergebnissen ähnlich wie eine gewohnte „Normalität“ und damit in Verbindung, gesellschaftliche Handlungen entlang eines gewohnheitsgemäßen Werteschemas beurteilt (Mattner 2002, 24). Verhaltensauffälligkeiten werden aus dieser biologistischen Perspektive als Zeichen für Abweichungen von einer ordnungsgemäß funktionierenden Norm gewertet (a.a.O., 25). Dem angestrebten und gesellschaftlich erwünschten Normbereich wird nach Mattner (2002, 25) ein davon zu unterscheidender verhaltensbesonderer Seinsbereich gegenübergestellt welcher differenzdiagnostisch bestätigt, begrifflich etikettiert und verwaltungstechnisch verankert ist. Unter diesem Blickwinkel ist Normalität als ein Funktionieren im jeweiligen Sozial- und Gesellschaftssystem anzusehen und wird als unreflektierter gesellschaftlicher Anpassungsprozess verstanden (a.a.O.). Im Rahmen dieser Normalität verherrlichenden Gesellschaft wird ähnliches wünschenswertes Verhalten als normal bzw. gesund beurteilt. Normal ist demnach jener, der sich herrschenden Normen adäquat anpasst (Mattner 2002, 26).

Diesbezüglich spricht Link (1998, 29f zit. nach Mattner 2002, 26) den Begriff „Normalisierung“ an, der als Orientierungs- und Anpassungsprozess an gesellschaftlich vorgegebene Normen gilt. Link unterscheidet zwischen einem „Protonormalismus“ und einem „flexiblen Normalismus“. Umschreibt man den Protonormalismus, so erkennt man, dass er von starren Grenzen und Dichotomien wie krank-gesund, behindert-nichtbehindert etc. gekennzeichnet ist. Der flexible Normalismus hingegen zeichnet sich durch durchlässige Grenzen aus (Link 1998, 29f zit. nach Mattner 2002, 26). Daraus ergibt sich, dass das menschliche Subjekt angehalten wird, im Zuge dieser Normalisierung den sozial erwünschten Normalitätsanforderungen nachzukommen. Stößt man im Rahmen der Normalisierungstendenz auf unüberwindbare Grenzen, so ist dieser Normverstoß medizinisch zu etikettieren und in Richtung einer erwünschten Normalität therapeutisch zu korrigieren, wie anhand der

medikamentösen Behandlungen von Kinder mit Verhaltensschwierigkeiten ersichtlich wird (Mattner 2002, 26).

Mit diesem Normalitätsbegriff kann davon ausgegangen werden, dass „normal“ verhaltende Menschen als gesund gelten und im selben Zug wird das mit der Normalitätserwartung in Widerspruch Stehende als krank determiniert (a.a.O., 27).

So gesehen wird ein Kind mit ADHS-Diagnose, das Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität, mangelnde Impulskontrolle und Aufmerksamkeitsdefizite aufweist, als „krank“ etikettiert und mittels Ritalin oder ähnlichen Psychopharmaka zu „normalem“ Verhalten veranlasst bzw. „gezwungen“. Knüpft man an diesem Standpunkt an, wird die Frage aufgeworfen: „Wie wird Krankheit und Normalität genau definiert? Wer definiert die Termini? Ist es die Medizin, oder doch unsere Gesellschaft?

3.4 Rolle der Heilpädagogik

Heilpädagogik stellt nach Moor 1965 die Lehre von der Erziehung entwicklungsgehemmter Kinder dar (Strachota 2002, 210). Haeberlin 1996 hingegen sieht die heilpädagogische als erzieherische Tätigkeit an. In Abgrenzung zur Medizin, die aus Diagnose und Therapie besteht, liegt die Rolle der Heilpädagogik demnach im erzieherischen Handeln (a.a.O.). Theunissen (1997, 373, zit. nach Strachota 2002, 211) zufolge zeichnet sich die Heilpädagogik durch Erziehung, Bildung, Förderung, Unterstützung, Assistenz, Beratung und Hilfe zur Selbsthilfe aus. Bach (1999, 158, zit. nach a.a.O.) gibt an, die pädagogische Aufgabe der Heil- bzw. Sonderpädagogik bestehe in der „Förderung der Erlebens- und Verhaltensdisposition in ihren inhaltlichen Horizonten“.

Die Begriffe Erziehung und Förderung werden diesen Schilderungen zufolge als Kernkomponenten für heilpädagogisches Handeln angesehen. Speck (2008, 322) sieht die Veränderungsabsicht der Erziehung in der Förderung der Entwicklungs- und Lernprozesse, dort wo erschwerende Bedingungen vorliegen. Er versteht Erziehung als Ermöglichung von sinnerfüllter

Selbstwerdung, als Hilfe zur Deutung von Problemen, als Bewahren von Erreichtem und Beglückendem, und als Sinn-Suche für nicht Veränderbares im Mit-Sein des Erziehers (a.a.O., 323). Das bedeutet, Erziehung bezieht Förderung in ihr pädagogisches Handeln mit ein.

Biewer (2000, 41, zit. nach Strachota 2002, 212) bemerkt dazu kritisch, dass diesbezüglich der Erziehungsgedanke unter dem „neutralen“ Begriff der Förderung versteckt werde.

Erziehung in der heilpädagogischen Literatur findet im weiteren und im engeren Sinn seine Anwendung. Erziehung im weiteren Sinn meint den Gesamtbereich aller pädagogischer Einflussnahme (Strachota 2002, 213). Bach (1999, 59, zit. nach a.a.O.) beschreibt Erziehung als verantwortliche, wertorientierte Einflussnahme bzw. Förderung von Menschen, im Sinne eines Eröffnen, In Gang setzen, Steuern, Verstärken, Korrigieren von Entwicklungs- und Lernprozessen. Auch er untergliedert Erziehung in Förderung und weitere Aspekte pädagogischen Handelns. Im engeren Sinn bedeutet Erziehung Hilfestellung für die Entfaltung von emotionalen und sozialen Kräften durch Förderung von individuellen und gesellschaftlich angepassten Erlebens- und Verhaltensweisen eines Kindes, wie Wember (1995, 198, zit. nach Strachota 2002, 213f) erklärt. Strachota kommt zu dem Entschluss, Erziehung im weiteren Sinn als pädagogische mehr oder weniger reflektierte Einflussnahme auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene von bestimmter Absicht geleitet, zu begreifen (a.a.O., 214).

In Bezug auf die aktuellen Diskussionen der heilpädagogischen Perspektiven und Fördermöglichkeiten des Phänomens ADHS, wäre es sinnvoll, sich an die Beispiele Legasthenie und Teilleistungsschwächen anzugleichen. Das Legastheniekonzept, sowie jenes der Teilleistungsschwächen wurde zunehmend von pädagogisch – psychologischen Interventionen unterstützt (Biewer 2004, 162ff). In den 70er Jahren wurde Legasthenie unter Teilleistungsschwächen subsumiert, es kam zu unterschiedlichen Zuschreibungen von Symptomen und Ursachen, was für die Pädagogik positive Chancen mit sich brachte (a.a.O.). Das Konzept der Teilleistungsschwächen führte zu neuen Unterrichtsgestaltungen in den Förderschulen. Neue Handlungsmöglichkeiten für die Heilpädagogik wurden somit eröffnet (a.a.O.).

In Anlehnung an diese Theorien wäre es denkbar, auch die Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung in einem anderen, nicht medizinischen Blickwinkel, zu betrachten und so neue Handlungsfelder für die Heilpädagogik zu öffnen.

Eine Möglichkeit der Förderung und Therapie im heilpädagogischen Sinne wäre wie zuvor ausgeführt die Heilpädagogische Spieltherapie, die Heilpädagogische Übungsbehandlung sowie Konzepte des Heilpädagogischen Voltigierens etc., die im deutschsprachigen Raum nur vereinzelt, im Rahmen der Bereiche von Freien Heilpädagogen, bereits eingesetzt werden.

4 MEDIEN

Um sich mit Medien in unserer Medien- und Informationsgesellschaft konkret auseinanderzusetzen, bedarf es einer grundlegenden Definition dieses Terminus. Den Beginn dieses Kapitels bildet daher die Abklärung des Begriffes „Medien“ der für diese Forschungsarbeit zu einem zentralen Bestandteil zählt. Des Weiteren wird auf die Informations- und Mediengesellschaft hingeführt und in diesem Zusammenhang die Punkte Mediensozialisation, Medienkompetenz, die im Hinblick auf das Phänomen ADHS tragend sind, sowie die Alpha- und Betawelt erklärt. Der Text zur Überschrift „Medien und Kinder“ soll dann die Einleitung für den empirischen Teil der Arbeit, in welchem Kinder mit diagnostiziertem ADHS und ihr mediales Nutzungsverhalten die Hauptrolle übernehmen, überleiten.

4.1 Begriffsdefinition Medien

Hoffmann (2003, 14) unterscheidet zwischen drei Dimensionen des Medienbegriffes: der kulturphänomenologischen, der kommunikationswissenschaftlichen und der pädagogisch-didaktischen Perspektive. Erstere versteht Medien als materielle Zeichenträger, wie z.B. Verkehrszeichen, Denkmale und sogar die Sprache selbst. Im kommunikationswissenschaftlichen Bereich werden Massenmedien wie Fernsehen, Bücher, Foto, Kassetten, Film, Rundfunk, Computer etc. fokussiert. Hier ist anzumerken, dass die Kommunikationswissenschaft in einer Wechselbeziehung mit der Medienpädagogik steht, die nach Medieneinflüssen in Erziehungs- und Lernprozessen fragt. (a.a.O.). Die letzte Dimension stellt die pädagogisch-didaktische dar, die alle Objekte zu Lehr- und Lernzwecken wie zB Tafel, Stifte, Gestaltungsmaterialien etc. als Medien anerkennt. Medien werden hier didaktisch geplant, gezielt in pädagogische Ziele und Inhalte ein- bzw. diesen auch untergeordnet (a.a.O.). Diese drei Bereiche werden in den sozialpädagogischen Medienbegriff integriert, der die Förderung

kommunikativer Kompetenz und Kreativität mit und gegenüber Medien zum Ziel hat (Hoffmann 2003, 15).

Kommunikationswissenschaftlicher Medienbegriff

Der Kommunikationswissenschaftler Ulrich Saxer sieht Medien unter den vier Aspekten: Medien als Zeichensystem, Organisation, Institution und technischer Basis (Beck 2007, 85). Saxer (1980, 532 zit. nach Beck 2007, 85) erklärt genauer dass Medien als Kommunikationskanäle gelten die Zeichensysteme transportieren. Weiter sind Medien zweckerfüllende Sozialsysteme im Sinne von Organisationen. Medien bilden anhand ihrer Herstellungs- Bereitstellungs- und Empfangsvorgänge komplexe Systeme. Medienkommunikation wirkt in alle gesellschaftlichen Schichten und weist funktionale und dysfunktionale Auswirkungen auf. Durch dieses Funktionspotential der Medien werden sie ins gesellschaftliche System aufgenommen, sie werden institutionalisiert. [Saxer Ulrich (1980). Grenzen der Publizistikwissenschaft. In: Publizistik 4/1980, 532]

Im Zuge dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung kommt die kommunikationswissenschaftliche Perspektive, nämlich das Massenmedium Fernsehen, zum Tragen. Fernsehen ist nämlich als technische Übertragung von bewegten Bildern und begleitendem Ton zu einem Unterhaltungs- und Informationsmedium erster Wahl geworden (Buß und Gumbel 2008, 148)

4.2 Medien- und Informationsgesellschaft

Medien haben in unserem Alltag einen besonderen Platz eingenommen. Ihre tägliche Nutzung ist beobachtbar und durch direkte Befragung der Bevölkerung unserer modernen Gesellschaft empirisch belegt (Hoffmann und Mikos 2010, 7). Durch diesen Stellenwert und die Nutzung der Medien kann unsere gegenwärtige Zeit als Medien- und Informationszeitalter bezeichnet werden (a.a.O.). Medien haben in unserem täglichen Leben nicht nur Informations- und Wissens- und Kommunikationsfunktionen, sondern sie treten auch durch ihre Unterhaltungsfunktion als kognitiv affektives Erleben in den Vordergrund

unseres Alltages (Hoffmann und Mikos 2010, 7). Die Autoren Hoffmann und Mikos (2010, 7) verweisen darauf, dass Medien als Einflussgrößen unserer Lebenswelt und unserer Persönlichkeit, die wir bewusst wahrnehmen, anzusehen sind. Ein Beispiel dafür stellt das Aufwachsen mit dem Radiogerät, die tägliche Nutzung von Zeitungslektüre sowie spezielle Sendungen im Fernsehen, nach denen der Alltag strukturiert bzw. ausgerichtet wird, dar (a.a.O.).

Mit der wachsenden Entwicklung der Kommunikations-, Computer- und Filmindustrie wurde der Wirtschaftsfaktor der Medien immer einflussreicher (Moser 2010, 12). In diesem Zusammenhang werden die Rufe der Medienkritiker laut, dass dieser neue Einfluss die behütete Kleinfamilie und das unschuldige Kind bedrohen würden (a.a.O.). Mittlerweile ist jedoch der Umgang mit elektronischen Medien schon in die Wiege gelegt. Die heutige Generation wächst mit Fernsehen, Video und Computer als Teile ihrer Umwelt auf (Moser 2010, 12). Kritiker, wie Grupe (1985) verweisen darauf, dass sinnliche, leibliche, primäre Erfahrungen durch die kognitiven Erfahrungen, Erfahrungen aus zweiter Hand, ersetzt werden (a.a.O., 12f). Das bedeutet, dass an Stelle der Primärerfahrung medial vermittelte Erfahrungen treten und so eine veränderte Wahrnehmung stattfindet (a.a.O., 13). Moser (2010, 13) kommt zu dem Schluss, dass Medien den Alltag des Menschen stark verändert haben und diesen prägen. Medienkritik muss in seinem Sinne aber nicht ausschließlich Kritik an den Medien sein, „sondern Kritik an problematisch gewordenen Sozialisations- und Vergesellschaftungsformen aus der Perspektive des Medienzeitalters“ (Moser 2010, 14). Das bedeutet, dass unsere gesellschaftlichen Umgangsformen, die von Medien geprägt sind, Kritik hervorrufen und nicht die Medien an sich. Weiter betont Moser, die Ressourcenqualität, welche Medien besitzen, indem sie Informationen liefern, Kommunikationsmöglichkeiten schaffen und so im Alltag ihre Wirkung entfalten (a.a.O.). Unsere Gesellschaft kann durch diese Vielfalt der uns ständig begleitenden Medienerfahrungen als Informations- und Mediengesellschaft charakterisiert werden (Moser 2010, 14).

Konzepte wie „Mediengesellschaft“, „Medienwandel“ und „Mediatisierung“ verweisen auf einen Wandel in der Kultur, Gesellschaft, Politik; fordern, dass Unternehmen, Institutionen und Organisationen sich dieser „neuen Medien“

bedienen und verlangen, dass Medien für das Alltagsleben des Menschen zunehmend an Bedeutung gewinnen (Krotz 2005, 11). Im Zuge dessen wird dem Konzept der „Mediengesellschaft“ vorgeworfen, dass die derzeitige Gesellschaft, vermehrt als früher, entscheidend von Medien mitbestimmt wird (a.a.O.).

4.2.1 Mediensozialisation

Um sich mit dem Begriff der Mediensozialisation näher zu beschäftigen bedarf es vorerst einer Erklärung des Wortes „Sozialisation“.

Giesecke (1990, 69) versteht unter dem Terminus der Sozialisation „alle geplanten pädagogischen Maßnahmen und ungeplanten Wirkungen, die dazu führen, dass Kinder und Jugendliche in die bestehende Gesellschaft und ihre Verantwortungsbereiche hineinwachsen“. Weiter vermerkt er, dass Sozialisation anders als Lernen, das ans Individuum gebunden ist, von der Gesellschaft ausgeht und als komplexer Prozess menschlichen Lebens und Tätig seins wahrgenommen werden kann (Giesecke 1990, 70).

Früher wurde Sozialisation als Anpassungsleistung des Individuums an Gegebenheiten der Gesellschaft verstanden (Süß et. al. 2010, 18). Hurrelmann sieht die Sozialisation jedoch als aktive Auseinandersetzung des Individuums mit seiner sozialen und dinglichen Umwelt (a.a.O.). Diese Interaktion zwischen Umwelt und Mensch ist von einer ständigen Passung zwischen den beiden Sozialisanden geprägt und ihre Rollen werden ständig aktiv gestaltet (a.a.O.).

Im Sinne dieser wissenschaftlichen Untersuchung ist der Begriff der Sozialisation bzw. jener der Mediensozialisation insofern interessant, da die Untersuchungspersonen Kinder sind, die mit Medien als Teil ihrer sozialen und dinglichen Umwelt aufwachsen und so von Kindheit an ihr Leben prägen. Süß et. al. (2010, 18) sprechen von einer tertiären Sozialisationsinstanz, die in der Interaktion zwischen Mensch und Umwelt mitwirkt.

Kritische Optimisten wie z.B. Baacke verweisen darauf, dass Medien zur heutigen Gesellschaft gehören und ein produktiver Umgang damit auch möglich ist und zumeist stattfindet (Süß et. al 2010, 19). Kritisch hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang, dass Medien aufgefordert werden die Verantwortung

für eine anspruchsvolle Mediennutzung zu übernehmen (a.a.O.). Auch Hoffmann und Mikos (2010, 8) geben an, dass Medien als Instrument zur Sozialisation beitragen und zwar indem Eltern ihren Kindern den kontrollierten Umgang mit Medien, so genanntes Medienhandeln, vermitteln (a.a.O.).

Gewisse Kulturpessimisten, wie Postmann, Spitzer und Co, also Kritiker der Mediensozialisation, sehen Medien als Quelle von Entwicklungsdefiziten und gesellschaftliche Gefährdungen an (Süß et. al 2010, 19).

Alpha-Welt und Beta-Welt

Anknüpfend an die Theorie von Primär- und Sekundärerfahrungen, entwickelte Millner (1996) den Begriff des „Beta-Kindes“ für die Intensivnutzer der Medien. Die „Alpha-Welt“ stellt demnach die Welt der realen Begebenheiten und Erfahrungen dar, die Beta-Welt, jene der medialen Erfahrungen aus zweiter Hand (a.a.O.). Beide Welten können anregungsarm bzw. anregungsreich sein. Demzufolge wäre eine kompensatorische bzw. komplementäre Nutzung dieser Erfahrungen sinnvoll (Süß et. al .2010, 20).

4.2.2 Medienkompetenz

Eng verbunden mit der „Mediensozialisation“ ist der Begriff der „Medienkompetenz“. Dieser wird nach Barsch (2006, 68) in Sozialisationsprozessen historisch und kulturspezifisch erworben.

Wenn man in der heutigen Informations- und Mediengesellschaft als vollwertiges Mitglied angesehen werden will, ist der Erwerb von Medienkompetenz unumgänglich und sogar zu einer Entwicklungsaufgabe geworden (Süß et. al. 2010, 20). Entwicklungsaufgaben sind normativ vorgegeben, bestehen jedoch auch aus individuellen, selbstbestimmten Inhalten (a.a.O.). Baacke (1998, 243) verwendet im Umgang mit Medien den Begriff der Medienkompetenz. Diese Medienkompetenz geht von Rahmenbedingungen aus, die geschaffen werden sollten, um Heranwachsende dazu zu befähigen, die Aussagereichweite, Produktionsbedingungen und Kommunikationsangebote abzuschätzen und zu benutzen. Jedes kommunikative Angebot soll dadurch einer kritischen Reflexion vorausgehen

(a.a.O.). Bernd Schorb (2005, 262 zit. nach Barsch 2006, 67) definiert den Terminus „Medienkompetenz“ folgend: „Medienkompetenz ist die Fähigkeit auf der Basis strukturierten zusammenschauenden Wissens und einer ethisch fundierten Bewertung der medialen Erscheinungsformen und Inhalte, sich Medien anzueignen, mit ihnen genussvoll, kritisch und reflexiv umzugehen und sie nach eigenen inhaltlichen und ästhetischen Vorstellungen, in sozialer Verantwortung sowie in kreativem und kollektivem Handeln zu gestalten“.

Bettina Hurrelmann (2003, 16 zit. nach Barsch 2006, 68f) verweist auf sieben Teildisziplinen von Medienkompetenz. Ersteres bildet das „*Medienwissen und Medialitätsbewusstsein*“ welches grundlegend für die Rezeptionserwartungen und Rezeptionssteuerungen sein sollte (a.a.O., 69). Kompetente Mediennutzer müssen demnach wissen, dass sich Massenkommunikation von einer face-to-face Kommunikation unterscheidet und Realitäts-Fiktions-Unterschiede getroffen werden müssen (a.a.O.). Hurrelmann betont auch, dass sich Kinder dieses Wissen erst aneignen müssen, wie z.B. durch das Bewusstwerden, dass Hexen kein realer Bestandteil im täglichen Leben, sondern nur ein Bestandteil von Märchen ist (a.a.O., 69). Auf der Basis von Medien entwickeln Kinder „*medienspezifische Rezeptionsmuster*“, eine weitere Teilkomponente der Medienkompetenz, wie die technisch-praktischen Fähigkeiten zur Gerätebedienung bis hin zu Verarbeitungsmustern der Medienrezeption (a.a.O.). Die „*medienbezogene Genussfähigkeit*“ die ihren Ausdruck auf der motivational-emotionalen Ebene findet, ist ein weiterer Faktor der Medienkompetenz. Zentral im Rezeptionsprozess ist der Aspekt der „*medienbezogenen Kritikfähigkeit*“, die das Vermögen der Analyse, der Bewertung und des Vergleichs miteinbezieht (a.a.O.). Die bedürfnis- und interessensgesteuerte Auswahl der Medienangebote und die individuelle sinnvolle Medienrezeption werden unter der Komponente „*Selektion bzw. Kombination von Mediennutzung*“ zusammengefasst (Hurrelmann 2003, 16 zit. nach Barsch 2006, 69). Die aktive Teilnahmefähigkeit wird unter der Dimension „*produktive Partizipationsmuster*“ ausgedrückt. Die „*Anschlusskommunikation*“ führt anschließend zur sozialen Ebene der Medienkompetenz. Hiermit ist der kommunikative Austausch der eigenen Medienerfahrungen mit anderen gemeint (a.a.O., 70).

Diese Begriffsdefinitionen werfen jedoch die Frage auf: Besitzen Kinder, Kleinkinder, Jugendliche die Fähigkeit, von dieser Soll-Reflexion Gebrauch zu machen? Werden Kindern ausreichend kognitive Kompetenzen vermittelt, um eine kompetente Mediennutzung zu gewährleisten?

4.3 Medien und Kinder

Kinder, die in der heutigen Informations- und Mediengesellschaft aufwachsen, nehmen die von außen einströmenden Reize, die täglich um uns existieren und uns gewollt oder ungewollt stimulieren, schon in den ersten Lebensmonaten, quasi mit der „Muttermilch“ auf (Wagner 2005, 138). Diese teils ungewollten Stimuli, die uns täglich umgeben, verursachen ein unbewusstes Streben nach intensiver Stimulation und steigern das Bedürfnis nach Reizen (a.a.O.). Da sich Kinder dem Rhythmus des Lebensalltags anpassen, entwickeln sie schon früh eine erhöhte Reizerwartung (a.a.O.). De Grandpre (2000, 68-71) versteht diese Sucht bzw. den Hunger nach Sinnesreizen als Ursache für ADHS.

Bender (2003, 1) zufolge werden anfängliche Erfahrungen mit Druckmedien ab dem ersten Lebensjahr gemacht. Das tägliche Bilderbuch – Anschauen gehört in den meisten Familien zum alltäglichen Rhythmus. Bilderbücher werden in der Kleinkindpädagogik als pädagogisch wertvoll eingestuft, da Geschichten und Märchen der Phantasie von Kindern freien Lauf lassen, ihren Moralvorstellungen von Gut und Böse folgen und ihre Wünsche und Ängste thematisieren (Bender 2003., 2). Betrachtet man den Fernsehkonsum von Kindern, so ist festzustellen, dass Kinder im Alter zwischen 6 und 13 Jahren täglich 1,5 Stunden vor dem Bildschirm verbringen, Vorschulkinder etwa die Hälfte (a.a.O., 4). Weiter ist anzumerken, dass mit dem Alter die Zeit, die Kinder vor dem Fernseher verbringen, steigt. Ende der sechziger Jahre entdeckte man das Vorschulkind als Fernsehkonsument und es wurden zahlreiche Sendungen wie z.B. die Sesamstraße, die zur Erziehung und Bildung von Kindern beitragen sollte, ausgestrahlt (Bender 2003, 4). Mitte der siebziger Jahre hielten amerikanische Zeichentrickserien Einzug und in den neunziger Jahren stießen Actionfilme, Cartoons, Musik- Talk-, und Quizsendungen dazu (a.a.O.). Heute bestimmen die Medien den Tagesrhythmus in vielen Familien, da tagsüber

beinahe ununterbrochen Filme oder Serien für Kinder angeboten werden (a.a.O., 5). Im Vergleich zu anderen Medien werden Computer- und Videospiele weniger häufig von Kindern genutzt (a.a.O.).

Laut KIM-Studie 2006 zählt neben dem Kontakt zu Freunden das Fernsehen zu einer der beliebtesten Freizeitaktivitäten von Kindern, auf die sie nicht verzichten wollen (Bauer 2007, 6). Fernsehen stellt für Kinder die Nummer eins im Medienkonsum dar (a.a.O.). Fast in jedem Kinderzimmer ist ein Bildschirm zu finden, der täglich in Betrieb genommen wird (Bauer 2007, 5). Auch Computer und Internet sind aus der Medienwelt von Kindern nicht mehr wegzudenken. Die Computernutzung ist jedoch nicht so sehr wie das Fernsehen in den Medienalltag integriert (a.a.O.). Die Internet-Nutzung nimmt ebenfalls stetig zu, sie ist jedoch noch kein regelmäßiger Bestandteil im Alltag von Kindern (a.a.O., 6).

Moser (2010, 105) betont in seiner Forschungsarbeit, dass in der heutigen Gesellschaft traditionelle Werte und Normen an Überzeugung verloren haben, Mobilität und Bewegung im Sinne einer Beschleunigung des Lebensalltages an Bedeutung zugenommen haben und das Lebensgefühl von Action, Thrill und Stimulation den persönlichen Lebensstil zunehmend prägen. Auch De Grandpre (2000, 27) ist der Ansicht, dass ein unbewusstes Verlangen nach ständiger Stimulation hervorgerufen und das Bedürfnis nach Reizen und Geschwindigkeit stetig gesteigert wird. Diese Momente bestimmen die Kindheit bzw. das Aufwachsen in unserem täglichen Leben (Moser 2010, 105). Giesecke (1985, 77) verweist auf den Entfall von erzieherischem Einwirken durch Eltern und Lehrer aufgrund der Entwicklungen in der modernen Gesellschaft, sowie durch die Verbreitung der Massenmedien. Giesecke zufolge fehle es an Möglichkeiten, den Lebensraum des Kindes zu kontrollieren und an Möglichkeiten der Abwehr von Einflüssen, die der Erziehung im Wege stehen könnten (a.a.O.).

Moser (2010, 240) verweist jedoch darauf, dass Medien nicht nur als „soziale Problemlagen“ und als „potenziellen Gefahren“ anzusehen sind, da sie auch eine Bereicherung des Lebens darstellen und in Kommunikationsstrategien und Lebenszusammenhänge eingebunden sind. Sander/Vollbrecht (1987, 130 zit. nach Moser 2010, 240) merkt dazu an, dass auch der Umgang mit „schlechten Medien und Medieninhalten“ wichtig für Heranwachsende ist, um zwischen

Medien auswählen zu können und um zu erlernen diesbezüglich ein Werturteil zu treffen.

Oft lassen sich Kinder weniger von Medien vereinnahmen, da sie unbefangen mit viel Kompetenz und Gelassenheit an neue Medien herantreten. Dem gegenüber projizieren Erwachsene, Erzieher ihre Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit den elektronischen Neuheiten in die Medien, welche ihre Hilflosigkeit im Wandel der Informationsgesellschaft demonstrieren (Moser 2010, 240).

Dies leitet wieder in den Begriff der Medienkompetenz über, der die Gesellschaft, vor allem Kinder zu einem verantwortungsvollen, souveränen Umgang mit Medien auffordert (a.a.O., 244).

Die Studie zur Mediennutzung von Klein und Vorschulkindern von Feierabend und Mohr versucht die Lebens- und Medienwelt der Kinder differenziert zu beschreiben. Dazu wurden 245 Erwachsenen in eine Face to Face Situation zum Freizeit- und Mediennutzungsverhalten ihrer Kinder, sowie das Verhältnis der Eltern selbst zu den Medien sowie zur Beurteilung der einzelnen Fernsehsender und deren Programmangebot befragt (Feierabend und Mohr 2004, 453). Das Ergebnis der Studie zeigte, dass Fernsehen als Leitmedium an erster Stelle seinen Platz findet. Gefolgt von Radio mit 81%, Zeitschriften und Büchern. Fernsehen zählt zur fast täglichen Medienaktivität, wobei als Hauptmotiv für den TV-Konsum Spaß angegeben wird (a.a.O., 454). Weitere Funktionen des Fernsehens sind Information und Entspannung sowie die Bekämpfung von Einsamkeit (a.a.O.). Weiter ergab die Untersuchung, dass mit zunehmendem Alter der Medienbesitz steigt. Anfangs dient der Kassettenrecorder als erstes Medium im Kinderzimmer, zunehmend finden Fernsehgeräte, Spielkonsolen und spezielle Kindercomputer ihren Platz in den Zimmern der Jüngsten. Auch das Anschauen von Büchern zählt zu den täglichen Medienaktivitäten der Zwei- bis Fünfjährigen (a.a.O., 455). Die Zeit, die Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren für Medien aufwenden, ist um ca. zwei-dreiviertel Stunden weniger als jene, die für spielen, malen und basteln aufgewendet wird (Feierabend und Mohr 2004, 456). Zum Erziehungsstil und den Begriff der Medienkompetenz betreffend ist zu sagen, dass der Großteil verantwortungsbewusst mit dem Medium Fernsehen umgeht. Drei Viertel der

Befragten informieren sich gemeinsam mit dem Kind über das Fernsehangebot und treffen die Auswahl nicht alleine (a.a.O., 460). Das Fazit der Arbeit ist, dass Medien bereits im Leben von Zwei bis Fünfjährigen eine wichtige Rolle spielen, und die Bedeutung für ältere Kinder steigt. Das Aufwachsen wird demnach von Medien begleitet und das Fernsehen stellt hierbei einen wichtigen Sozialisationsfaktor dar (a.a.O.).

4.4 Fernsehen und Kinder mit ADHS Diagnose

In der von Christakis et al. publizierten Studie „Early television exposure and subsequent attentional problems in children“ wurde der Zusammenhang zwischen Fernsehen im Vorschulalter und darauf folgenden möglichen Aufmerksamkeitsproblemen im Schulalter untersucht. Forschungsgegenstand der Arbeit war demnach die Hypothese zu testen, ob Fernsehen im Alter von ein und drei Jahren Aufmerksamkeitsprobleme im Alter von 7 Jahren verursachen könne (Christakis et al. 2004, 708). Die Untersuchung wurde als Längsschnittstudie, das heißt, ein und dieselbe empirische Studie wurde zu mehreren, in diesem Fall zu drei, Zeitpunkten, durchgeführt (a.a.O.). Im Zuge der Forschungsarbeit wurden ca. 1300 Kinder untersucht, die Hälfte davon war männlich. Neben den Aussagen der Eltern, hauptsächlich der Mütter, zum Fernsehverhalten ihrer Kinder, wurden auch weitere Faktoren wie z.B. sozioökonomische Faktoren, vorgeburtliche Einflüsse, Angaben zur psychologischen Struktur der Mütter, emotionale Unterstützung in der Familie, etc. erhoben (Christakis et al. 2004, 709). Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurde das Verhalten der siebenjährigen Schulkinder mit den Angaben der Mütter zum Fernsehkonsum der Kinder im Alter von ein und drei Jahren verglichen. Die Auswahl erfolgte auf Grund der Manifestation von Aufmerksamkeitsproblemen in der frühen Kindheit, auf Kinder im Vorschulalter. Ein weiterer Grund für dieses Forschungsvorhaben stellt die Tatsache dar, dass Fernsehkonsum in diesem frühen Entwicklungsstadium umstritten ist und davon abgeraten wird (a.a.O.). Das Ergebnis der Studie zeigte, dass Fernsehkonsum im Vorschulalter in vielen Fällen Aufmerksamkeitsprobleme im Schulalter zur Folge hat. 10% der Kinder die im vorschulischen Alter den häufigsten TV-

Konsum verzeichnen konnten, hatten Probleme mit Konzentrationsstörungen (a.a.O., 710). Der Schluss zu dem die Forscher kommen, ist: Je häufiger Fernsehen in der frühen Kindheit konsumiert wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit im Alter von sieben Jahren an Aufmerksamkeitsproblemen zu leiden (a.a.O.).

In der Studie „Disentangling the relation between television viewing and cognitive processes in children with attention deficit/hyperactivity disorder and comparison children“ von Acevedo-Polakovich et al. wurde versucht einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Fernsehen und kognitiven Fähigkeiten von Kindern zu finden. Weiter wurde untersucht, ob negative Konsequenzen durch das Fernsehen bei Kindern mit ADHS Diagnose stärker zum Vorschein kommen (Acevedo-Polakovich et. al 2006, 1). Auch diese Studie wurde in zwei Phasen durchgeführt und zählt somit als Längsschnittuntersuchung. Dazu wurden 59 Kinder mit ADHS-Diagnose und eine Kontrollgruppe mit 106 Kindern im Alter zwischen sieben und acht untersucht (a.a.O.). Die Ergebnisse dieser Forschung zeigten, dass kein Zusammenhang zwischen kognitiven Fähigkeiten und Fernsehen bei Kindern mit ADHS-Diagnose zu finden war, lediglich die Kinder der Kontrollgruppe wiesen eine Verbindung auf. Die Hypothese, dass Fernsehen und die Bereiche Aufmerksamkeit und Verständnis negativ beeinflusst werden und das Fernsehen eine Rolle in der Entwicklung von ADHS spielt, konnte im Zuge dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Die Methode, die in dieser Studie angewendet wurde, wurde schon zuvor von Lorch et. al. durchgeführt, um die Aufmerksamkeit und das kognitive Verständnis von Kindern mit einer ADHS und vergleichbaren Kindern zu testen (a.a.O., 2). Hierzu wurden Kinder angehalten, zwei Fernsehprogramme anzusehen. Eines gemeinsam mit einem Spielzeug, das zweite ohne. Anschließend mussten die Kinder das Geschehene nacherzählen und die kausalen Zusammenhänge, wie z.B. durch die Frage „Warum“, erklären (a.a.O.). Außerdem wurden die Eltern zum Fernsehverhalten der Kinder z.B. zur Fernsehdauer befragt. Generell kann festgehalten werden, dass Fernsehen im Volksschulalter Auswirkungen auf das Aufmerksamkeitsverhalten und auf kognitive Fähigkeiten bei Kindern ohne ADHS haben kann, nicht jedoch bei Kindern mit ADHS-Diagnose. Diese Ergebnisse bestreiten kürzliche Spekulationen, die davon ausgehen, dass Kinder mit ADHS-Diagnose einem höheren Risiko ausgesetzt sind, schädliche

Auswirkungen durch Fernsehen davonzutragen (Acevedo-Polakovich et al 2006, 8). Die Autoren verweisen auch darauf, dass künftige Studien diesbezüglich den Entwicklungsprozess bzw. das Entwicklungsstadium der Kinder berücksichtigen sollten (a.a.O., 1).

Auch die Studie von Lorch et. al. „Visual attention to and comprehension of television in attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys“ verweist darauf, dass „ADHS-Kinder“ ebenso wie Kinder ohne ADHS-Diagnose als aktive Fernseher gelten und kein bedeutsamer Unterschied in der Aufmerksamkeit festzustellen ist (Landau et. al. 1992, Abstract).

Diese unterschiedlichen Resultate aus der ADHS-Forschung veranlassen, zu einem erneuten Versuch, das Nutzungsverhalten des Mediums Fernsehen von Kindern mit ADHS-Diagnose zu untersuchen. In der vorliegenden Arbeit soll nun der Schwerpunkt in den Erzählungen der Kinder selbst liegen. Die Erfahrungen, die sie in ihrem medialen Leben bzw. Alltag bereits gemacht haben oder machen, und die sich daraus ergebenden Informationen, sollen dazu dienen, wissenschaftlich fundierte Aussagen über den Zusammenhang des Mediums „Fernsehen“ und der Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung treffen zu können. Da keine deutschsprachigen Studien dazu existieren, ist es umso interessanter dieser Thematik nachzugehen. Anders als in der zuvor beschriebenen Untersuchung, wird in diesem Forschungsvorhaben nach qualitativen Richtlinien, mit einer kleinen Untersuchungsgruppe gearbeitet, um detaillierte Beschreibungen zu erhalten. Die Hypothese, mit welcher an diese Studien herangegangen wird, besagt, dass ein Zusammenhang zwischen dem Fernseh-Nutzungsverhalten und der ADHS-Problematik besteht bzw. dass es Unterschiede in der Fokussierung der Aufmerksamkeit zwischen Kindern mit und Kindern ohne ADHS-Diagnose beim Fernsehen gibt.

5 EMPIRISCHER TEIL

5.1 Methodische Vorgehensweise

Als Forschungsmethode dieser empirischen Arbeit dienen Leitfaden-Interviews im Sinne qualitativer Sozialforschung, da diese am aussagekräftigsten erscheinen, um das mediale Verhalten von Kindern mit und ohne ADHS-Diagnose aufzuzeigen. „Qualitativ“ bezieht sich hier auf soziale Phänomene, die in Form eines Datengewinns in ihrer nicht-zählbaren Eigenart, ihrer Vielschichtigkeit, ihrer Widersprüchlichkeit und um die Dynamik zu bewahren, zum Ausdruck kommen (Bergmann 2006, 17).

Das qualitative Interview mit Kindern hat sich laut Aufenanger (2006, 106) in der Medienrezeptionsforschung bewährt und es wurden zahlreiche Studien auf dieser Basis durchgeführt, die sich auf das Fernsehen als zentrales Leitmedium von Kindern beziehen. Aus diesem Grund wird auch im Rahmen dieser Untersuchung die qualitative Forschungsmethode in Form von qualitativen Leitfaden-Interviews mit Kindern gewählt.

5.1.1 Qualitatives Interview in der Sozialforschung

Qualitative Interviews sind mündliche persönliche Befragungen, die durch offene, nicht vorformulierte Fragen gekennzeichnet sind (Lamnek 2005, 346). Sie werden zur Erfassung von Bedeutungsmustern, welche in der empirischen Forschung eine wichtige Rolle spielen, eingesetzt (a.a.O. 348). Der Befragte hat im Befragungsprozess die Möglichkeit, seine Wirklichkeitsdefinition dem Forscher darzubringen (a.a.O.) In der qualitativen Sozialforschung, vor allem im qualitativen Interview ist Offenheit ein Prinzip, das einen großen Stellenwert einnimmt. Es wird davon ausgegangen, dass keine theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes erfolgt, sondern die Strukturierung vom Forschungssubjekt im Zuge der Befragung übernommen wird (a.a.O.). Weiter

stellt die Kommunikativität, die besagt, dass das Forschungssubjekt das kommunikative Regelsystem bestimmt, ein zweites Maxim in der qualitativen Forschung dar (Lamnek 2005, 349). Ein weiteres Kriterium, vor allem im narrativen Interview von enormer Bedeutung, ist jenes der Flexibilität welches mit Offenheit einher geht und auf eine flexible Durchführung verweist. Das bedeutet, dass der Forscher variabel auf die Bedürfnisse des Befragten reagiert (a.a.O., 350f). Die Erzählungen des Befragten strukturieren den Ablauf und aus diesem Grund ist im Interview Flexibilität für die erfolgreiche Durchführung notwendig (Lamnek 2005, 350). Ein weiteres bedeutsames Element in der qualitativen Sozialforschung stellt die Explikation dar. Unter diesem Kriterium kann der Interviewer den Befragten bitten, Äußerungen zu erklären oder zu interpretieren (a.a.O. 350). „Paraphrasieren, Nachfragen, vorsichtiges Interpretieren der Äußerungen durch den Forscher bzw. Interviewer sind Hilfsmittel, um den zu Befragenden anzuregen, seine Äußerungen zu explizieren, zu präzisieren, zu reflektieren“ (Lamnek 2005, 350). Das Prinzip der Reflexivität ist im qualitativen Interview durch die spezifische Kommunikation von vorne herein gegeben und erfolgt durch die Kombination von Explikation und Prozesshaftigkeit (a.a.O. 351).

Generell ist anzumerken, dass im qualitativen Interview versucht wird, den Charakter des Alltagsgesprächs nachzukommen. Da der Forscher dem Prinzip der Zurückhaltung folgt, kann der Befragte zu Wort kommen (a.a.O.). Im narrativen Interview besteht die Aktivität des Interviewers darin, dem Befragten in der nicht -standardisierten Erhebungssituation einen Grundreiz vorzugeben, auf dem dieser mit einer ausführlichen Erzählung antworten soll (Lamnek 2005, 352). Die Gesprächssituation sollte vertraulich und angenehm gestaltet sein. Der Befragte nimmt die Position des Subjektes in einer alltagsnahen Gesprächssituation ein und wird nicht als objektiver Datenlieferant angesehen (a.a.O. 353). Weiters wird vom Interviewer eine non-direktive und neutrale Haltung dem Befragten gegenüber verlangt (Lamnek 2005, 353). Aufgrund der Alltagsnähe kann die Gesprächsdauer des qualitativen Interviews variieren und kann nicht vorab definiert werden (a.a.O.). Zur Interviewsituation ist anzumerken, dass der Befragte in der Regel passiv bleibt und dem Interviewten reden lässt (a.a.O. 355). Eine zuvor aufgebaute Vertrauensbasis sowie eine

vertraute, freundliche Atmosphäre ist notwendig um authentische Informationen zu erhalten (Lamnek 2005, 355f).

5.1.2 Leitfaden-Interview

Als Leitfaden-Interviews werden jene Interviews bezeichnet, welche sich an einem Gesprächsleitfaden orientieren (Paseka 2007, 105ff). Die Erarbeitung eines Leitfadens vor dem Interview mit vorformulierten Fragen oder Themen ist zentrales Charakteristikum eines Leitfaden-Interviews (Friebertshäuser 2003, 375). Leitfaden-Interviews werden auch als teilstrukturierte bzw. semistrukturierte Interviews bezeichnet und dienen dazu, beschreibende Darstellungen zu vorab gewählten Themen zu gewinnen, oder um Deutungen und Muster die den Aussagen zugrunde liegen, rekonstruieren zu können (a.a.O.). Friebertshäuser (2003, 375) nennt in diesem Zusammenhang auch den Aspekt, demzufolge diese Technik auch dazu dient, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Einzelinterviews gesichert wird.

Bei dieser Form des Interviews warnt jedoch Hopf (1978) davor, dass das Gespräch zu einem Frage-Antwort-Dialog verkürzt werde und keine Möglichkeit zur Entfaltung von Gedanken und Assoziationen vorhanden wäre (a.a.O.). Kennzeichnend ist jedoch, dass es keine Vorgabe bezüglich der Antwort auf die Fragen gibt und der Befragte sich frei zu den Themen äußern kann (a.a.O.). Als Beispiel für diese Form des qualitativen Interviews wird das problemzentrierte Interview von Witzel (2000) angegeben. Zur Gestaltung des Leitfadens werden das Vorwissen, die Rahmenbedingungen des zu untersuchenden Handlungskontextes und das wissenschaftliche Konzept herangezogen (a.a.O.). Zur Strukturierung der Interviews durch einen Leitfaden existieren unterschiedliche Varianten (Friebertshäuser 2003, 375). Entweder wird ein Muster mit fertig formulierten, detaillierten Fragen herangezogen oder man nimmt einen Leitfaden, welcher die Möglichkeit bietet, die Fragen in gleichgültiger Reihenfolge zu stellen und dem Befragten die Chance gibt eigene Themen anzusprechen (a.a.O.) „Ziel des Interviews ist es, die subjektiven Interpretationen und Sichtweisen der Befragten zu rekonstruieren. [...] Der Leitfaden dient als Gesprächsstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Ergebnisse (Paseka 2007, 105ff)“.

5.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Zur Auswertung wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen, die die Ergebnisse komprimiert darstellen soll. Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ist es möglich, Schnittpunkte zwischen individuellen und gesellschaftlichen Strukturen und latenten Bedeutungszusammenhängen zu erschließen (Hirzinger 1991, 113). Die Methode wird definiert als jene, die den Charakter und die Stärke der Reize, denen der Konsument von Massenmedien ausgesetzt ist, zum Ausdruck bringt (a.a.O.).

Die qualitative Inhaltsanalyse ist in mehrere Abschnitte gegliedert. Den ersten Schritt bildet die Festlegung des Materials (Lamnek 2005, 518). Es werden nicht alle Interviewprotokolle inhaltsanalytisch ausgewertet, nur jene, die für den Forschungsgegenstand von Interesse sind. Demnach werden die Textstellen, die sich explizit auf die Forschungsfrage beziehen zur Analyse herangezogen (a.a.O.). Im nächsten Schritt erfolgt die Analyse der Entstehungssituation, die zur Sammlung von Informationen über den Entstehungszusammenhang des Interviewprotokolls dient (a.a.O.). Das Datenmaterial ergibt sich aus der Aufzählung der anwesenden Personen, des emotionalen, kognitiven Handlungshintergrunds des Befragten, sowie des soziokulturellen Rahmens der Erhebungssituation (Lamnek 2005, 518). Anschließend wird das Material formal charakterisiert. Dieser Schritt umfasst die Transkription der sprachlichen Tonbandaufnahme mit Betonungen, Pausen etc. (a.a.O., 518f). Danach stellt sich die Frage nach der Richtung der Analyse: Was will ich daraus interpretieren? (a.a.O., 519). Es wird festgestellt, ob das Thema bzw. der Inhalt des Protokolls, die emotionale Befindlichkeit des Befragten, oder die Wirkung der Äußerungen auf die Zielgruppe, Gegenstand der Analyse sein sollte (Lamnek 2005, 519). Die nächste Stufe im Auswertungsverfahren der Inhaltsanalyse bildet die Klärung der Fragestellung und die Differenzierung der Unterfragen. Darauf folgend wird entschieden welches interpretative Verfahren angewendet wird (Lamnek 2005, 519). In der siebenten Phase wird

entschieden, welche Textteile des Interviewprotokolls zur Analyse verwendet werden (a.a.O.).

Im Zuge der Inhaltsanalyse nach Mayring (zit. nach Lamnek 2005, 520) wird zwischen drei Verfahren unterschieden:

1. Zusammenhang
2. Explikation und
3. Strukturierung.

1. Ziel in der Zusammenfassung ist die Reduktion auf wesentliche Inhalte um überschaubares Material zu erhalten. Die abstrakten Aussagen werden durch Auslassungen, Generalisieren, Konstruktionen, Integrationen, Selektionen und Bündelungen erreicht (a.a.O., 520). Das Ursprungsmaterial wird demnach paraphrasiert und daraus werden Kategorien gebildet, die zur Beschreibung des Einzelfalls herangezogen werden (a.a.O.).

2. Im nächsten Verfahren, der Explikation, werden Textstellen mit Hilfe von zusätzlichem Material, wie andere Textstellen aus dem Interviewprotokoll oder durch Informationen über den Befragten die zuvor erörtert wurden, erläutert. Auch bezeichnet als enge bzw. weite Kontextanalyse, wobei im Zuge der engen Kontextanalyse Material aus dem vorhandenen Interviewprotokoll verwendet wird, und für die weite Kontextanalyse zusätzliche Informationen, die über den Text hinausgehen, z.B. über die befragte Person und die Erhebungssituation, eingesetzt werden. (a.a.O, 522f).

3. Die Strukturierung hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern (Lamnek 2005, 526). ZB kann Material zu spezifischen inhaltlichen Bereichen zusammengefasst werden, im Sinne einer inhaltlichen Strukturierung (a.a.O.). Oder es werden einzelne hervortretende Ausprägungen genauer beschrieben, was als typisierende Strukturierung gilt (a.a.O.). Eine letzte Methode wäre, das Material in Skalenform einzuschätzen, was als skalierende Strukturierung bezeichnet wird (a.a.O.).

Zur Interpretation der Inhaltsanalyse ist anzumerken, dass die Ergebnisse im Hinblick auf die Hauptfragestellung interpretiert werden (Lamnek 2005, 528).

Der Forscher wird angehalten, eine Gesamtdarstellung durch die Generalisierung einzelner Fälle mittels Kategorien zu erreichen (a.a.O., 528f). Im explorativen Teil der Analyse wird das Material untersucht und in ein System von Kategorien gegliedert. Aussagen der Befragten aus dem Interviewprotokoll werden durch die Techniken, Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung herausgearbeitet und den Kategorien zugeordnet (Lamnek 2005, 531). Um den Einzelfall zu kennzeichnen, dient eine spezifische Merkmalskombination. Letztlich erfolgt eine fallübergreifende Generalisierung der individuellen Einzelfälle (a.a.O.).

Allgemein ist festzuhalten, dass die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring darauf abzielt, große Materialmengen auf ein überschaubares Maß zu reduzieren, um wesentliche Inhalte zu erhalten (Lamnek 2005, 529).

Um authentische Informationen zu erhalten, werden die Interviews mit Kindern mit ADHS-Diagnose jenen von Kindern ohne ADHS-Diagnose gegenübergestellt und miteinander verglichen. So können Unterschiede herausgearbeitet und aussagekräftige Ergebnisse dargestellt werden.

5.2 Datenauswertung der Interviews

Bezug zur Forschungsfrage

Die Forschungsfrage, die im Rahmen dieser Untersuchung im Fokus steht, sowie die Subfragen, die sich aus der Fragestellung ergeben haben, sollen nun mittels Auswertung und Interpretation der durchgeführten Interviews beantwortet werden. Der anschließende Vergleich der Interviews mit Kindern mit ADHS-DIAGNOSE mit den Interviews mit Kindern ohne ADHS-DIAGNOSE sowie die Reflexion durch die vorhandene Literatur soll zu einem wissenschaftlich fundierten Ergebnis führen.

Im Zentrum befindet sich die Frage:

- „Wie nutzen Kinder mit diagnostiziertem ADHS das Medium „Fernsehen“?“

Subfragen:

- Welche Rolle spielt der mediale Einfluss auf Kinder mit ADHS Diagnose?
- Hat Fernsehen in der Medienbiographie von Kindern mit ADHS einen speziellen Stellenwert?
- Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und der Verhaltensproblematik ADHS?

Für die Beantwortung der Forschungsfrage scheinen die Kategorien I – IV am aussagekräftigsten zu sein. Daher wird sich die Interpretation des Interviews hauptsächlich auf die drei Kategorien stützen.

Die Interviews wurden in Form von qualitativen Leitfaden-Interviews ausschließlich mit Kindern geführt, um deren Sichtweise klar darzulegen. Bisher konnten keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, die sich auf die Kinder selbst beziehen, gefunden werden. Im Blickfeld dieser Untersuchung stehen Kinder mit ADHS-Diagnose, sowie Kinder ohne ADHS-Diagnose und ihre Auffassungen, Erfahrungen, Einstellungen und Wahrnehmungen zum Thema Fernsehen. Ihre ungezwungenen Antworten auf Fragen zu einem Themenkomplex, der alltäglich präsent zu sein scheint, stellen die Basis dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung dar. Die Untersuchungsergebnisse der einzelnen Gespräche werden ausgewertet, die beiden Interviews der zwei Gruppen, Kinder mit ADHS-Diagnose und Kinder ohne ADHS-Diagnose, verglichen und interpretiert. Den Abschluss bildet die Reflexion der Ergebnisse in Bezug auf die vorhandene, themengerechte Literatur, welche im „Conclusio“ positioniert wird.

Im Sinne von durch Offenheit, Flexibilität und Kommunikativität geprägten qualitativen Interviews wurden die Gespräche in vertrauter Umgebung durchgeführt, um Sicherheit, vertrauensvolles Miteinander sowie eine allgemeine positive Atmosphäre zu gewährleisten. Die Kinder mit ADHS-Diagnose wurden aus Rücksichtnahme auf ihre Persönlichkeit, nicht explizit zu ihrer Symptomatik befragt. Lediglich der Vergleich der Auswertungen der zwei Stichproben soll Aufschluss über Unterschiede oder auch Gemeinsamkeiten in Bezug auf das Fernsehverhalten der Kinder geben. Um einen solchen Vergleich möglich zu machen, wurden vorab allgemeine Leitfragen formuliert, die eine

Gegenüberstellung und Interpretation ermöglichen sollten. Im Rahmen des Gesprächseinstieges wurden die Fragen:

Wieso wird das Interview geführt?

Warum wird das Gespräch aufgezeichnet?

Was passiert mit dem Interviewmaterial?

Wie lange wird das Gespräch dauern?

Welche Erwartungen gibt es an den Interviewpartner?

- genau erklärt.

Für eine strukturierte Auswertung der gewonnenen Daten aus den Interviews wurden vorerst Kategorien gebildet, die sich aus den thematischen Zusammenhängen der Frageblöcke ergeben haben.

Im ersten Frageblock stand das Freizeitverhalten der Kinder im Blickfeld. Interessant daran war herauszufinden, ob das Fernsehen auch als konkreter Bestandteil ihrer Freizeitgestaltung genannt wird. Weiters sollte sich herausstellen, welchen Beschäftigungen Kinder alleine nachgehen, und welche Aktivitäten sie gemeinsam mit Freunden setzen.

Im zweiten Block wurde gezielt auf die Thematik Fernsehen eingegangen. Zu Beginn des Frageblocks war hierbei die Häufigkeit bzw. auch die Dauer des kindlichen Fernsehens im Mittelpunkt. Anschließend wurde der Fokus auf die Interessensschwerpunkte der Kinder beim Fernsehen gelegt. Die Befragten sollten erzählen welche Sendungen sie sehen und warum sie diese mögen. Was für Lieblingsfiguren sie im Fernsehen haben und warum gerade die Figuren so wichtig sind. Dann wurde der Realitätsbezug der Fernsehsendungen erörtert. Es sollte sich herausstellen, ob die Kinder einen Bezug zur Realität feststellen können oder nicht. Auch Zusammenhänge wurden extra ausgewiesen.

Im dritten Absatz wurde die Wahrnehmung zum zentralen Inhalt gewählt. Das emotionale Verhalten beim Fernsehen sollte von den Teilnehmern beschrieben werden. Die Konzentration und Merkfähigkeit diesbezüglich war ebenfalls im Visier dieser Kategorie. Auch hier wurden die Zusammenhänge der unterschiedlichen Subkategorien eigens angeführt.

Die vorletzte Kategorie, sprich der vierte Frageblock, enthielt Fragen zum Stellenwert des Mediums Fernsehen. Die Interviewpartner sollten beschreiben, was Fernsehen für sie bedeutet, wie wichtig ihnen Fernsehen ist.

Die letzte und fünfte Kategorie gab Aufschluss über das Soziale Profil des Kindes. Eine zusätzliche informative Stütze, die für die Interpretation der Ergebnisse nicht vorrangig ist.

Jede Kategorie enthält auch eine Zusammenfassung des jeweiligen Frageblocks, welche durch das Paraphrasieren des Gesagten während des Interviews gewonnen wurde. Für die Auswertung werden im Sinne der Inhaltsanalyse nach Mayring nur jene Passagen herangezogen, die für die Beantwortung der Fragestellung bedeutend sind.

Zu den jeweiligen Interviews wurden Hintergrundinformationen notiert, die in die Interpretation miteinbezogen werden, um eine ordnungsgemäße Auswertung im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zu garantieren.

Interviewpartner

Für die Durchführung der Interviews wurden vier Kinder im Alter von 9 und 11 Jahren ausgewählt, davon zwei Kinder mit ADHS-Diagnose und zwei Kinder ohne ADHS-Diagnose. Die Interviewpartner waren demnach alt genug, um die Fragen inhaltlich zu verstehen und auch informative Antworten darauf zu geben. Die Gespräche wurden in der jeweiligen vertrauten Umgebung des Kindes geführt. Die ersten Interviews waren mit Kindern ohne ADHS-Diagnose, da es formale Schwierigkeiten mit der Genehmigung zur Durchführung der Interviews mit Kindern mit ADHS-Diagnose gab. Die Untersuchungsteilnehmer waren durch Zufall alle männlich. Ein Kind besuchte schon die Mittelschule, die anderen absolvierten derzeit die Volksschule. Die Interviews dauerten durchschnittlich 20 Minuten, wobei das kürzeste Interview nur ca. 19 Minuten und das längste ca. 24 Minuten dauerte. Hier ist anzumerken, dass diese Angabe nichts über den Inhalt der Interviews aussagt. Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Dezember 2010 bis März 2011.

5.2.1 Kinder ohne ADHS Diagnose

Freizeitverhalten

Beide befragten Kinder erwähnten Fernsehen und Computerspiele als Freizeitbeschäftigung (Anhang 6ff, 27ff). Auch Radfahren deklarierte ein Interviewpartner als Lieblingsbeschäftigung (Anhang 21ff). Das Spiel im Freien wurde ebenfalls von den Befragten erwähnt. Alleine beschäftigen sich die Befragten hauptsächlich mit Fernsehen oder Computerspielen, vor allem mit dem „Nintendo DS“ oder „Wii“ –Spiel (Anhang 6ff, 27ff). Brettspiele wurden von einem Jungen als Wochenendbeschäftigung angeführt (Anhang 6ff). Alle befragten Kinder haben einen regelmäßigen, strukturierten Tagesablauf.

Fernsehen

Häufigkeit und Dauer

Eine begrenzte Fernsehdauer konnte in beiden Interviews als Hauptargument herausgehoben werden. Die zeitliche Begrenzung für das Ende des „Fernsehtages“ liegt zwischen 19 Uhr und 20 Uhr (Anhang 8ff, 29ff). Ein Interviewpartner gab an, maximal zwei Stunden täglich fernzusehen. Ein Kind verdeutlichte, nur kontrolliert fernsehen zu dürfen. Häufiges Fernsehen konnte bei einem Jungen festgestellt werden.

Interesse

Die Vorliebe für das Fernsehen war hier dominierend. Jedes der befragten Kinder hat klare Vorstellungen seiner Lieblingssendungen. So unterschiedlich die Charaktere der Interviewpartner auch sind, so verschieden sind auch ihre Geschmäcker die Lieblingsserien betreffend. Ein Junge gab an, gerne Nickelodeon zu sehen, vor allem Cosmo und Wander (Anhang 8ff). Hier ist auch seine Lieblingsfigur anzutreffen, die witzige Elfe Cosmo. Der zweite Befragte hob hervor, dass Ninjagro und Galileo seine Lieblingssendungen seien und der rote Ninja sein Idol darstellt (Anhang 21ff). Schwarz-weiß Filme und Nachrichten werden als „no go`s“ abgetan (Anhang 8ff, 29ff). Realität, Fantasie und Wissen sind hier die Bezugspunkte bezüglich der favorisierten Sendungen. Horrorfilme werden laut einem Befragten von den Eltern verboten (a.a.O.).

Realitätsbezug

Durch den Wunsch zur Identifikation mit der Lieblingsfigur aus der Lieblingssendung ist ein gewisser Realitätsbezug zumindest gegeben, wenn auch nicht bewusst. Ein Befragter kann sich vorstellen, dass gewisse informative Fernsehsendungen wie z.B. „Willi will’s wissen“ und „Die Sendung mit der Maus“ tatsächlich einen Bezug zur Realität aufweisen (Anhang 8ff). Der zweite Interviewpartner gab an, keinen Realitätsbezug des Fernsehens feststellen zu können, hegt jedoch den Wunsch sich mit einer Fantasiefigur identifizieren zu können (Anhang 21ff).

Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

Die Interviewpartner gaben unter diesem Punkt an, stressfrei, müde, ruhig und entspannt zu sein. Bei spannenden Inhalten jedoch angespannt und aufgeregt durch die Ungewissheit vor dem Unerwarteten. Beide Kinder gaben an, dass sie aufgeregt sind, wenn sie spielen bzw. wenn sie vor allem mit Freunden spielen (Anhang 14ff, 34ff).

Konzentration und Merkfähigkeit

Beide Befragten hoben hervor, dass ihre Konzentration beim Lesen und Lernen geschwächt sei. Ein Kind gab dafür als Grund an, unter Druck zu stehen, die Lieblingssendungen nicht zu verpassen (Anhang 14ff). Die Konzentration auf Filme wurde von einem Interviewpartner konkret ausgedrückt (Anhang 34ff). In Bezug auf die Merkfähigkeit der Fernsehinhalte sind die Aussagen unterschiedlich. Ein Junge hob hervor, eine gute Merkfähigkeit der Inhalte zu besitzen, der zweite konnte dies nicht behaupten (Anhang 34ff, 14ff). Einigkeit herrscht aber in Bezug auf die Konzentration: Hier lässt sich erkennen, dass beide Kinder sich beim Fernsehen am besten konzentrieren können (Anhang 14ff, 34ff). Die Befragten dulden keine Ablenkung beim Fernsehen. Ein Junge zieht das Spielen dem Fernsehen vor (Anhang 34ff).

Stellenwert des Mediums

Ein Junge gab an, dass Fernsehen in seinem Leben einen hohen Stellenwert besitzen würde. Der zweite Befragte misst dem Fernsehen weniger Wichtigkeit zu (Anhang 17ff, 38ff). Er hegt ein ambivalentes Verhalten bezüglich der Freizeitbeschäftigung. Grundsätzlich gilt das Spiel mit Freunden als wichtiger (Anhang 38ff). Als Hauptmotive für den hohen Stellenwert des Fernsehens werden Spannung, Interesse, Lernfaktor, Neugier, Musik und die Handlung der Filme vom Interviewpartner angegeben (Anhang 17ff). Für den zweiten Befragten ist wichtig, dass Fernsehen spannend, cool und lustig ist (Anhang 38ff).

Soziales Profil des Kindes

Beide Befragten wohnen in einem Haus und sind zwischen 10 und 11 Jahren alt. Nur ein Interviewpartner besitzt in seinem Zimmer einen eigenen Fernseher, einen DVD Player und einen Computer. Lego Spiele sind bei beiden Kindern beliebt. Die Befragten beschreiben ihre Familienverhältnisse als gut, manchmal gibt es aber kleine Streitereien (Anhang 19ff, 39ff).

5.2.2 Kinder mit ADHS-Diagnose

Freizeitverhalten

Beide befragten Kinder mit ADHS-Diagnose gaben an, den Hort zu besuchen und demnach täglich zu spielen (Anhang 49ff 72ff). Ein Junge zählt Lego spielen, der zweite Befragte Auto spielen und ein Geschicklichkeitsspiel zu seinen Alltagsbeschäftigungen (a.a.O.). Die zwei Kinder unterscheiden sich in Bezug auf ihre bevorzugten Beschäftigungen. Ein Interviewpartner hob das Spiel mit Instrumenten als fixen Bestandteil seiner wöchentlichen Freizeitgestaltung hervor (Anhang 72ff). Beim zweiten Jungen dominiert das Nintendo DS - Spiel das Freizeitverhalten (Anhang 49ff). Beide hingegen erwähnen das Spiel bzw. das Radfahren im Freien (Anhang 49ff, 72ff).

Fernsehen

Häufigkeit

Zeitliche Beschränkungen werden von jedem Kind angegeben. Ein Junge gab detailliert an, dass die Mutter die Fernsehdauer bestimmt, wobei die Zeiten am Wochenende gelockert sind (Anhang 52ff). Der zweite Befragte gab an, morgens an Schultagen vor dem Frühstück 10 min und abends bis 21 Uhr fern zu sehen (Anhang 77ff).

Interesse

Auch in Bezug auf die Vorliebe für das Fernsehen antworteten die Befragten unterschiedlich. Ein Junge gab an, gerne fern zu sehen, der zweite empfindet das Gegenteil (Anhang 52ff, 77ff). In der Auswahl der Sendungen wird ein Interviewpartner von der Mutter eingeschränkt. Er hob hervor, keine Horrorfilme sehen zu dürfen (Anhang 52ff). Der zweite Befragte hat freie Wahl (Anhang 77ff). Einigkeit herrscht jedoch darin, dass beide ihre Lieblingssendungen haben, die jedoch sehr unterschiedlich sind. Ein befragtes Kind erwähnte Togo als Lieblingssendung auf dem Kanal Super RTL, das andere nennt mehrere Sendungen wie Notruf Hafenkante, Sponge Bob, Simpsons und Haus Anubis als bevorzugte Serien (Anhang 52ff, 77ff). Beiden Kindern ist wichtig, dass die Sendungen lustig sind. Ein Interviewpartner gab an, dass er Gefallen an der Werbung auf seinem Lieblingssender hat. Die Lieblingsfiguren richten sich nach den Lieblingssendungen. Ein Kind gab als Lieblingsfiguren die lustigen Polizisten aus Notruf Hafenkante an und will später selbst Polizist werden, das zweite liebt die sprechenden Tiere aus der Werbung (Anhang 52ff, 77ff).

Realitätsbezug

Beide Interviewpartner gaben hier an, dass sie wenig bis keinen Realitätsbezug der Sendungen im Fernsehen feststellen können (Anhang 52ff, 77ff). Alle Befragten würden jedoch gerne in die Rolle einer Fernsehfigur schlüpfen. Ein Junge bevorzugt es in die Rolle des sprechenden Hundes aus der Werbung, der sich in der Hundehütte versteckt, zu schlüpfen, während der zweite sich mit dem lustigen Homer Simpson identifizieren könnte (Anhang 52ff, 77ff).

Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

Alle befragten Kinder erklärten, ein gutes Gefühl beim Fernsehen zu haben (Anhang 60ff, 84ff). Sie empfinden Fernsehen als Entspannung und sind dabei nicht aufgeregt (Anhang 60ff, 84ff). Ein Junge gab an, mehr Entspannung beim Fernsehen als beim Spielen zu verspüren, der andere gab an, auch beim Spielen entspannt zu sein (a.a.O.).

Konzentration und Merkfähigkeit

Die Aussagen der Interviewpartner hierzu sind unterschiedlich. Ein Befragter führte an, dass er sich beim Fernsehen mehr konzentrieren könne als beim Lesen und Lernen (Anhang 60ff). Die Begründung dafür liege darin, dass Fernsehen keine Anstrengung erfordert, lediglich die Sinne sind hierbei gefragt. „Da brauch ich nur schauen“ sind seine Worte diesbezüglich (a.a.O.). Der zweite erklärte, dass er beim Lesen und Lernen mehr Konzentration habe (Anhang 84ff). Beide Jungen gaben an, dass sie sich die Inhalte der Serien und Co gut merken können (Anhang 60ff, 84ff). Ein Befragter hob hervor, die Inhalte gut verfolgen zu können und seine gesamte Konzentration auf den Film zu lenken (Anhang 60ff). Demnach empfindet er Werbung als störend (a.a.O.). Das zweite Kind lässt sich durch andere Sachen oft ablenken (Anhang 84ff). Er nimmt die unmittelbaren Geschehnisse aus seiner Umwelt wahr, statt sich ganz auf das Fernsehen zu konzentrieren. Diese Aussage verhält sich ambivalent zur vorangegangenen, in der er betont, sich auf Filme gut konzentrieren zu können.

Stellenwert des Mediums

Auch in Bezug auf die Fragen dieses Themenkomplexes antworteten die Kinder verschieden. Ein Interviewpartner gab an, das Medium Fernsehen hätte einen hohen Stellenwert in seinem Leben (Anhang 63ff, 87ff). Der zweite Befragte empfindet das Gegenteil, für ihn ist Fernsehen nicht so wichtig (Anhang 87ff). Das Bedeutende am Fernsehen ist, dass die Filme und Sendungen lustig sind, was bedeutet, dass Fernsehen dem Kind aufgrund des Comedyfaktors wichtig ist. Für den anderen Jungen ist am Fernsehen nur wichtig, dass seine Lieblingssendung läuft, ansonsten gleicht sich für ihn der Stellenwert des Fernsehens mit dem des Spielens aus (Anhang 63ff, 87ff).

Soziales Profil

Auch diese zwei Befragten leben in einem Haus. Ein Kind gab an, einen Fernseher im Zimmer zu haben, das zweite zählt einen PC zu seinem Eigentum. Beide empfinden ihre Familienverhältnisse als gut. Keiner von den Kindern hat Wünsche. Alle Interviewpartner sind mit ihren Spielsachen vollkommen zufrieden (Anhang 64ff, 88ff).

5.3 Vergleich der Stichproben und Dateninterpretation

Die Auswertung und der anschließende Vergleich der Ergebnisse aus den Interviews lässt wenige Schlüsse bezüglich des Nutzungsverhaltens des Mediums Fernsehen von Kindern mit ADHS-Diagnose zu. Insgesamt ließ sich feststellen, dass die Interessen der Kinder differieren, auch teilweise gruppenintern. Auch die Gewohnheiten ihr Fernsehverhalten betreffend sind nach ihren Prioritäten ausgelegt und unterscheiden sich dadurch. Am Schaubild lässt sich erkennen, dass es jedoch Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Themenblöcke zwischen beiden Gruppen gibt.

Freizeitverhalten

In Bezug auf das Freizeitverhalten lassen sich bedeutsame Unterschiede erkennen. Die Kinder ohne ADHS-Diagnose sehen demnach oft fern bzw. spielen Computerspiele wie Nintendo DS und „Wii“ (Anhang 6ff, 27ff) Die Kinder mit ADHS-Diagnose stellen das tägliche Spielen in den Vordergrund ihres Freizeitverhaltens (Anhang 49ff, 72ff). Diese bevorzugte Tätigkeit kann in Zusammenhang mit dem Besuch der Nachmittagsbetreuung nach der Schule stehen. Während die favorisierten Spiele der Kinder mit ADHS-Diagnose das Lego Spiel, das Nintendo DS Spiel, das Spiel mit Autos, Geschicklichkeitsspiele sowie das Spiel mit Instrumenten sind, stellen die Kinder ohne ADHS-Diagnose hauptsächlich die elektronischen Medien in den Mittelpunkt ihrer Freizeitgestaltung. Lediglich am Wochenende werden Brettspiele zur Unterhaltung von der Gruppe der Kinder ohne ADHS-Diagnose angegeben (Anhang 6ff, 27ff, 49ff, 72ff). Das Radfahren, sowie das Nintendo DS - Spiel zählt zu den beliebten Freizeitaktivitäten der Kinder beider Gruppen (Anhang

27ff, 49ff, 72ff). Diese Medienpräsenz ist als Zeichen unserer heutigen Mediengesellschaft anzusehen und gibt keinen Anlass für eventuelle Bedenken bezüglich der ADHS-Diskussion.

Fernsehen

Die Ergebnisse der Auswertung haben hier ergeben, dass tägliches, kontrolliertes Fernsehen sowie zeitliche Einschränkungen durch die Elternteile von beiden Gruppen konkret geäußert wurden (Anhang 8ff, 29ff, 52ff, 77ff). Dies zeigt, dass die Eltern sich die Zeit nehmen, um ihren Kindern einen verantwortungsvollen Umgang mit den Medien näher zu bringen. Der Begriff der Medienkompetenz, der hier zum Tragen kommt, wurde im Rahmen dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung auch erörtert. Die Vermittlung der Wertigkeiten, Regeln und Grenzen in Bezug auf den Umgang mit den (neuen) Medien stellt eine wichtige Basis dar, um Kindern mit und ohne ADHS-Diagnose verantwortungsvolles mediales Verhalten mitzugeben. Es ist, wie Süß et. al. (2010,20) beschreiben, in unserer Medien- und Informationsgesellschaft zu einer Entwicklungsaufgabe geworden.

Im Weiteren lässt sich erkennen, dass alle Kinder genaue Vorstellungen von ihren Lieblingssendungen und auch ihren Lieblingsfiguren, die sich hauptsächlich nach den bevorzugten Serien richten, haben. Hier variieren jedoch die Geschmäcker der einzelnen Interviewpartner stark. Keines der befragten Kinder hat dieselbe Sendung als Lieblingssendung angegeben. Die Gruppe der Kinder ohne ADHS-Diagnose verdeutlicht, dass Schwarz-Weiß-Filme und Nachrichten nicht gerne gesehen werden, die zweite Stichprobe antwortete unterschiedlich. Ein Junge macht diesbezüglich keine konkreten Äußerungen, der zweite erwähnt KIKA und Bernd das Brot als langweilig. (Anhang 8ff, 29ff, 52ff, 77ff). Horrorfilme dürfen laut Angaben von drei Befragten nicht angesehen werden, was wiederum auf ein kontrolliertes Fernsehen durch die Eltern schließen lässt (Anhang 8ff, 29ff, 52ff). Lediglich ein Kind mit ADHS-Diagnose gab an, alles sehen zu dürfen (Anhang 77ff). Allgemein ist festzustellen, dass die maximale Beschränkung der Fernsehzeit abends zwischen 19 und 21 Uhr liegt (Anhang 8ff, 29ff, 52ff, 77ff). Auffallend hier ist, dass das jüngste befragte Kind mit ADHS – Diagnose täglich am längsten, nämlich bis 21 Uhr fernsehen darf (Anhang 77ff).

Auch die Motive für das Fernsehen differieren bei beiden Gruppen. Während bei Kindern mit ADHS-Diagnose der Comedyfaktor die treibende Kraft zum Fernsehen darstellt, nennen Kinder ohne ADHS-Diagnose den Realitätsbezug, die Wissensvermittlung und die Fantasie als Gründe für ihre Vorliebe am Fernsehen (Anhang 8ff, 29ff, 52ff, 77ff). Unterschiede lassen sich auch in Bezug auf den Realitätsbezug ausmachen. Kinder mit ADHS-Diagnose gaben an, keinen bzw. ein wenig Realitätsbezug des Fernsehens feststellen zu können, die Gruppe der Befragten ohne ADHS-Diagnose kann sich zum Teil einen Bezug zum realen Leben vorstellen (Anhang 8ff, 29ff, 52ff, 77ff). Ein Junge ohne ADHS beschreibt den Realitätsbezug so: „Ja vielleicht in der einen Sendung „Willi will’s wissen“ oder die „Sendung mit der Maus“ (Anhang, 8ff). Dies könnte möglicherweise daran liegen, dass das Vorstellungsvermögen der jüngeren Kinder im Vergleich zu jenem der älteren variiert. Jene Interviewpartner die keinen Bezug zur Realität erkennen können sind nämlich im Schnitt ein Jahr jünger und scheinen demnach den Bezug zum realen Leben nicht zu erkennen. Alle Befragten können sich vorstellen, bzw. haben den Wunsch einmal in die Rolle einer Fernsehfigur zu schlüpfen (Anhang 8ff, 29ff, 52ff, 77ff). Das Verlangen zur Identifikation mit einer beliebten Gestalt aus dem Fernsehen könnte einerseits die Flucht aus dem realen Leben, dass sich in den Augen der Kinder mit ADHS-Diagnose vom virtuellen Leben im Fernsehen unterscheidet sein, oder aber kann es auch als Beziehung zwischen Fernsehen und Realität angesehen werden. Diese Verbindung zwischen dem Fernsehen und dem Leben könnte auch als unbewusster Realitätsbezug wahrzunehmen sein.

Wahrnehmung

Aus beiden Auswertungen geht hervor, dass die befragten Kinder ein gutes Gefühl und vor allem Entspannung beim Fernsehen empfinden (Anhang 14ff, 34ff, 60ff, 84ff). Ein Junge beschreibt die Frage nach dem Gefühl während des Fernsehens folgend: „Da glaub ich immer, dass ich stressfrei wäre, ich fühle mich immer irgendwie müde. Ja.“ (Anhang 14ff). Die Worte „entspannt, ruhig, gut“ sind die am häufigsten verwendeten Begriffe zur Beschreibung dieser Fragestellung. Dies lässt erkennen, warum Fernsehen für Kinder einen relativ hohen Stellenwert im Bereich ihrer Freizeitgestaltung hat. Unterschiede lassen

sich jedoch im Bezug auf die Anspannung bzw. Aufregung während des Fernsehens ausmachen. Die Befragten ohne ADHS-Diagnose äußerten, dass sie bei spannenden Inhalten Aufregung und Anspannung vor dem Unerwarteten empfinden, ansonsten wären sie stressfrei, ruhig oder müde (Anhang 14ff, 34ff). Die Interviewpartner mit ADHS-Diagnose gaben an, keine Aufregung sondern nur vollste Entspannung bei dieser Freizeitbeschäftigung zu fühlen (Anhang 60ff, 84ff). Gruppenintern variiert nur die Antwort auf den Vergleich zwischen dem Spielen und dem Fernsehen. Ein Junge mit ADHS-Diagnose gab zu verstehen, dass er beim Spielen mehr Aufregung empfinde als beim Fernsehen, da er beim Letzteren nur seine Sinne einsetzen müsse. So antwortete er auf die Frage ob er beim Spielen oder beim Fernsehen aufgeregter sei mit den Worten:“ Beim Fernsehen bin ich entspannter“ (Anhang 60ff).

Deutlich wird hier, dass Kinder mit ADHS-Diagnose scheinbar gelassener fernsehen können, als Kinder ohne ADHS-Diagnose. Dies könnte daher rühren, dass Kinder mit ADHS-Diagnose, nicht die volle Konzentration auf das Gesehene lenken, sondern eher abdriften. Kinder, die jedoch all ihre Sinne beim Fernsehen ausschöpfen und ihre Wahrnehmung nur auf den Fernseher beziehen, leben demzufolge mit den Inhalten der Sendungen mit und empfinden so auch Anspannung, Aufregung, Freude etc..

Eindeutig ist im nächsten Punkt, dass Kinder ohne ADHS-Diagnose mehr Konzentration beim Fernsehen aufwenden als beim Lesen oder Lernen (Anhang 14ff, 34ff). Ein Grund dafür könnte das zunehmende Interesse an den Lieblingssendungen im Fernsehen sein, dem die volle Aufmerksamkeit zu Teil wird. Als Motiv für die Aussage, dass die Konzentration beim Lernen geschwächer ist, wird der Druck, die Lieblingssendung nicht zu verpassen, angegeben. Dies verhärtet den vorangegangenen Gedanken, dass das Interesse die treibende Kraft in dieser Dynamik ist. Die Kinder mit ADHS-Diagnose antworteten auf die Konzentrationsfrage unterschiedlich. Ein Junge kann sich beim Lesen und Lernen besser konzentrieren als beim Fernsehen, der zweite wendet beim Fernsehen mehr Konzentration auf (Anhang 84ff, 60ff). Das könnte ein Verweis auf die Prioritäten der einzelnen Interviewpartner sein. Gemeinsam haben die beiden Stichproben, dass sie gruppenintern Unterschiede hinsichtlich der Merkfähigkeit der gesehenen Inhalte im

Fernsehen aufweisen (Anhang 14ff, 34ff, 60ff, 84ff). Jeweils ein Teil der Befragten in den beiden Gruppen gab an, eine gute Merkfähigkeit zu besitzen, der zweite wenig bis keine. Hier sind die Aussagen sehr durchwachsen und können nicht konkret gedeutet bzw. interpretiert werden.

In Bezug auf die Ablenkung ist anzumerken, dass die Kinder ohne ADHS-Diagnose keine Ablenkung beim Fernsehen dulden, was auch auf die vorangegangene Hypothese verweist, dass Kinder ohne ADHS-Diagnose ihre gesamte Konzentration auf das Fernsehen richten und somit in ihrer Wahrnehmung nicht gestört werden wollen (Anhang 14ff, 34f). In der Gruppe der Kinder mit ADHS-Diagnose gibt es diesbezüglich interne Verschiedenheiten. Ein Junge lässt sich durch äußere Einflüsse ablenken, während der zweite keine Ablenkung toleriert und vor allem die Werbung als Störfaktor ansieht (Anhang 84ff, 60ff). Hier kann keine allgemein gültige Aussage getroffen werden.

Stellenwert des Mediums

Zu dieser Thematik gibt es gruppeninterne Unterschiede in beiden Stichproben. Ein Teil beider Gruppen gab an, dass Fernsehen in seinem Alltag einen hohen Stellenwert habe, der zweite konnte dies nicht bestätigen (Anhang 17ff, 38ff, 63ff). Dieser Teil bevorzugt das Spielen (87ff, 63ff). Als Hauptmotiv für das Fernsehen wird von beiden Gruppen der Comedyfaktor in Form von Aussagen wie: „...dass es lustig und spannend und cool ist“ (Anhang 38ff) angegeben. Die Kinder mit ADHS-Diagnose nennen als weitere Antriebspunkte für die Freude am Fernsehen die Lieblingssendung, die Kinder ohne ADHS-Diagnose geben ausführlich Neugier, die Musik, die Spannung, Coolness, Interesse, den Lernfaktor und die Handlungen der Filme als Gründe für ihre Vorliebe am Fernsehen an (Anhang 17ff, 38ff, 63ff, 87ff). Ein Junge ohne ADHS-Diagnose beschreibt z.B. Was für ihn am Fernsehen wichtig ist, mit den Worten: „Interessant, spannend. Es gibt immer Neues. Man kann immer etwas daraus Lernen, aus dem Film“ (Anhang, 17ff). Das Spielen wird von jeweils einem Kind der zwei Gruppen zwischendurch dem Fernsehen vorgezogen (Anhang 38ff, 87ff).

Der einzige Schluss, der hier gezogen werden könnte, wäre jener, dass Kinder ohne ADHS-Diagnose differenzierter, reflektierter antworten als Kinder ohne

ADHS-Diagnose. Ansonsten lassen sich auch in diesem Themenblock keine bedeutsamen Unterschiede herausarbeiten.

Soziales Profil

Alle Befragten kommen aus guten Familienverhältnissen und leben in einem Haus. Jeweils ein Teil der Interviewpartner mit ADHS-Diagnose und ein Teil der Kinder ohne ADHS-Diagnose besitzen einen Fernseher in ihren Kinderzimmern (Anhang 19ff, 39ff, 64ff, 88ff). Dieser Teil, der im Besitz eines eigenen Fernsehgerätes ist, gehört zu jenen die angegeben haben, nicht gerne fern zu sehen. Diese Tatsache lässt auch keine verallgemeinernden Schlüsse hinsichtlich des Einflusses von Fernsehen auf Kinder mit ADHS-Diagnose zu.

Kind ohne ADHS-Diagnose	Gemeinsamkeiten	Kind mit ADHS-Diagnose
Freizeitverhalten <ul style="list-style-type: none"> • Tägliches Fernsehen und Computerspiele: • Spiel auf der „Wii“ • Brettspiele wochenends 	<ul style="list-style-type: none"> • Computerspiel: Nintendo DS • Freizeitbeschäftigung: Radfahren 	Freizeitverhalten <ul style="list-style-type: none"> • Tägliches Spielen: • Lego, Auto, Geschicklichkeitsspiele, Spiel mit Instrumenten
Fernsehen <ul style="list-style-type: none"> • Vorliebe für das Fernsehen • Keine Schwarz-weiß-Filme und Nachrichten • Motive: Realität, Wissen und Fantasie • Teilweiser Realitätsbezug und Wunsch zur Identifikation mit einer Fernsehfigur 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolliertes Fernsehen • Zeitliche Einschränkungen durch Elternteile • Tägliches Fernsehen • Genaue Vorstellungen der Lieblingssendung • Lieblingsfiguren richten sich nach Lieblingssendung • Keine Horrorfilme 	Fernsehen <ul style="list-style-type: none"> • Motiv: Comedyfaktor • Kein Realitätsbezug jedoch Wunsch zur Identifikation mit Fernsehfigur
Wahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> • Geschwächte Konzentration beim Lesen und Lernen – vermehrte Konzentration beim Fernsehen • Motiv: Druck Lieblingssendung nicht zu verpassen • Keine Ablenkung beim Fernsehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede: Gute Merkfähigkeit der gesehenen Inhalte vs wenig bis keine Merkfähigkeit – Aussagen durchwachsen 	Wahrnehmung <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede: Bessere Konzentration beim Lesen und Lernen vs Bessere Konzentration beim Fernsehen • Unterschiede: keine Ablenkung – Bestätigung durch Aussage - Werbung störend vs Ablenkung durch äußere Einflüsse

Kind ohne ADHS-Diagnose

Gemeinsamkeiten

Kind mit ADHS-Diagnose

Wahrnehmung

- Stressfrei, ruhig, müde
- Bei spannenden Inhalten
Aufregung und Angespanntheit
- Motive: Anspannung vor
Unerwartetem
- Aufregung beim Spielen mit
Kindern

- Gutes Gefühl,
Entspannung

Wahrnehmung

- Keine Aufregung, volle
Entspannung
- Unterschiedliche
Aussagen: Entspannung
beim Spielen und
Fernsehen
bzw. mehr Entspannung
beim Fernsehen als beim
Spielen
- Motive: Fernsehen
verlangt nur den Einsatz
der Sinne

Stellenwert des Mediums

- Neugier, Musik, Spannung,
Coolness, Interesse, Lernfaktor
und die Handlungen der Filme

- Gruppeninterne
Unterschiede:
Hoher Stellenwert
vs niedriger
Stellenwert
- Motive: Lustfaktor
- Ein Teil beider
Gruppen bevorzugt
Spielen

Stellenwert des Mediums

- Motive:
Lieblingssendung

Soziales Profil

- Teilweise Fernseher oder
andere Medien im
Kinderzimmer
- Ein Kind: Wunsch eines
Fantasiespielzeuges

- Gute
Familienverhältnisse
- Haus

Soziales Profil

- Teilweise Fernsehen
oder andere Medien
im Kinderzimmer
- Keine Wünsche

5.4 Resumée

Informationen zu den Interviewsituationen

Philipp - Kind ohne ADHS-DIAGNOSE

Dieses Interview wurde als erstes Interview für die vorliegende Diplomarbeit durchgeführt. Es wurde in der gewohnten Umgebung des Jungen, genauer bei ihm zuhause aufgenommen. Der Bub konnte sehr gezielt auf die gestellten Fragen antworten. Anfänglich war es jedoch nicht einfach, die Nervosität, die von mir und auch vom Jungen ausging, zu unterdrücken. Doch im Laufe des Gespräches wandelte sich die ungewohnte Situation zu einem netten, sehr informativen Austausch. Der Bub ist ein sehr redefreudiger, und aufgeschlossener Junge, der sich sofort für ein Interview begeistern konnte. Demnach war auch der Gesprächsverlauf fließend. Es gab auch keine Störungen während des Interviews.

Nico - Kind ohne ADHS-Diagnose

Das Interview wurde im Hortgruppenraum geführt. Nico gehört zur Hortgruppe, die seit einem halben Jahr von mir betreut wird. Die Interviewsituation war durch eine angenehme Stimmung in einer vertrauensvollen Umgebung gekennzeichnet. Dadurch, dass wir einander schon kennen, war das Gespräch ohne Hürden zu meistern. Der Junge war sehr offen und hat meistens korrekt auf meine Fragen geantwortet, sowie selbst zu erzählen begonnen. Die vertraute Umgebung, sowie vertraute Personen vermitteln Sicherheit, auch in Situationen die nicht alltäglich bzw. neu sind, wie diese. Somit konnte das gesamte Spektrum an Informationen, die aus dem Interview hervorgehen und für die Auswertung wichtig sind, ausgeschöpft werden.

Fabian - Kind mit ADHS-DIAGNOSE

Das Interview wurde im Direktorinnenzimmer durchgeführt. Die Direktorin war teilweise im Hintergrund anwesend. Dadurch konnte dem Jungen eine gewisse Sicherheit vermittelt werden. Der Bub war nicht sehr gesprächsbereit. Er konnte

nicht in vollen Sätzen antworten. Dies lässt sich möglicherweise durch den Einfluss von Medikamenten – laut Direktorin bekommt das Kind Ritalin zur Konzentrationsförderung bzw. Ruhigstellung- erklären. Die Konzentration war während des Gespräches nur auf die Interviewsituation gerichtet. Dh. das Kind konnte sich sehr gut auf die Situation einstellen und ließ sich nicht durch die Hintergrundgeräusche ablenken.

Die Antworten auf meine Fragen waren nicht immer passend. Es lässt sich nicht genau feststellen, ob das teilweise Unvermögen, meine Fragen korrekt zu beantworten, auf die Wirkung des Medikamentes oder auf den kindlichen Entwicklungsstand zurückzuführen ist.

Wie am Gesprächsverlauf zu erkennen ist, konnte ich nur durch ständiges Wiederholen des Gesagten sowie durch häufiges, konkretes Nachfragen, dem Kind Antworten entlocken. Im Laufe des Gespräches wurde der Bub offener und versuchte mehr zu erzählen, was ihm jedoch am Ende des Gespräches nicht mehr gelang. Die kürzeren Antworten im zweiten Teil des Interviews, die sich auf die Fragen zur Konzentration und Gefühlslage des Kindes bezogen, könnten auch durch die direkten Fragestellungen, die nicht konkret eine ausführlichere Antwort erfordern, erklärt werden.

Anfangs war das Gespräch durch Unsicherheit auf der Seite des Jungen gekennzeichnet, die jedoch im Laufe des Interviews verschwand. Interessiert verfolgte der Bub das Gespräch und freute sich zu antworten. Die Freude, Informationen über sein Fernsehverhalten bzw. über seine Lieblingsserien offen zu legen, steht aber im Gegensatz, zu seinen dürftigen, kurzen und oftmals unvollständigen Antworten. Dies könnte möglicherweise darauf hindeuten, dass eventuell durch die Wirkung des Medikamentes, sein Erzählvermögen in dieser Situation eingeschränkt war, bzw. dass sein Erzählvermögen durch das Medikament gehemmt war. Es ist jedoch anzumerken, dass es hierbei lediglich um Spekulationen handelt die aufgrund von Informationsmangel nicht in die Wertung miteinbezogen werden können.

Philipp -Kind mit ADHS-DIAGNOSE

Auch dieses Interview wurde im Direktorinnenzimmer geführt. Der Junge war lebendig, sehr aufgeweckt und stolz darauf, dass er mit mir das Interview führen durfte. Unsicherheit konnte ich in dieser Situation nicht erkennen. Er ließ sich

sofort durch die Geräusche im Hintergrund ablenken, schaute im Raum herum und durchforschte das Rundherum. Es war nicht einfach seine Konzentration auf das Gespräch zu lenken. Bis auf wenige Minuten waren wir allein im Zimmer. Meine Fragen wurden von ihm nicht immer richtig verstanden, was auf seine mangelnde Konzentration zurückzuführen war. Das Kind antwortete jedoch in vollen Sätzen. Auffällig war, dass er nicht gern fern sieht, aber wenn er schaut, dann spät am Abend (bzw. nach 19h).

Alle Interviews konnten den Parametern der qualitativen Sozialforschung gerecht werden. Die Gespräche wurden in vertrauter Umgebung geführt und es wurde versucht, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Anfängliche Aufregungen durch die neue Situation konnten in jeder Interviewsituation ausgeräumt werden. Demnach wurde in der vorliegenden Forschung den Kriterien, Offenheit in Bezug auf die Antworten und Fragen, Flexibilität durch angepasstes Nachfragen, Kommunikativität, sowie Reflexion durch das häufige Paraphrasieren, die nach Lamnek (2005, 346ff) im Rahmen qualitativer Sozialforschung als Leitsymbole gelten, Folge geleistet. Die Verwendung des Leitfadeninterviews diente als Konstante und Hilfe im Interview mit Kindern und wirkte dem Prinzip der Offenheit nicht entgegen.

Im Zentrum des Gespräches standen das Kind und seine Fernsehgewohnheiten, Fernsehzeiten, Fernsehinteressen, Wahrnehmungen etc.. Die Bedeutung der Medien für den derzeitigen Lebensabschnitt der Kinder, ihr Medienhandeln, sowie die Mediennutzung mit Blickwinkel auf die soziale Umwelt des Kindes, waren zentrale Bestandteile der Forschung.

Ersichtlich ist nun, dass die Interviews mit Kindern mit ADHS- Diagnose wie erwartet, schwieriger zu führen und interpretieren waren, als jene der Kontrollgruppe. Auch in Hinblick auf die Ergebnisauswertung lassen sich keine konkreten Äußerungen in Bezug auf mediale Differenzen der beiden Gruppen erkennen.

6 CONCLUSIO

Rückblickend auf die anfänglich formulierte Fragestellung sowie ihre untergeordneten Subfragen, wird in diesem Kapitel versucht, anhand der durch die Praxis gewonnenen Daten und der vorhandenen Literatur Schlüsse für eine interdisziplinäre Denkweise zu ziehen. Im Fokus der vorliegenden Arbeit stand die Frage:

- „Wie nutzen Kinder mit ADHS Diagnose das Medium „Fernsehen“?“

mit ihren Subfragen:

- Hat Fernsehen für Kinder mit ADHS einen speziellen Stellenwert?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und der Verhaltensproblematik ADHS?

Die Frage, nach dem Nutzungsverhalten von Kindern mit ADHS-Diagnose wird in dieser Auseinandersetzung empirisch beantwortet. Medien, speziell das Fernsehen, spielen ausgehend von den Daten dieser Forschungsarbeit im Leben aller Kinder, auch jener mit ADHS-Diagnose eine große Rolle. Die befragten Kinder messen dem Fernsehen unterschiedliche Bedeutung in ihrem Leben bei. Entscheidend für den Konsum des Mediums sind der Comedyfaktor und das Interesse an den Lieblingssendungen. Laut den Angaben der Kinder, kann jedoch nicht behauptet werden, dass Kinder mit ADHS-Diagnose anders auf den Einfluss von Fernsehen bzw. von Medien reagieren. Grundlegend empfinden alle Kinder ein gutes Gefühl und Entspannung beim Fernsehen. Wenn die Interessensschwerpunkte abgedeckt sind, können auch Kinder mit ADHS sich auf die Fernsehinhalte konzentrieren. Lediglich ein Kind hat angegeben, sich auch ablenken zu lassen. Einzig auffällig ist, dass Kinder mit ADHS-Diagnose angeben, nur selten bis gar nicht aufgeregt zu sein, wenn spannende Inhalte gesehen werden. Dies könnte ein Motiv dafür sein, dass die Konzentration der Kinder mit ADHS-Diagnose nicht voll auf die vermittelten Inhalte im Fernsehen gelenkt wird, und somit der Spannungsfaktor abflaut.

Dieses Faktum, kann jedoch nicht als Maßstab für eventuelle allgemeingültige Erkenntnisse angesehen werden.

Die Frage nach dem speziellen Stellenwert von Fernsehen für Kinder mit ADHS kann mit „Nein“ beantwortet werden. In beiden Gruppen waren die Antworten diesbezüglich unterschiedlich und es konnte kein repräsentativer Unterschied der Kinder mit ADHS und jener ohne ausgemacht werden.

Ob ein (negativer) Zusammenhang zwischen der Verhaltensproblematik ADHS und Fernsehen besteht, lässt Zweifel aufkommen. Die Kinder wurden aus Respektgründen nicht zu ihrer „Krankheit“ befragt und aus diesem Grund lässt sich auch nicht konkret feststellen, ob Fernsehen schlechte Auswirkungen auf Kinder mit ADHS hat. Aus den gewonnenen Daten ist jedoch zu schließen, dass Fernsehen die Kinder nicht negativ verändert. Alle Kinder der Forschung kommen aus guten Familienverhältnissen und werden zu kompetenten Mediennutzern erzogen. Sie dürfen nur eingeschränkt das Medium Fernsehen nutzen und schätzen den Umgang damit. Der Wunsch, Lustiges zu sehen, erweckt keinesfalls Bedenken, die auf einen negativen Zusammenhang zwischen Fernsehen und ADHS zurückzuführen wären.

Ausblick Medienpädagogik

Das Medium Fernsehen, wurde deshalb ausgewählt, da Fernsehen in unserem heutigen Alltag, ebenso im täglichen Leben von Kindern, wie auch Süß (2010, 109) erkennt, zu einem Leitmedium geworden ist. Der Umgang mit den Medien wird uns heute sozusagen in die Wiege gelegt. Deshalb ist ein verantwortungsvoller Umgang damit als zentraler Bestandteil in der Entwicklung von Kindern entscheidend, um Überforderung durch die Medien zu verhindern. Vor allem gilt es einer voreiligen Stigmatisierung der Medien bezüglich Verhaltensphänomenen wie z.B. ADHS, die nicht den „normalen“ gesellschaftlich anerkannten Normen und Werten entsprechen, entgegenzuwirken.

Basierend auf dem qualitativen Forschungsteil und der theoretischen Auseinandersetzung der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass ein respektvoller Umgang mit dem Medium, im Sinne einer kompetenten Nutzung, welche durch die Eltern in Form von zeitlichen und thematischen Einschränkungen vermittelt

werden sollte, um eine mögliche Reizüberflutung der Sinne wie De Grandpre (2000,20 ff) in seiner „Ritalin Gesellschaft“ beschreibt, auszuschließen.

Ausblick ADHS

Biewer (2004, 165) macht deutlich, dass die Diagnose so breit gefächert ist, „dass sich weder bei der Beschreibung noch bei den Ursachen klare Bereiche abgrenzen lassen“. Auch verweist er darauf, dass im Rahmen der ADHS Diskussion die medikamentöse Therapie im Vordergrund steht, während für Legasthenie bzw. Teilleistungsschwächen pädagogisch-psychologische Interventionen bevorzugt werden (a.a.O.). Im Falle von ADHS spielt jedoch die wirtschaftliche Komponente, jene der Pharmaindustrie eine wichtige Rolle (a.a.O., 166). Die Behandlung mit Ritalin scheint die günstigste Alternative zu pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen und wird vor allem von der Heilpädagogik kritisiert (a.a.O.).

Biewer (2004, 169) verdeutlicht auch, dass medizinisch begründete Modelle in unserer Gesellschaft besser angenommen, bzw. leichter durchführbar sind als heilpädagogische. Deshalb ist es notwendig, die Handlungsmöglichkeiten der Heilpädagogik immer wieder aufzuzeigen, um ihre Präsenz auch in medizinisch dominierten Gebieten, wie es bei ADHS der Fall ist, zu stärken. Eine mögliche Kooperation verschiedener wissenschaftlicher Bereiche, wurde in dieser Arbeit dargelegt.

Bedeutsame Unterschiede, die zu allgemein gültigen Ergebnissen führen würden, wurden in dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung, nicht gefunden. Auch Acevedo-Polakovich et a. (2006) und Lorch (1992) konnten in ihren Studien keine bedeutsamen Auffälligkeiten bei Kindern mit ADHS-Diagnose und ihrem Fernsehverhalten bzw. ihren kognitiven Fähigkeiten festhalten.

In der vorliegenden Arbeit wurden wahrscheinlich mehr Fragen aufgeworfen, als in diesem Rahmen beantwortet werden konnten. Dies verweist jedoch auf neue Ansätze, die im Zuge dieser Thematik in weiteren Forschungsvorhaben aufgegriffen und aufgearbeitet werden könnten um zu einer künftigen Kooperation der wissenschaftlichen Bereiche, Medizin, Pädagogik und möglicherweise auch der Psychologie beizutragen. Auch Biewer (2004, 169)

merkt hierzu an, dass Pädagogik und Heilpädagogik einerseits und Medizin und Psychologie andererseits von einer interdisziplinären Zusammenarbeit profitieren könnten.

7 LITERATUR

Acevedo-Polakovich I.D., Lorch E. P., Milich R., Ashby R. (2006). Disentangling the relation between television viewing and cognitive processes in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and comparison children. Archives of pediatrics and adolescent medicine 160 (4), S 353-360 . Online Quelle: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/160/4/354>, 1-10 (Download: 2.3.2010)

Amft H. (2006). ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In: Leuzinger-Bohleber M. ; Haubl R., Hau S. ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. 4.Band. 70-90.

Amft H. (2002). Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin. In: Amft H., Gerspach M., Mattner D., (2002). Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Kohlhammer: Stuttgart, 37-121.

Aufenanger S. (2006). Interview. In: Ayaß R.; Bergmann J.R. (Hrsg). Qualitative Methoden der Medienforschung. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg, S 97-114.

Baacke D. (1998). Politische Kommunikation: Pädagogische Perspektive. In: Jarren O., Sarcinelli U., Saxer U. (Hrsg.). Politische Kommunikation in

der demokratischen Gesellschaft. Ein Handbuch. Westdeutscher Verlag: Opladen. 236-252.

Barsch A. (2006). Mediendidaktik Deutsch. Schöningh Verlag: Paderborn.

Bauer K. (2007). Kinder und Medien. Wenn Fernsehen, Computer und Internet Überhand nehmen. Studienarbeit. Grin: Norderstedt.

Beck K. (2007). Kommunikationswissenschaft. UVK Verlagsgesellschaft: Konstanz.

Bender J. (2003). Kinder und Medien. Ein kurzer Einblick. Studienarbeit. Grin: Norderstedt.

Bergmann J. R. (2006). Qualitative Methoden der Medienforschung – Einleitung und Rahmung. In: Ayaß R., Bergmann J. R. (Hrsg.). Qualitative Methoden der Medienforschung. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg. 13-41.

Bernitzke F. (2001). Heil- und Sonderpädagogik. Bildungsverlag EINS: Troisdorf. 1. Auflage.

Biewer G. (2004). Der Einfluss problematischer medizinischer Konzepte auf die Theoriebildung der Heilpädagogik. In: Sasse A., Vitková M., Störmer N. (Hrsg.). Integrations- und Sonderpädagogik in Europa. Professionelle und disziplinäre Perspektiven. Klinkhardt: Bad Heilbrunn. 161-170.

Brandau H., Kaschnitz W. (2008). ADHS im Jugendalter. Grundlagen Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. Juventa: Weinheim.

Breitenlacher E. (2005). Was bewegt den Zappelphilipp, wovon träumt Hans-Guck-in-die-Luft? – Eine Exploration über das subjektive Erleben von

Kindern mit ADHS mittels der „Struwelpeteregeschichten“. DA Universität Klagenfurt.

Buß M., Gumbel H. (2008). Fernsehen. In: Frey-Vor G., Siegert G., Stiehler H.-J. (Hrsg). Mediaforschung. UVK Verlag: Konstanz. 148-172.

Christakis, D. A. et al.. Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in children. <http://www.aap.org/advocacy/releases/tvapril.pdf>
Download am 6.4.2010

De Grandpre R. (2000). Die Ritalin Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. Aus dem Amerikanischen von Andreas Nohl. Beltz: Weinheim/Basel.

Döpfner M., Frölich J., Schürmann S. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP. Beltz: Weinheim. 3. vollständig überarbeitete Auflage.

Drüe G. (2007). ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit. Kohlhammer: Stuttgart.

Feierabend S., Mohr I. (2004). Mediennutzung von Klein- und Vorschulkindern. Ergebnisse der ARD/ZDF-Studie „Kinder und Medien 2003“. In: Media Perspektiven 9, 453-461.

Friebertshäuser B. Prengel A. (Hrsg.) (2003). Handbuch qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 2. Auflage. Juventa: Weinheim, München.

Gerspach M. (2002). Unkonzentrierte Kinder verstehen lernen. In: In: Amft H., Gerspach M., Mattner D., (2002). Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Kohlhammer: Stuttgart, 150-187.

- Greving H. , Ondracek P. (2008). Heilpädagogisches Denken und Handeln: Eine Einführung in die Didaktik und Methodik der Heilpädagogik. Kohlhammer: Stuttgart.
- Harland S. (2003). Hyperaktiv oder hochbegabt? Indigo-Kinder. Begabung erkennen und fördern. Rat für betroffene Eltern. Lübbecke: Bergisch Gladbach.
- Heinemann E., Hopf H. (2008). Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele - psychoanalytische Theorie. Kohlhammer: Stuttgart. 3. überarbeitete Auflage.
- Hirzinger M. (1991). Biographische Medienforschung. Böhlau: Wien.
- Hoffmann B. (2003). Medienpädagogik. Schöningh: Paderborn.
- Hoffmann D., Mikos L. (2010). Warum diese Buch? Einige einführende Anmerkungen. In: Hoffmann D, Mikos L. (Hrsg). Mediensozialisationstheorien. Neue Modelle und Ansätze in der Diskussion. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. 7-10.
- Hoffmann H. (1845). Der Struwwelpeter. Die Geschichte vom Zappelphilipp. http://www.sagen.at/texte/maerchen/maerchen_deutschland/hoffmann/zappelphilipp_1.html. Download am 27.04.2010.
- Hülshoff T. (2005). Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik. Ernst Reinhardt: München.Basel.
- Huss M. (2003). Chancen und Pflichten einer modernen Stimulanzientherapie. In: Lehmkuhl U. Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter. Vandenhoeck und Ruprecht: Göttingen. 71-92.

- Hüther G. (2002). Neues vom Zappelphilipp. ADS/ADHS: verstehen, vorbeugen und behandeln. Walter Verlag: Düsseldorf.
- Hüther G., Bonney H. (2002). Neues vom Zappelphilipp: ADS/ADHS verstehen, vorbeugen und behandeln. Patmos: Düsseldorf.
- Krause J, Krause K. H. (2009). ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Schattauer: Stuttgart.
- Krotz F. (2005): Einführung: Mediengesellschaft, Mediatisierung, Mythen – Einige Begriffe und Überlegungen. In: Krotz F., Rössler P. (Hrsg.). Mythen der Mediengesellschaft – The Media Society an its Myths. UVK Verlagsgesellschaft mbH: Konstanz. 9-32.
- Lamnek S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Beltz: Weinheim.
- Lorch E.P. (1992). Abstract. In: Landau S., Lorch E. P., Milich R. Visual attention to and comprehension of television in attention-deficit/hyperactivity disorder and normal boys. Child development 63 (4), 928-937.
- Leuzinger-Bohleber M. (2006). Einführung. In: Leuzinger-Bohleber M., Brandl Y., Hüther G. (Hrsg.). ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, 9-25.
- Mattner D. (2006). ADS-die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Leuzinger-Bohleber M., Brandl Y., Hüther G. (Hrsg.). ADHS-Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, 51-69.
- Mattner D. (2004). Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In: Amft H., Gerspach M., Mattner D. (Hrsg.). Kinder mit gestörter

Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Kohlhammer: Stuttgart. 7-46.

Mattner D. (2002). Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In: Amft H., Gerspach M., Mattner D., (2002). Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Kohlhammer: Stuttgart, 7-36.

Mattner D. (2001). Hyperaktivität aus der Sicht der Heilpädagogischen Anthropologie. In: Passolt M. Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. Ernst Reinhard: München.

Moser H. (2010). Einführung in die Medienpädagogik. Aufwachsen im Medienzeitalter. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 5. durchgesehene und erweiterte Auflage.

Neuhaus C. (2007). ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnosen und Behandlungen. Kohlhammer: Stuttgart.

Nolte D. (2009). Von Reiz zu Reiz. Digitale Eingeborene, digitale Einwanderer: Wie der Umgang mit Computern die Gehirne von Kindern und Erwachsenen verändert.
<http://www.tagesspiegel.de/magazin/wissen/art304,2775040>, 1-3
(Download am 20.3.2010)

Novak B. (2008). Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren als Therapiemöglichkeit bei Kindern mit ADHS. DA Universität Wien.

Paseka A. (2007). Stichwort: Das Interview. In: Journal für Bildungsforschung an der Pädagogischen Akademie des Bundes 4. Wien, S105-122.

Philipsen, A., Richter H., Hesslinger B. (2000). Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. In: Batra A.,

- Wassmann R., Buchkremer G. (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. Thieme: Stuttgart. 2. neu bearbeitete Auflage.
- Rief J. (2001). Das Dilemma rund um den Zappelphilipp. Die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität (ADHS): Ihre Auswirkungen auf das Kind und seine Eltern. DA Universität Klagenfurt.
- Ruf-Bächtiger L. (2003). Frühkindliches psychoorganisches Syndrom – POS, ADS. Georg Thieme: Stuttgart. 4. überarbeitete Auflage.
- Sagi A. (1982). Verhaltensauffällige Kinder im Kindergarten. Ursachen und Wege zur Heilung. Herder: Freiburg.
- Speck O. (2008). System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. Ernst Reinhardt: München Basel. 6. überarbeitete Auflage (1.Auflage: 1988)
- Stangl W. ([2010]). Medien und Psychologie. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MEDIEN/default.shtml>, 1-12 (Download: 18.3.2010)
- Stevens T., Mulsow M.(2006). There is no meaningful relationship between television exposure and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Pediatrics 117 (3), S 665-672.
- Stiehler M. (2007). Konzentrationserziehung statt AD(H)S-Therapie. Ein Modell nach Paul Moor. Klinkhardt: Kempten.
- Strachota A. (2002). Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. Literas Universitätsverlag: Wien.
- Süß D., Lampert C., Wijnen Ch. W. (2010). Medienpädagogik. Ein Studienhandbuch zur Einführung. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

- Süß D. (2010). Mediensozialisation zwischen gesellschaftlicher Entwicklung und Identitätskonstruktion. In: Hoffman D., Lothar M. (Hrsg.). Mediensozialisationstheorien. Modelle und Ansätze in der Diskussion. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 109 -130.
- Trott G.-E. (2000). Vorwort zur deutschen Ausgabe. In : Wender P. Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. Kohlhammer: Stuttgart. 9-10.
- Wagner N. (2005). Frühe Kindheit in der Informationsgesellschaft. Eine kommunikationswissenschaftliche Annäherung an das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität. Diplomarbeit. Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien.
- Walther P. und Ellinger S. (2008). Effektivität von Förderprogrammen bei Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität (ADS/ADHS). In: Fingerle M. und Ellinger S. (Hrsg) Sonderpädagogische Förderprogramme im Vergleich: Orientierungshilfen für die Praxis. Kohlhammer: Stuttgart. 157-192.
- Warda A. (2004). Gehetzte Kinder – ADHS als Konsequenz einer beschleunigten Umgangs mit der Zeit? Ein Klärungsversuch. Studienarbeit. Grin: Norderstedt.
- Wender P. H. (2000). Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. Kohlhammer: Stuttgart.
- Wetschnig U. (2008). ADHS aus psychoanalytisch-pädagogischer Perspektive. Worin gründet aus der Sicht psychoanalytisch orientierter Autoren das

Zustandekommen von ADHS und welche praxisleitenden Konsequenzen liegen aus deren Sicht nahe? DA Universität Wien.

Wirtz B. W. (2009). Medien- und Internetmanagement. Gabler: Wiesbaden. 6. Auflage.

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1, 2,3 : Brandau H., Kaschnitz W. (2008). ADHS im Jugendalter. Grundlagen Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. Juventa: Weinheim.

9 INTERNETQUELLEN

Neue Medien : Von Reiz zu Reiz

<http://www.tagesspiegel.de/wissen/von-reiz-zu-reiz/1498348.html> Download am 20.3.2010

Früh vernetzt. Kinder und Jugendliche wachsen mit Computern, Handys, Nintendos auf. Sie sind Einheimische im Lande Digitalia - anders als ihre »zugewanderten« Eltern. -
Foto: dpa

Digitale Eingeborene, digitale Einwanderer: Wie der Umgang mit Computern die Gehirne von Kindern und Erwachsenen verändert

Es ist wie ein Moment der Erlösung. Ein Knopfdruck, das vertraute summende Geräusch, ein Blick auf den Bildschirm und das Gefühl: Ich bin verbunden, ich bin nicht allein, mein Körper, meine Probleme sind nicht mehr wichtig, wichtig ist jetzt nur noch mein Gehirn – und das der Maschine. Da haben sich zwei gefunden, die füreinander wie gemacht sind, die miteinander kommunizieren, beinahe verschmelzen, stundenlang, tagelang. Nur manchmal löst sich das menschliche Gehirn aus dem Sog und fragt: Was macht diese Maschine mit mir?

Glaubt man dem amerikanischen Neurowissenschaftler Gary Small, so macht die Maschine sehr viel mit dem menschlichen Gehirn.

„Der tägliche Umgang mit Hightech-Erfindungen führt dazu, dass Hirnzellen sich verändern und Neurotransmitter freigesetzt werden, wodurch allmählich neue neuronale Bahnen in unserem Gehirn gestärkt und alte geschwächt werden“, schreibt er. Er sieht sogar einen „Evolutionprozess“ am Werk, der mit nie da gewesener Geschwindigkeit voranschreite.

Small leitet das „Memory and Aging Research Center“ an der Universität Los Angeles und hat zusammen mit seiner Frau, der Wissenschaftsjournalistin Gigi Vorgan, ein Buch mit dem ins Auge springenden Titel „iBrain“ geschrieben. Darin fragen sie vor allem, wie die neue Medienwelt Gehirn und Seele unserer Kinder verändert. Denn keine Generation vor ihnen ist der Stimulation durch Medien in solchem Umfang ausgesetzt gewesen.

Kinder und Jugendliche seien die „digital natives“, die Eingeborenen im Lande Digitalia, denn sie sind mit Computer und Handy aufgewachsen und haben ihr Gehirn in einer besonders sensiblen Phase auf diese Medien eingestellt. Ihnen gegenüber stehen die „digital immigrants“, die Einwanderer, die erst im erwachsenen Alter den Umgang mit dem Computer erlernt haben, also alle über 35, 40 Jahren, Babyboomer und Senioren. Diese älteren Semester könnten sich, wie Small und Vorgan sehr amerikanisch formulieren, „sogar noch daran erinnern, dass man nur einen einzigen Fernseher zu Hause hatte – vielleicht nicht einmal einen Farbfernseher“.

Viele Erwachsene mittleren Alters und Senioren gehen inzwischen routiniert mit dem Computer um. Dennoch trennt sie von den digitalen Einheimischen eine Kluft, die Small/Vorgan „brain gap“ nennen. Denn das menschliche Gehirn hat seine größte Plastizität, die größte Formbarkeit in den Kindheitsjahren; in diesen Jahren wird eine Vielzahl von neuronalen Verschaltungen gebildet, die später „zurückgestutzt“ werden. In der Sprache der Neurowissenschaften heißt das „pruning“: Verbindungen, die das Gehirn für unnötig erachtet, die selten abgefragt werden, werden wieder gekappt. Um 60 Prozent reduziert sich die Anzahl der Synapsen in der Adoleszenz.

Die Zeit, die Kinder und Jugendliche heute mit Smartphones, Nintendos und Computern verbringen, können sie nicht nutzen, um etwa zu lesen, zu musizieren, miteinander Sport zu treiben oder Gespräche zu führen. Small sieht daher eine „Schwächung der neuronalen Schaltkreise, die für den zwischenmenschlichen Kontakt zuständig sind“ – digitale Eingeborene seien etwa schlechter in der Lage, körpersprachliche Signale ihres Gegenübers zu deuten. Gewöhnt an eine rasche Abfolge von visuellen und auditiven Reizen finden sie es schwer, ihre volle Aufmerksamkeit auf eine Sache zu richten oder über längere Zeit zuzuhören. Sie neigen dazu, mehrere Medien parallel zu nutzen und zeigen vermehrt Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizitsstörung (ADHS).

Typisch ist ein „Zustand fortgesetzter partieller Aufmerksamkeit“, den auch viele erwachsene Computernutzer kennen: Das Gehirn befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft und hält ununterbrochen Ausschau nach einem neuen Kontakt oder einer spannenden Neuigkeit oder Information, hat aber keine Zeit mehr zur Reflexion oder Kontemplation. Besonders Jugendliche können auf diese Weise zu „Stimulus-Junkies“ werden, um Gefühlen wie Langeweile auszuweichen.

Und das hat messbare Auswirkungen auf das Gehirn: Chronisches und intensives Multitasking könne, so Small/Vorgan, die angemessene Entwicklung des frontalen Kortex verzögern. Es fällt dann schwerer, Belohnungen aufzuschieben, Reaktionen anderer Menschen abzuschätzen, vorausschauend zu planen und abstrakt zu denken.

Auf der anderen Seite tragen E-Mail, Google und Computerspiele auch nachweislich dazu bei, den Verstand zu schärfen: schneller auf visuelle Stimuli zu reagieren, große Informationsmengen rascher zu verarbeiten und schneller zu entscheiden, was wichtig ist. Gehirnprozesse gewinnen an Effizienz – das wird unsere Vorstellung davon prägen, was „Intelligenz“ ist.

Was folgt aus all dem? Laut Small/Vorgan gibt es nur einen Weg: Digitale Eingeborene und Einwanderer müssen voneinander lernen. Die technikaffinen Jüngeren können von den Älteren soziale Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen, die Fähigkeit zum Zuhören und angemessenes Verhalten in zwischenmenschlichen Situationen lernen, die Älteren können von den Jüngeren erfahren, wie man schnell und sicher von einem Medium zum anderen, von einer Aufgabe zur anderen springt.

Small und Vorgan läuten daher auch nicht die Apokalypse ein, sondern beschreiben das „Gehirn der Zukunft“ optimistisch: „Es wird technikerfahrend und bereit sein, Neues auszuprobieren – doch es wird auch in der Lage sein, erfolgreich zu multitasken und volle Konzentration aufzubringen, und es wird über fein abgestimmte verbale und nonverbale Fähigkeiten verfügen. Es wird uns helfen, Empathie auszudrücken, wird

über ausgezeichnete soziale Fähigkeiten verfügen und die eigene Kreativität fördern können.“

Im Idealfall vereint es also alle Stärken, die jetzt unter „digital natives“ und „digital immigrants“ ungleich verteilt sind. Schöne neue Gehirnwelt? Für einige sicherlich, für die privilegierten, souveränen und vielseitigen Nutzer von Gehirn und Computer. Bleibt die Frage, wie viele von uns diesen Schritt in der Evolution des Gehirns erfolgreich bewältigen werden – und wie viele quasi verblödet zurückbleiben, gefangen in einer Welt aus oberflächlichen Kauf- und anderen Reizen. Dass alle mitkommen, ist unwahrscheinlich. Denn dafür wäre eine soziale und finanzielle Evolution erforderlich, die sich wohl auch ein supermodernes Gehirn nur schwer vorstellen kann.

Gary Small und Gigi Vorgan: iBrain. Wie die neue Medienwelt Gehirn und Seele unserer Kinder verändert. Aus dem amerikanischen Englisch von Maren Klostermann. Kreuz Verlag, Stuttgart 2009. 200 Seiten, 19,95 Euro.

MEDIEN UND PSYCHOLOGIE

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MEDIEN/>

Download am 18.3.2010

Medien nehmen auf unser Leben permanent Einfluss, denn Bücher, Zeitungen, Journale, Fernsehen oder das Internet unterhalten nicht nur sondern informieren, d.h., sie vermitteln Informationen und Wissen, sie strukturieren unsere Vorstellungen von der Welt. Ein verantwortlicher Umgang mit Medien wird darum auch zu einer zentralen **Erziehungsaufgabe**, die wohl auch schon bisher bestanden hat, angesichts der geballten Medienkraft aber offensichtlich heute mehr in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt ist. Die Medien nehmen im Hinblick auf das Thema Mediengewalt auch eine eine Doppelrolle ein, denn sie informieren nicht nur über aktuelle gewalthaltige Ereignisse und Gewaltdelikte, deren Beweggründe oft in der medialen Gewaltdarstellung gesucht werden, sondern sie sind unter Umständen auch Produzenten bzw. Verbreiter bzw- letztlich Nutznießer medialer Gewalt. Nach einer Nachrichtensendung, die über reale Gewaltausübung und aktuelle Geschehnisse, wie Amokläufe, Kriegshandlungen oder andere gewalthaltige Auseinandersetzungen berichtet, folgt ein Spielfilm, der mediale Gewalt präsentiert, die inszeniert ist und zum Teil unrealistisch wirkt. Für den Betrachter ist nicht immer auf den ersten Blick erkennbar, welche Darstellung reale und welche fiktionale Gewalt ist, denn der Übergang von realer zu medialer Gewalt ist oft so fließend, dass auch der geübte Medienrezipient die Grenzen nicht mehr klar ziehen kann. Hinzu kommen noch die zahlreichen halbdokumentarischen Fernsehserien, die mit der Gratwanderung des Möglichen spielen. Der Zuschauer ist mitunter überfordert und kann oftmals nur schwer Gewalt zwischen Fakten und Fiktionen unterscheiden. Bei **Happy Slapping** Videos etwa ist selbst für Experten nicht immer klar zu entscheiden, ob es sich um reale oder inszenierte Gewalt handelt, denn diese Gewalt wird oft ohne temporalen oder sozialen Kontext dargestellt wird, was eine Zuordnung erschwert.

Medienverantwortung bedeutet daher nicht nur die Verantwortung der Medienschaffenden gegenüber den Menschen, sondern auch die Verantwortung der Mediennutzer für ihren Umgang mit Medien. Wer etwa die Entstehung von Mediendarstellungen nachvollziehen kann, wird deren Inhalte beurteilen können, wer Wirkungen der Medien abschätzen kann, stellt die Frage nach den eigenen Handlungsmöglichkeiten in der Medienwelt. Schon immer haben Medien menschliches Verhalten und Erleben verändert und sogar das Gehirn passt sich den mit Medien verbundenen Herausforderungen und veränderten Verhaltensweisen an, wenn neue Formen der Kommunikation und Informationsverarbeitung entstehen. Kinder und Jugendliche etwa reagieren heute schneller, spontaner und flexibler als noch vor einigen Jahren, und sind äußerst geschickt darin, die zahlreichen Informationen visuell und kognitiv zu verarbeiten. Was sie immer weniger können, ist über längere Zeit jemandem aufmerksam zuhören, mit jemandem ein langes Gespräch zu führen oder einen ganzen Nachmittag ein Buch zu lesen. Eine solche Umstellung führt etwa in der Schule, wo "traditioneller" Medienkonsum gefordert ist, beinahe zwangsläufig zu Problemen.

Offen ist auch die Einschätzung der Wirkung violenter **Musiktexte** und **Musikvideos**, denn einige Studien enthalten Belege für zumindest kurzfristige negative Effekte solcher Musiktexte auf Gedanken und Emotionen der Rezipienten. Einiges deutet darauf hin, dass auch eine Wirkung existierender Persönlichkeitseigenschaften und Interessen auf die Musikpräferenzen vorliegt.

Menschen haben nach einer Aussage Hüthers in einem Interview im Grunde **zwei Bedürfnisse**: das nach Sicherheit, Zugehörigkeit und Vertrautheit. Das liefert das **Fernsehen** mit den immer gleichen Gesichtern in Nachrichten und Serien. Das zweite Bedürfnis, aktiv mitzuwirken, Aufgaben zu bewältigen und daran zu wachsen, wird durch das **Internet** befriedigt, denn darin kann man sich selbst in der digitalen Bilderwelt bewegen und diese beeinflussen. Beide Medien sind **Ersatzbefriedigungen**: Das Fernsehen ist eine Ersatzbefriedigung dafür, dass man in Wirklichkeit nicht dazugehört, und das Internet ist nur die Ersatzbefriedigung dafür, dass man in der realen Welt keine Aufgaben und keine verlässlichen Beziehungen hat. Wer sich im realen Leben nicht in einer vertrauten Gemeinschaft entfalten kann, der versucht es eben in einer virtuellen Welt. Wer den Großteil seiner Zeit in virtuellen Welten verbringt, verliert allmählich den Bezug zur Wirklichkeit und auch zu sich selbst, wobei im Extremfall die Wahrnehmung und Interpretation von Körpersignalen anderer Menschen verkümmern.

Es kommt in den letzten Jahren zu einer Verschiebung der **Bedeutung der Medien**: Nach der Allensbacher Computer- und Technikanalyse (Acta 2009) steht bei den **Informationsmedien** für die 20 bis 39-Jährigen das Internet bereits vor den Zeitungen, wodurch sich der Anteil derer, die das Internet als wichtigste Informationsquelle nutzen, sich seit 2004 verdoppelt hat, während Zeitungen und Fernsehen ihre Positionen verlieren. Junge Erwachsene gehen dabei bis zu 80% gleich ins Internet, während es vor 10 Jahren knapp 19% waren. Bei der Frage nach der Unverzichtbarkeit des Internet, verschieben sich die Antworten zum Internet hin. Selbst bei den Älteren sind ein Drittel der Befragten der Meinung, dass das Web heute unverzichtbar sei. Bei den Jungen ist es bereits die Mehrheit. Erwachsene mit Hochschulabschluss sehen das Internet mit über 72% vornliegen, wobei sich hier viele Nutzer der Cross-Media-Angebote finden, worin sich die wachsende Bedeutung von Online-Angebote durch Print-Titel, um Reichweiten und Kontaktmengen überhaupt erhalten zu können, zeigt.

Nach einer Untersuchung der Forrester Research im Jahr 2010 nutzen die US-Konsumenten das Internet in gleichem Ausmaß wie das bisher beliebteste Medium **Fernsehen**, wobei das mobile Web den Trend beschleunigt. Europa liegt in dieser Entwicklung zum Internet hin noch etwas zurück. Seit 2005 stagniert die Verwendungsdauer des TV-Geräts und hat nur um wenig zugenommen, während die Menschen um 121 Prozent mehr Zeit mit dem Internet verbringen als noch vor fünf Jahren. Bei durchschnittlich etwa 13 Stunden wöchentlich stehen das traditionelle Broadcast-TV und die Web-Nutzung nun erstmals gleichauf. Einen wesentlichen Beitrag zu dieser Entwicklung leistete neben dem mobilen Internet vor allem der Durchbruch von sozialen Netzwerken wie **Facebook**. Über die jüngeren UserInnen zwischen 18 und 30 Jahren hinaus widmen seit 2010 auch die 31- bis 44-Jährigen dem Web gleich viel oder sogar mehr Zeit als dem Fernsehen.

Allerdings wird auch die **Macht der Medien** häufig überschätzt. Bei den häufig durchgeführten Untersuchungen schätzen die Befragten den Einfluss der Medien allgemein als groß ein, halten sich selber aber für weniger beeinflussbar. Diese Tendenz zur Selbstidealisierung bestätigt den "**Third-Person-Effekt**", d.h., die in der Psychologie häufig gefundene Einschätzung, dass man selber nicht, die anderen Menschen aber durchaus durch Mediendarstellungen beeinflusst werden, wobei man den Personen, die einem näher stehen, mehr Distanz zu Manipulationen, anderen hingegen weniger zutraut. Der Third-Person-Effekt kann sich auch auf menschliches Verhalten und gesellschaftliche Prozesse auswirken, beispielsweise durch Maßnahmen zur Erziehung von Kindern und Jugendlichen oder den Ruf nach Zensur, die auf der Annahme beruhen, dass „Dritte“ von den Medien besonders stark beeinflusst werden und deshalb besonderer Schutzmaßnahmen bedürften.

Diese **Zusammenstellung von Arbeitsblättern** bildet eine "Klammer" für die über die verschiedensten Teilbereiche der Psychologie und Pädagogik verstreuten Arbeitsblätter zu diesem Forschungsbereich.

Übrigens diskutierten schon **Platon** und **Aristoteles** darüber, ob die Gewalt in Gedichten und Theaterstücken Menschen und insbesondere Jugendliche gefährden kann oder sie eher kathartische Effekte hat.

Zu **Beginn der Medienwirkungsforschung** in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ging man von sehr großer, meist negativer Medienwirkung aus. Diese Einschätzung lag in der großen Faszination begründet, die die neuen Medien Kino und Radio ausübten. Der große Erfolg von professioneller Werbung und politischer Propaganda (im Ersten Weltkrieg) verstärkten den Eindruck noch. Um die These der starken, tendenziell negativen Medienwirkung zu bestätigen, wurden in den Vereinigten Staaten die Payne Fund Studies durchgeführt, die den negativen Einfluss des Kinos vor allem auf junge Männer nachweisen sollten. Dieser Einfluss wurde scheinbar bestätigt: Befragte Kinobesucher waren im Durchschnitt aggressiver eingestellt. Jedoch hatte man vernachlässigt, dass das Medium Kino zur Zeit der Studie vor allem von Angehörigen unterer Gesellschaftsschichten genutzt wurde, so dass die festgestellte höhere Aggressivität eher auf die Schichtzugehörigkeit der Befragten, als auf das Kino zurückzuführen war. Die Lazarsfelds Studie "The People's Choice" zeigte jedoch, dass ein für seine Begriffe eher geringer Einfluss moderner Kommunikationsmittel etwa auf das Wahlverhalten existierte. Dies führte zu einer Revision und zur Bildung eines Paradigmas der geringen Medienwirkung, das nun die Medienwirkungsforschung lange

bestimmte. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts setzte sich jedoch wieder die Meinung durch, dass doch erhebliche Wirkungen der Medien vorliegen, etwa auf die öffentliche Meinung, die Weltbilder der Rezipienten, wobei aber nicht mehr das simple Ursache-Wirkungs-Modell der Anfangszeit vertreten wurde, vielmehr muss der aktive Umgang der Rezipienten mit den Medien bei der Beurteilung der Auswirkungen stärker berücksichtigt werden (nach wikipedia). Die Annahme einer generellen **Ungefährlichkeit von Mediengewalt wird heute von keinem Forscher mehr ernsthaft vertreten**, und es herrscht auch eine weitgehende Übereinstimmung darüber, dass die Auswirkungen von Mediengewalt differenziert betrachtet werden müssen. Die meist verwendeten Korrelationsmaße sprechen für einen kleinen bis mittelstarken Zusammenhang zwischen Mediengewalt und Aggressivität des Rezipienten. Mediengewalt stellt also nur einen Faktor innerhalb eines komplexen Bündels von Ursachen für die Entstehung gewalttätigen Verhaltens dar. Nicht alle Medieninhalte wirken gleich, und nicht jeder Mediennutzer ist in gleicher Weise von potenziellen Gefahren der Mediengewalt betroffen. Letztlich bestätigen aktuelle Forschungsbefunde, dass manche Formen von Mediengewalt für manche Individuen unter manchen Bedingungen negative Folgen nach sich ziehen können. Das jedoch als Beweis für die Nichtwirksamkeit von Medien - meist mit dem Argument einer nicht eindeutigen Befundlage begründet - zu nehmen, ist schlichtwegs Unsinn und verweist bloß auf die Frage, welche Interessen mit einer solchen Argumentation vertreten werden sollen.

Kunczik & Zipfel (2004) führen eine Bestandsaufnahme der neueren Forschungen in den verschiedensten Disziplinen über die Auswirkungen medialer Gewaltdarstellungen durch: "Das **Kernproblem der Medien- und Gewaltforschung** besteht darin, dass die Untersuchungen noch immer zu wenig aufeinander aufbauen bzw. ältere, methodisch problematische Befunde unkritisch rezipiert werden. (...) Was das **Forschungsdesign** betrifft, so kommen nicht selten der Untersuchungsfrage nicht angemessene Methoden zum Einsatz, und für die Analyse neuer Fragestellungen notwendige methodische Adaptionen und Neuentwicklungen finden zu wenig statt. Versucht man trotz der erwähnten Probleme eine Bilanz zu ziehen, so ist zunächst festzuhalten, dass **die Annahme einer generellen Ungefährlichkeit von Mediengewalt fast nicht mehr vertreten wird**. Weit reichende Übereinstimmung herrscht auch darüber, dass die Auswirkungen von Mediengewalt jedoch **differenziert betrachtet** werden müssen. Die Korrelationsmaße der meisten Untersuchungen sprechen für einen **kleinen bis mittelstarken Zusammenhang zwischen Mediengewalt und Aggressivität des Rezipienten**. Auch stellt Mediengewalt **nur einen Faktor** innerhalb eines komplexen Bündels von Ursachen für die Entstehung gewalttätigen Verhaltens dar. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich hinter einem geringen Einfluss für den Durchschnitt der Medieninhalte und Rezipienten durchaus stärkere Effekte für bestimmte Inhalte und bestimmte Rezipienten verbergen können. Nicht alle Medieninhalte wirken gleich, und nicht jeder Mediennutzer ist in gleicher Weise von potenziellen Gefahren der Mediengewalt betroffen."

Nach der **Habitualisierungsthese** nimmt durch den ständigen Konsum von Fernsehgewalt die Sensibilität gegenüber Gewalt ab, die schließlich als normales Alltagsverhalten betrachtet wird. Eine Analyse der hierzu vorliegenden Forschungsbefunde zeigt, dass die Habitualisierungsthese noch der weiteren empirischen Untersuchung bedarf. Jüngere Forschungsbefunde haben nämlich Hinweise auf eine mögliche **Desensibilisierung** durch den Konsum von Mediengewalt erbracht. So findet man bei VielseherInnen eine niedrigere emotionale Beanspruchung als bei

Wenigsehern, es kommt durch die Rezeption von Gewaltsequenzen offensichtlich zu einer Verringerung des Einfühlungsvermögens. Insgesamt meinen manche noch immer, dass die Habitualisierung noch nicht als überzeugend nachgewiesen betrachtet werden kann. Die **Kultivierungsthese** geht schließlich von der Annahme aus, dass ein hoher Fernsehkonsum langfristig das **Weltbild** von Vielsehern im Vergleich zu Wenigsehern in Richtung der Fernsehrealität prägt. Allerdings gibt es offensichtlich noch zahlreiche nicht genügend erforschte Drittvariablen, die bei den SeherInnen zu sehr unterschiedlich ausgeprägten Kultivierungseffekten führen, sodass der Kausalzusammenhang der verschiedenen Variablen bei der Kultivierung noch nicht eindeutig bestimmt ist. Daher ist es z.B. durchaus möglich, dass nicht ein hoher Fernsehkonsum Angst bewirkt, sondern dass ängstliche Menschen eher der gefährlichen Welt ausweichen, indem sie zu Hause bleiben und mehr fernsehen. In Bezug auf die **Kausalitätsproblematik** zeigen sich vor allem bei der Kultivierungsthese deutlich die methodischen Schwierigkeiten, ein plausibles theoretisches Konzept in empirisch prüfbar Hypothesen zu überführen, denn es ist unbestreitbar, dass das Fernsehen vor allem in den USA Einflüsse auf nahezu sämtliche Lebens- und Verhaltensbereiche der Menschen ausübt. Manche prophezeien, dass der Fernsehkonsum sogar zum geistig politischen Niedergang einer Gesellschaft beiträgt, auch wenn ein solcher unmittelbare Zusammenhang nur schwer zu erbringen ist. Das methodische Instrumentarium der Sozialwissenschaften ist innerhalb eines derart komplexen Wirkungszusammenhanges wie dem zwischen Fernsehrezeption und Einstellung nicht in der Lage, Kausalbeziehungen nachzuweisen. Vor allem fehlen Replikationen statistischer Zusammenhänge, denn es werden meist nur simple Korrelationsstudien durchgeführt, die zudem oft nicht bzw. zu wenig auf bereits erzielten Befunden aufbauen. Es besteht jedoch zumindest ein Trend dahingehend, **moderierende Variablen** wie etwa das bevorzugte Genre, eigene Kriminalitätserfahrungen sowie individuelle Informationsverarbeitungsprozesse stärker zu berücksichtigen.

Sie fassen die neuere **Forschungslage** zusammen: "Auswirkungen von Mediengewalt auf Aggressionsverhalten sind am ehesten bei jüngeren, männlichen Vielsehern zu erwarten, die in Familien mit hohem Fernseh(gewalt)konsum aufwachsen und in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld (d. h. in Familie, Schule und Peer- Groups) viel Gewalt erleben (sodass sie hierin einen "normalen" Problemlösungsmechanismus sehen), bereits eine violente Persönlichkeit besitzen und Medieninhalte konsumieren, in denen Gewalt auf realistische Weise und/oder in humorvollem Kontext gezeigt wird, gerechtfertigt erscheint und von attraktiven, dem Rezipienten möglicherweise ähnlichen Protagonisten mit hohem Identifikationspotenzial ausgeht, die erfolgreich sind und für ihr Handeln belohnt bzw. zumindest nicht bestraft werden und dem Opfer keinen sichtbaren Schaden zufügen ("saubere Gewalt"). Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die genannten Faktoren nicht unabhängig voneinander sind, sondern miteinander interagieren können (indem z. B. Eigenschaften des Rezipienten sowie dessen Erfahrungen in seinem sozialen Umfeld die Wahrnehmung von Gewaltdarstellungen beeinflussen usw.). (...) Letztlich bestätigen aktuelle Forschungsbefunde die schon länger gültige Aussage, dass manche Formen von Mediengewalt für manche Individuen unter manchen Bedingungen negative Folgen nach sich ziehen können." Paulus Hochgatterer (Schriftsteller und Kinderpsychiater) betonte 2009 in einem Interview im Standard, dass es Kinder gibt, denen intensives Computerspielen nicht guttut, etwa Kinder, die von ihrer **Grundausrüstung** oder von den **Gegebenheiten ihres Aufwachsens** her schlechtere Voraussetzungen als andere Kinder haben und in ihrer **Persönlichkeit verletzlicher** sind als andere. Bei Gewalt sind Computerspiele oft nur

ein kleiner Baustein für "gewöhnliche" Kinder und Jugendliche. Die Ausnahme sind hingegen "**High Risk**"-Spieler, also vorbelastete Personen mit Gewalterfahrungen oder ähnlichem, die gezielt brutale Spiele suchen.

Der Report Psychologie vom September 2009 referiert Ergebnisse aktueller Studien die zeigen, dass je intensiver der **Gewaltkonsum durch Spiele** ausfällt, desto eher sahen Schüler Aggression als normal und akzeptabel an und desto eher unterstellten sie auch anderen feindselige Absichten. Insgesamt nimmt Aggressives Verhalten zu, während die Empathie-Fähigkeit zurückging. Der Einfluss elterlicher Gewalt, die Gruppengewalt und des Schulklimas ist hingegen geringer, wobei vor allem Gewalt-Videospiele zu riskanten Verhaltensweisen stimulieren. Der starke Effekt von **Videospielen** ist lernpsychologisch erklärbar, den sie fördern aktives Lernen und wiederholtes Üben von Fertigkeiten, geben schnelles und direktes Feedback über die jeweiligen Lernerfolge und die einmal erworbenen Fertigkeiten werden solange geübt und wiederholt, bis sie automatisiert ablaufen können.

Die Autoren versuchen auch, einige mögliche **praktische Konsequenzen für medienpädagogischer Interventionsstrategien** aufzuzeigen und empfehlen eine gewisse Reduktion des (violenten) Medienkonsums: "Von Eltern angewandt, besteht allerdings die Gefahr, das Verhältnis zu den Kindern zu belasten, die Attraktivität entsprechender Inhalte zu erhöhen und den Gewaltfilmkonsum auf den Freundeskreis zu verlagern. Restriktive Maßnahmen sind am ehesten bei jüngeren Kindern sinnvoll, während sie bei älteren kontraproduktiv wirken können. Gemeinsames Fernsehen mit Kindern ist zu empfehlen, allerdings nur dann, wenn Gewalt eindeutig negativ kommentiert wird, um auf diese Weise den kritischen Umgang mit Medieninhalten zu fördern (aktive Interventionsstrategien). In Bezug auf inhaltliche Elemente, die die Effekte aktiver Interventionsstrategien verbessern können, hat sich eine Sensibilisierung kindlicher Rezipienten für die Opferperspektive als sinnvoll erwiesen. Botschaften, die die Unterscheidungsfähigkeit von Fiktion und Realität erhöhen sollen, sind offenbar nur von beschränktem Nutzen. Wirksam sind sie eher für jüngere Kinder. Ältere erhalten dadurch keine neuen Informationen, und ganz junge Kinder können sie noch nicht verstehen. Jüngere Kinder profitieren eher von medienpädagogischen Botschaften in Form von Statements bzw. Informationen, älteren Kindern sollte stärker Gelegenheit gegeben werden, die erwünschten Schlüsse selbst zu ziehen. Generell kann die Wirkung medienpädagogischer Maßnahmen durch Aufgaben verbessert werden, die die aktive Beschäftigung mit dem Thema erhöhen (z. B. Verfassen von Aufsätzen). Insgesamt sollte mit der Medienerziehung schon sehr früh begonnen werden, um eine Basis für die Zeit zu legen, in der die Heranwachsenden stärker von ihrem Freundeskreis als von Elternhaus und Schule beeinflusst werden. Generell ist es wichtig, die konkreten Maßnahmen der jeweiligen Zielgruppe anzupassen (zu berücksichtigen sind v. a. Alter, Geschlecht und frühere Medienerfahrung)."

Eine Untersuchung von deutschen Psychologen (Hopf, W. H. et al., 2008) zeigte übrigens, dass bei 14-Jährigen die Spuren solcher Gewalt fördernden Medien noch nach zwei Jahren im Denken und Verhalten erkennbar sind, auch wenn andere Risikofaktoren berücksichtigt werden.

(Hervorhebungen und Kürzungen von mir; W.S.)

Vorurteile bleiben in der virtuellen Welt bestehen

Psychologen der Northwestern Universität haben Untersuchungen in der virtuellen Welt ("Second Life") durchgeführt und fanden, dass sich soziales Verhalten in der virtuellen Welt nicht wesentlich ändert. In "Second Life" legen sich Menschen in Form eines Avatars eine fiktive Identität zu, mit der sie durch die künstliche Welt wandern, sich an verschiedene Orte begeben oder soziale Kontakte mit anderen Avataren knüpfen. Die Menschen zeigten in dieser fiktiven Realität aber dieselbe Art von rassistischen Vorurteilen bzw. Verhaltensweisen, die sie auch in der realen Welt an den Tag legen. Einer Bitte leisteten die UserInnen weitaus seltener Folge, wenn der Bittende dunkelhäutig war, was mit Studien in der realen Welt übereinstimmt, wo Merkmale wie Rassenzugehörigkeit, Geschlecht und physische Attraktivität das Verhalten anderen gegenüber beeinflussen. Die vielleicht von manchen gehegte Vermutung, dass wenn man in einem Fantasieland umherwandert, in denen andere Regeln von Zeit, Raum und Schwerkraft gelten, man sich vielleicht anders benähme, konnten in dieser Studie nicht bestätigt werden. Unter diesem Aspekt sollten wohl auch die Argumente der Beschwichtiger in den Medienlandschaften betrachtet werden, die den Zusammenhang zwischen realem und fiktivem Verhalten etwa bei Computerspielen postulieren.

Quelle: http://www.focus.de/wissen/wissenschaft/psychologie/psychologie-rassismus-in-der-virtuellen-welt_aid_332076.html (08-09-09)

Disentangling the Relation Between Television Viewing and Cognitive Processes in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comparison Children

Ignacio David Acevedo-Polakovich, MS; Elizabeth Pugzles Lorch, PhD; Richard Mlich, PhD; Rebecca D. Ashby, BA

Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:354-360.

<http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/160/4/354#POA50141T3>

ABSTRACT

Objectives To develop causal hypotheses regarding the effects of television viewing on cognitive processes in children and to examine the proposition that deleterious effects of television may be stronger among children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Design Longitudinal study involving 2 phases occurring 18 months apart.

Setting University research facilities in Lexington.

Participants Fifty-nine children with attention-deficit/hyperactivity disorder and 106 comparison children. The children's mean age was 7.18 years at phase 1 and 8.74 years at phase 2.

Main Outcome Measures Laboratory measures of visual attention to television, cognitive engagement to televised stories, factual recall of televised stories, and causal recall of televised stories. Parental reports of a child's weekly television viewing.

Results Among comparison children, phase 1 television viewing negatively predicted phase 2 visual attention and phase 2 cognitive engagement (after accounting for phase 1 levels of the outcome variables and any relevant demographic variables). Also among comparison children, phase 1 attention negatively predicted phase 2 television viewing, even after accounting for phase 1 levels of television viewing and relevant demographic variables. These patterns were not observed among children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Conclusions Contrary to recent arguments, television viewing was associated with cognitive abilities in comparison children but not children with attention-deficit/hyperactivity disorder, a finding that suggests more careful examinations of the relation between television viewing and children's cognitive abilities are in order. Future studies should consider the possibility that any effects of television may be limited to certain developmental periods.

INTRODUCTION

The average US child spends almost 27 hours per week watching television, a figure that has remained constant over the past 5 years.¹ Not surprisingly, the potential effects of television on children's cognitive abilities have received much attention in popular and professional discourse.²⁻⁴ Commentary on this issue ranges from omnibus indictments of television as a deleterious influence on children's cognitive development² to encouraging endorsements of the current television landscape as supportive of increased cognitive complexity and improved problem solving.³ Unfortunately, much of this commentary does not rise above speculation because little research has actually examined the effects of media exposure on children's cognitive abilities.⁴

Among the emerging research in this area, a handful of studies have examined the relation between television viewing and processes such as attention and comprehension. Findings suggest that television viewing is negatively correlated with later performance in both of these areas,⁵⁻⁶ and have led some scholars to speculate that television viewing may play an exacerbating, if not causal, role in the development of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).⁶ This hypothesis is consistent with evidence indicating that children with ADHD watch more television than their peers⁷ and experience significant impairments in comprehending stories, a crucial skill in achieving academic success.⁸

There is some debate surrounding the suggestion that the existing correlational evidence supports the contention that television has deleterious effects on children's cognitive abilities.⁹⁻¹⁰ Some scholars⁹ have argued that because individual variation in attentional styles is evident even during infancy, this evidence could also be given the interpretation that children with a predisposition for attention problems are more likely to watch television at an early age. In response to this argument, it has been suggested that the negative effects of television viewing on cognitive processes may be particularly salient in children predisposed for ADHD.¹⁰ Accordingly, research is needed that helps clarify the causal direction of the relations between television viewing and cognitive abilities and addresses the issue of whether, as recently suggested, these differ in children with ADHD and comparison children.

Lorch and colleagues^{8, 11} have used a television viewing method to understand the attention and story comprehension abilities of children with ADHD and comparison children. In this approach, children watch 2 television programs, 1 in the presence of toys and 1 in the absence of toys. Visual attention to the television is recorded throughout each program. At the end of each program, children are asked questions assessing their recall of specific factual information (ie, "what" questions assessing a child's understanding and recall of specific factual information from the show) and causal relations (ie, "why" questions assessing a child's ability to link earlier information in the story with later information to understand why an event occurred). The television viewing method has the advantage of directly assessing the cognitive processes involved in story comprehension, and is especially appropriate for research involving children with ADHD because it does not involve reading, a skill in which children with ADHD are frequently impaired.¹²

The results of studies using this method consistently reveal that in the absence of toys there are no significant differences in visual attention or story recall between children with ADHD and comparison children. However, when toys are present, children with ADHD show a steeper decrease in visual attention than do comparison children, and exhibit significantly poorer performance on questions testing causal relations.⁸ In addition, the amount of time that children spend in long looks at the television (ie, ≥ 15 seconds) accounts for the recall differences between children with ADHD and comparison children.^{8, 11} This finding is important because long looks are considered an overt indicator of deeper cognitive processing.¹³

While the television viewing method has allowed for an increased understanding of the manner in which the attention problems of children with ADHD may impact their story comprehension, to our knowledge, no research has used data gathered using this approach to examine the relation between television viewing and cognitive abilities in a longitudinal study. Accordingly, the present study uses longitudinal data that include variables obtained through the use of the television viewing method to develop more careful hypotheses about the causal relation between television viewing and cognitive processing, and to examine whether—as suggested by other researchers¹⁰—this relation differs between children with ADHD and comparison children.

METHODS

PARTICIPANTS

Data for this study were provided by 165 children participating in a longitudinal research project, approved by the University of Kentucky institutional review board, examining the comprehension of televised stories in children with ADHD and a comparison sample. Participants with ADHD ($n = 59$) were recruited from clinical settings. Comparison children ($n = 106$) were recruited through newspaper advertisements. Before their children's enrollment in this study, parents provided written informed consent and completed a semistructured interview and several standardized assessment instruments to verify their children's diagnostic status. Children accepted into the ADHD group averaged more than 12.24 symptoms of ADHD (SD, 3.44 symptoms). Children accepted into the comparison sample averaged less than 1 symptom of ADHD (SD, 0.72 symptoms). Data were collected in 2 phases spaced approximately 18 months apart, with children being a mean age of 7.18 years (SD, 1.71 years) at phase 1 and 8.74 years (SD, 1.76 years) at phase 2.

PROCEDURE

During each of the phases, children visited university research facilities to complete several experimental tasks related to story processing, including those used in this study and described later. While the children completed these tasks, surveys and standardized questionnaires regarding their behavior, social environment, media use, and media environment were completed by their parents.

MEASURES

Television Viewing

Parents were asked to report the number of hours that their children spent watching television, excluding VCR use, during specific periods on weekdays (eg, "Monday through Thursday, 6 AM–noon") and during these same periods on each specific weekend days (eg, "Friday, 6:00 AM–noon"). Collectively, these periods spanned the entire week. Parent reports were then combined to form a total weekly television viewing composite. Existing evidence suggests that data gathered using this approach to the assessment of television viewing approximate actual behavior better than global questions focused on estimates of daily or weekly television viewing.¹⁴

Visual Attention to and Comprehension of Televised Stories

The television viewing method was used to assess children's comprehension of and attention to televised stories. Because the toys present condition most closely simulates the home viewing environment and allows for the assessment of children's allocation of attention to the programs vs the toys, only data from this viewing condition are included in the present study. During the 2 phases of the study, the children viewed different episodes of the cartoon show, *Rugrats*. This show was chosen because it appeals to children across a wide age range and maintains a strong narrative structure that facilitates story comprehension assessment. The children were videotaped while the program was presented, and the videotapes were later coded for moment-to-moment visual attention. After the program was finished, all children viewing a given program were asked the same series of questions involving factual and causal information. Four variables obtained during each of the 2 phases are included in the present study: (1) *attention*, operationalized as the total percentage of time that a child's gaze was fixed on the television screen; (2) *cognitive engagement*, operationalized as the total amount of time that a child spent in looks at the television lasting 15 or more seconds; (3) *factual recall*, operationalized as the percentage of factual questions a child answered correctly; and (4) *causal recall*, operationalized as the percentage of causal questions a child answered correctly.

RESULTS

DESCRIPTIVE INFORMATION

Means and SDs for all variables included in this study are presented separately by diagnostic group in [Table 1](#), along with 1-way analysis of variance results. For demographic variables, there were no differences between groups in the mean age across both data collection times; however, children with ADHD were significantly more likely to be male and had mothers who reported significantly fewer years of education. For the principal variables of interest in this study, the children with ADHD were described by their parents as watching significantly more weekly television than the comparison children at both phases, and performed more poorly on laboratory tasks assessing visual attention, cognitive engagement, and recall of causal information at both phases of the study. Children with ADHD also performed more poorly than comparison children on factual recall at phase 2 but not phase 1.

CORRELATIONS AMONG VARIABLES

The correlations among all variables examined in this study are reported in [Table 2](#). Correlations calculated from data provided by children with ADHD are reported above the diagonal line formed by the NA (not applicable) results, and correlations calculated from data provided by comparison children are reported below this diagonal line. As can be observed, among comparison children, most longitudinal correlations between television viewing and laboratory measures collected at a different phase were significant, suggesting the possibility of bidirectional causal effects. By comparison, these correlations were not significant and most approached 0 among children with ADHD, suggesting the possibility that the relations between television viewing and the laboratory measures differ in children with ADHD and comparison children.

Fisher *r*-to-*z* comparisons were used to test the differences between samples in the longitudinal relation between television viewing and laboratory measures. There were significant (2-tailed) differences between diagnostic groups in the correlations between phase 1 television viewing and phase 2 attention ($z = 2.16, P = .03$), between phase 1 television viewing and phase 2 cognitive engagement ($z = 2.22, P = .03$), and between phase 1 television viewing and phase 2 factual recall ($z = 1.80, P = .07$). In each case, the correlation obtained in the comparison group was significantly greater than that obtained in the ADHD sample. No other group differences in correlations were significant.

Cross-lagged hierarchical regression analyses were then conducted to develop causal hypotheses about significant longitudinal correlations involving television viewing and the laboratory measures obtained through the television viewing method. Cross-lagged comparisons estimate the linear relation between a predictor variable measured at an early point (eg, phase 1 television viewing) and a criterion variable measured at a later point (eg, phase 2 attention to television) after accounting for levels of the criterion variable at the time the predictor variable was assessed (eg, phase 1 attention to television).¹⁵ Although not a definitive demonstration of causality, the identification of a significant relation between the predictor and criterion variables using this approach provides stronger evidence for a possible causal mechanism than other correlational approaches.¹⁶ Where indicated by significantly different correlations (ie, phase 1 television viewing to phase 2 cognitive engagement, phase 2 attention, and phase 2 factual recall), separate analyses were calculated in each diagnostic group. Because the sex distribution and the amount of education received by the mother differed between diagnostic groups, these predictors were statistically controlled for whenever they evinced a significant correlation with an outcome to avoid confounding the effects of these predictors with those of diagnostic status.

TELEVISION VIEWING AS A PREDICTOR OF SUBSEQUENT ATTENTION AND COMPREHENSION

Attention

As summarized in [Table 3](#), among comparison children, phase 1 television viewing negatively predicted phase 2 attention, even after accounting for a participant's age and phase 1 attention. This effect was not observed among children with ADHD ([Table 3](#)).

Cognitive Engagement

As summarized in [Table 3](#), among comparison children, phase 1 television viewing negatively predicted phase 2 cognitive engagement, even after accounting for phase 1 cognitive engagement. The significant effect of phase 1 television viewing on phase 2 cognitive engagement was not observed among children with ADHD ([Table 3](#)).

Factual and Causal Recall

As summarized in [Table 3](#), phase 1 television viewing did not predict phase 2 factual recall after accounting for the effects of phase 1 factual recall in either sample of children. As suggested by the *r*-to-*z* comparisons previously described, the effect of phase 1 television viewing on phase 2 causal recall was examined in a sample including all children regardless of diagnostic status. These results are summarized in [Table 4](#). As can be observed, phase 1 television viewing did not predict phase 2 causal recall after accounting for the effects of phase 1 causal recall and mother's education.

ATTENTION AND COMPREHENSION AS PREDICTORS OF SUBSEQUENT TELEVISION VIEWING

Analyses examining the relation between phase 2 television viewing and phase 1 performance on laboratory measures of attention, cognitive engagement, factual recall, and causal recall (after accounting for phase 1 amounts of television viewing and the effects of significant covariates) are summarized in [Table 5](#). As can be observed, among phase 1 laboratory measures, only phase 1 visual attention acted as a significant (negative) predictor of phase 2 television viewing. Post hoc analyses, reported in [Table 3](#), suggest that the effect of phase 1 attention on phase 2 television viewing may be limited to comparison children.

COMMENT

This study sought to further develop causal hypotheses about the relation between television viewing and 2 important cognitive abilities: attention and comprehension. An additional goal was to examine the recent proposition that these relations may differ between children with ADHD and comparison children. Results suggest that, among comparison children, increased levels of television viewing at phase 1 were associated with decreased performance on phase 2 measures of visual attention and cognitive engagement, a finding that is consistent with previous literature in this area.⁵⁻⁶ However, the relation between television viewing and visual attention among comparison children seems to have a bidirectional component because reduced performance on phase 1 visual attention measures was associated with increased television viewing at phase 2. This last finding is consistent with arguments suggesting that children who have difficulty paying attention may favor television and other electronic media to a greater extent than the media environment of children without attention problems.⁹ More important, contrary to recent suggestions that any deleterious longitudinal relation between television and cognitive outcomes may be more salient among children with ADHD,¹⁰ no effects of television viewing were observed among children with this diagnosis. Indeed, Fisher *r*-to-*z* comparisons indicated that the longitudinal relations between television viewing and laboratory measures of attention, cognitive engagement, and factual recall were in fact smaller in children with ADHD than in comparison children. Findings are of particular interest because they are based on an approach that directly assesses the cognitive processes that are hypothesized to affect story comprehension rather than rely

on parent or child reports of symptoms or imputations about cognitive performance based on standardized achievement tests.

One possible explanation for the finding that television viewing may have an effect on attention and cognitive engagement only among comparison children is that the cognitive processing deficits associated with ADHD are so strongly rooted in biological predisposition that, among children with this diagnosis, environmental characteristics such as television viewing have a negligible effect on these cognitive processing areas.⁹ Alternatively, characteristics of the current sample may limit the ability of this study to identify any effects of television viewing among children with ADHD. For instance, the effects of television viewing on attention and cognitive engagement may occur at younger ages and, thus, have taken hold by the time children are of elementary school age. Another possibility is that, among children with ADHD in the age group being considered in this study, a longer period is required to observe effects of television viewing on the cognitive processes being measured in the laboratory. While this alternative would still run counter to the speculation that the effects of television are strongest among children with ADHD, it does allow for the possibility of added environmental contributions to the cognitive deficits exhibited by these children. Finally, it is possible that the direct laboratory assessment of visual attention used in this study examines a different spectrum of attentional abilities than those assessed by the rating forms or clinical impressions used in other studies and, therefore, influences the results.

Contrary to prior literature in this area,⁵ current results showed no effect of television viewing on subsequent story comprehension in either group. The same developmental and measurement considerations as discussed previously may apply to this finding. In addition, it should be considered that in the present study, comprehension was assessed via recall of televised content. It may be the case that television exposure may affect comprehension of information presented through other media (eg, orally or in print), but not televised content.

A first limitation that should be considered when evaluating this study's findings is associated with the cross-lagged approach used. As stated previously, results obtained from this approach provide stronger evidence for a possible causal mechanism than other correlational approaches, but are not a definitive demonstration of causality. As discussed previously, findings also are limited by the age range of the children sampled. The possibility that findings are influenced by the television viewing method being used has already been discussed in this paper. An additional methodological limitation involves the use of a weekly composite of television viewing to assess television viewing, an approach that fails to capture possible differences associated with the content of the programming viewed by children. Existing research¹⁷ using comparison samples suggests that educational and prosocial programming can foster the development of academic and social skills in children. As such, current results can only be generalized to quantitative increments in television viewing, but leave open the possibility that different types of programming content can differentially affect children's cognitive abilities. Finally, particularly among children with ADHD, current sample sizes may have prevented the identification of additional effects. For instance, it was noted earlier that many of the longitudinal correlations involving weekly television viewing and laboratory measures obtained through the television viewing method seemed to have greater magnitude among comparison children than children with ADHD; however, in the present study, not all of these diagnostic group differences were significant. Research involving larger samples of children with ADHD could be more sensitive to smaller effect sizes.

Overall, the pattern of results obtained in the present study suggests that by elementary school age, television viewing may have an effect on the attention and

cognitive engagement abilities of comparison children but not of those children with ADHD. While limited to the age group under study, this finding contradicts recent speculation that children with ADHD may be most at risk for any deleterious effects of television viewing¹⁰ and raises the interesting possibility that, at certain developmental periods, it may be comparison children who are most at risk for these effects. Certainly, future research should continue to examine this question using approaches that overcome the limitations of the present study. Studies contrasting children with ADHD and comparison children at younger ages, and research using children of the same age sampled in the present study but allowing for greater time for any effects of television viewing on children with ADHD to take place, seem particularly indicated. Television and ADHD are inexorable realities of the current developmental landscape facing children in the United States; it is to these children's benefit that scholarly discussion about the possible relation between television and attention problems move away from speculation and toward an empirically informed understanding.

AUTHOR INFORMATION

Correspondence: Ignacio David Acevedo-Polakovich, MS, Department of Psychology, University of Kentucky, Lexington, KY 40506-0044 (Acevedo@uky.edu).

Accepted for Publication: December 21, 2005.

Funding/Support: This study was supported by grant MH47386 from the National Institute of Mental Health, Bethesda, Md; and by National Institutes of Health National Research Service Award DA07304 from the National Institute on Drug Abuse, Bethesda.

Role of the Sponsor: The funding bodies had no role in data extraction and analyses, in the writing of the manuscript, or in the decision to submit the manuscript for publication.

Acknowledgment: We thank the 2 anonymous reviewers for their helpful comments, which vastly improved the direction and presentation of this article.

Author Affiliations: Departments of Psychology, University of Kentucky, Lexington (Mr Acevedo-Polakovich and Drs Lorch and Milich), and Auburn University, Auburn, Ala (Ms Ashby).

REFERENCES

1. Rideout V, Roberts DF, Foehr UG. *Generation M: Media in the Lives of 8-18 Year-Olds*. Menlo Park, Calif: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2005.
2. Winn M. *The Plug-in Drug: Television, Computers, and Family Life*. 2nd rev ed. New York, NY: Penguin Putnam Books; 2002.
3. Johnson S. *Everything Bad Is Good for You: How Today's Popular Culture Is Actually Making Us Smarter*. New York, NY: Riverhead Books; 2005.
4. Christakis DA. The effect of media on children and adolescents [editorial]. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:595. [FREE FULL TEXT](#)
5. Zimmerman FJ, Christakis DA. Children's television viewing and cognitive outcomes: a longitudinal analysis of national data. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:619-625. [FREE FULL TEXT](#)

6. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarthy CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*. 2004;113:708-713. **FREE FULL TEXT**
7. Acevedo-Polakovich ID, Lorch EP, Milich R. TV or not TV: questions and answers regarding television and ADHD. *ADHD Rep*. 2005;13:6-11.
8. Lorch EP, Berthiaume K, Milich R, van den Broek P. Story comprehension impairments in children with ADHD. In: Cain K, Oakhill J, eds. *Cognitive Bases of Children's Language Comprehension Difficulties*. New York, NY: Guilford Publications. In press.
9. Barkley RA. ADHD and television exposure: correlation as cause. *ADHD Rep*. 2004;12:1-4.
10. Zimmerman FJ, Christakis DA. ADHD and television: a reply to Barkley. *ADHD Rep*. 2004;12:5-6.
11. Puzles Lorch E, Eastham D, Milich R, et al. Difficulties in comprehending causal relations among children with ADHD: the role of cognitive engagement. *J Abnorm Psychol*. 2004;113:56-63. [FULL TEXT](#) | [PUBMED](#)
12. Tannock R. Language, reading, and motor control problems in ADHD: a potential behavioral phenotype. In: Greenhill L, ed. *Learning Disabilities: Implications for Psychiatric Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2000:129-167.
13. Richards JE, Anderson DR. Attentional inertia in children's extended looking at television. In: Kail RV, ed. *Advances in Child Development and Behavior*. Amsterdam, the Netherlands: Academic Press; 2004:163-212.
14. Anderson DR, Field DE, Collins PA, Lorch EP, Nathan JG. Estimates of young children's time with television: a methodological comparison of parent reports with time-lapse video home observation. *Child Dev*. 1985;56:1345-1357. [WEB OF SCIENCE](#) | [PUBMED](#)
15. Horvath LS, Milich R, Lynam D, Leukefled C, Clayton R. Personality and substance use: a cross-lagged panel design. *Individual Differences Res*. 2004;2:175-183.
16. Cohen J, Cohen P. *Applied Multiple Regression/Correlation for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1983.
17. Chernin AR, Linebarger DL. The relationship between children's television viewing and academic performance. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:687-689. **FREE FULL TEXT**

Visual Attention to and Comprehension of Television in Attention-Deficit Hyperactivity Disordered and Normal Boys

Steven Landau

Illinois State University

Elizabeth Puzles Lorch and Richard Milich

University of Kentucky

LANDAU, STEVEN; LORCH, ELIZABETH PUGZLES; and MILICH, RICHARD. *Visual Attention to and Comprehension of Television in Attention-Deficit Hyperactivity Disordered and Normal Boys*. *CHILD DEVELOPMENT*, 1992, 63, 928-937. This study examined the effects of distracters on the television viewing of diagnosed ADHD ($n = 19$) and normal ($n = 20$) boys who ranged in age from 6 to 12 years. Subjects were videotaped watching four 7-min segments of "3-2-1 Contact," once in the presence and once in the absence of highly appealing toys. The results indicated that, while in the presence of toys, ADHD boys spent one-half as much time as control boys attending to the television. However, when toys were absent, there were no significant differences in visual attention between ADHD and normal boys. The effect of the toy manipulation was most dramatic with younger children of both groups. Recall of didactic content by ADHD boys and normal subjects did not differ significantly, even when the attention of ADHD boys was reduced. These findings suggest that ADHD children, like their normal counterparts, are active and strategic viewers of television.

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD; i.e., hyperactivity) is considered the most common childhood behavior problem, with prevalence estimates as high as 10% of the school age population (Ross & Ross, 1982). The current psychiatric taxonomy, DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), assumes that the hallmark characteristic of ADHD involves problems with inattention.

Even though inattention is emphasized in the diagnostic process, the specific nature of the attention deficit presented by ADHD children is yet to be established. There is a wealth of laboratory and classroom observation research to suggest that the deficit is best understood as a difficulty in sustaining attention, that the child does not maintain a response long enough to accomplish the task or activity (Douglas, 1983). Thus, the ADHD child experiences difficulty regulating or sustaining a sufficient amount of attention to realize success.

In contrast, there are findings to suggest that the deficit is the result of attention that is too diffuse (Ceci & Tishman, 1984) or less selective than appropriate, implying that the child is highly distractible. In a series of experiments, Ceci and Tishman (1984) observed that, when time constraints are generous, ADHD subjects achieved better recognition of central visual information than normal subjects, as evidenced by higher perceptual sensitivity or d' scores. When recognition time was constrained and the opportunity to scan was significantly reduced, however, the ADHD subjects showed significant decrements in central recognition but increases in incidental recognition. Thus, ADHD children may appear as if attention has not been sustained, but this is due to employment of a diffuse manner of processing. As such, they may be pulled from the stimulus target by seductive distracters that could be ignored by non-symptomatic age-mates (see also Radosh & Gittleman, 1981).

Support for this research was provided by a grant from the Illinois State University Organized Research Grant Program awarded to the first author. Sincere expressions of gratitude are extended to Dr. Ben Moore and the teachers of the Hammitt School, and Dr. Sarah Booth and the teachers of the Metcalf School, whose cooperation made this project possible. Order of authorship was determined alphabetically. Send correspondence to Steven Landau, Department of Psychology, Illinois State University, Normal, IL 61761.

Abstract

This study examined the effects of distracters on the television viewing of diagnosed ADHD (n = 19) and normal (n = 20) boys who ranged in age from 6 to 12 years. Subjects were videotaped watching four 7-min segments of "3-2-1 Contact," once in the presence and once in the absence of highly appealing toys. The results indicated that, while in the presence of toys, ADHD boys spent one-half as much time as control boys attending to the television. However, when toys were absent, there were no significant differences in visual attention between ADHD and normal boys. The effect of the toy manipulation was most dramatic with younger children of both groups. Recall of didactic content by ADHD boys and normal subjects did not differ significantly, even when the attention of ADHD boys was reduced. These findings suggest that ADHD children, like their normal counterparts, are active and strategic viewers of television.

http://www.sagen.at/texte/maerchen/maerchen_deutschland/hoffmann/zappelphilipp_1.html. Download am 27.04.2010.

Die Geschichte vom Zappel-Philipp

"Ob der Philipp heute still
wohl bei Tische sitzen will?"
Also sprach in ernstem Ton
der Papa zu seinem Sohn,
und die Mutter blickte stumm
auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt
und schaukelt,
er trappelt
und zappelt
auf dem Stuhle hin und her.
"Philipp, das mißfällt mir sehr!"

Seht, ihr lieben Kinder, seht,
wie's dem Philipp weiter geht!
Oben steht es auf dem Bild.
Seht! er schaukelt gar zu wild,
bis der Stuhl nach hinten fällt.
Da ist nichts mehr, was ihn hält.
Nach dem Tischtuch greift er, schreit.
Doch was hilft's? Zu gleicher Zeit
fallen Teller Flasch und Brot.
Vater ist in großer Not,
und die Mutter blicket stumm
auf dem ganzen Tisch herum.

Nun ist Philipp ganz versteckt,
und der Tisch ist abgedeckt.
Was der Vater essen wollt,
unten auf der Erde rollt.
Suppe, Brot und alle Bissen,
alles ist herabgerissen.
Suppenschüssel ist entzwei,
und die Eltern stehn dabei.
Beide sind gar zornig sehr,
haben nichts zu essen mehr.

Quelle: Heinrich Hoffmann, Der Struwwelpeter, 1845

10 ANHANG

Die Interviewauswertung mittels Inhaltsanalyse nach Mayring wurde in zwei Gruppen unterteilt. Die erste Gruppe bildet jene der Kinder ohne ADHS-Diagnose, die zweite jene der Kinder mit diagnostiziertem ADHS. Diese Einteilung sollte eine Erleichterung hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse darstellen.

10.1 Empirischer Auswertungs-Teil - Kinder ohne ADHS-DIAGNOSE

10.1.1 Interview Philipp F.

Dieses Interview wurde als erstes Interview für die vorliegende Diplomarbeit durchgeführt. Es wurde in der gewohnten Umgebung des Jungen, genauer bei ihm zuhause aufgenommen. Der Bub konnte sehr gezielt auf die ihm gestellten Fragen antworten. Anfänglich war es jedoch nicht einfach, die Nervosität, die von mir und auch vom Jungen ausging, zu unterdrücken. Doch im Laufe des Gespräches wandelte sich die ungewohnte Situation zu einem netten, sehr informativen Austausch. Der Bub ist ein sehr redefreudiger, und aufgeschlossener Junge, der sich sofort für ein Interview begeistern konnte. Demnach war auch der Gesprächsverlauf fließend. Es gab auch keine Störungen während des Interviews.

Kategorienbildung

Einstieg mit erzählgenerierender Fragestellung:

- 1) Also danke einmal, dass du mit mir ein Interview machst. Für meine Diplomarbeit befrage ich Kinder zu ihrem Fernsehverhalten. Ga. Mich interessiert was euch begeistert, was ihr euch gern anschaut. Und ahm. Ja, du kannst einfach sagen was dir einfällt. Egal ob es dazu passt oder nicht.
Ok

- 2) Ehm. Das Interview wird aufgezeichnet. Das hast du jetzt gesehen. Und zwar damit ich das auf dem Computer abtippen kann und für meine Diplomarbeit verwenden kann. Und. Wir werden ca. eine halbe Stunde brauchen.
- 3) Passt. Ja. Im Laufe des Gespräches werde ich immer wieder versuchen, das von dir Gesagte zusammenfassen, damit du sagen kannst, ob das dir so passt oder nicht. Und. Wenn etwas unklar ist, kannst du immer nachfragen oder etwas hinzufügen was du willst. Passt. Erzähl einmal, wie sieht denn so ein Alltag bei dir aus?

Zusammenhänge:

- 4) Ja sicher, alles zusammen.

I: Freizeitverhalten

- 5) Was machst du gern in deiner Freizeit nach der Schule?
- 6) Gut. Ja wenn du allein bist, was machst du dann meistens?
- 7) Aha. Was machst du wenn du dich mit Freunden triffst? Was machst du da am liebsten
- 8) Aha. Gut. Dann. Was spielst du am liebsten?
- 9) Wann spielst du das??
- 10)Aha. Gibt es etwas, das du auf keinen Fall verpassen willst? Z.B. beim Fernsehen oder beim Spielen.

Zusammenfassung

- 11)Aha. Wenn ich das richtig verstanden habe, dann stehst du in der Früh auf, kommst von der Schule nachhause, dann macht dir deine Mama ein Essen, derweil siehst du fern, dann isst du, machst die Hü dann gehst du fernsehen und dann schlafen. Wenn du frei hast, dann schläfst du länger, gehst danach Eislaufen oder etwas anderes. Mit Freunden spielst du gern draußen, manchmal spielst du auf der „Wii“. Und. Ja passt. Habe ich dass so richtig verstanden?

II: Fernsehen

Häufigkeit

- 12) Das siehst du dir also gerne an. Wie oft und wie lang schaust du dir das an?
- 13) Schaust du dir das immer an oder verpasst du sie auch?

Interesse

- 14) Perfekt. Wie schaut es mit dem Fernsehen aus? Ich denke ein bisschen etwas habe ich herausgehört. Schaust du gern fern?
- 15) Und. - Was siehst du gerne an?
- 16) Welche Sendung siehst du am liebsten.
- 17) Achso. So ist das. Warum siehst du dir das gerne an?
- 18) Aha. – Ehm. Was für eine Sendung magst du gar nicht?
- 19) Ähm .Das magst du nicht. Was ist deine Lieblingsfigur in der Sendung?
- 20) Aha. Und wie sieht die Elfe aus? Ist das wie ein kleines Mankerl?

Zusammenhänge

- 21) Aha. Darfst du so lange fernsehen wie du magst?
- 22) Aha. Darfst du alles sehen was du willst.
- 23) Was ist das genau?
- 24) Was magst du an der so?
- 25) Und. Hm. Gefällt dir an ihm dass er mutig ist, oder weil er die pinke Mütze hat. Oder weil er cool ist?
- 26) Und warum?

Realitätsbezug

- 27) Aha. Witzig. Welche Rolle spielen die Figuren, um die es geht für dich? Für dich selbst jetzt.
- 28) Wie ist der Timy für dich oder der Cosmo? Warum findest du ihn, - außer dass er lustig angezogen ist. Warum ist der dir so wichtig? Weißt du das?
- 29) Aha. Interessant. Kannst du dir vorstellen, dass solche Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben?
- 30) Meinst du passieren sie nicht wirklich?

31) Aha. Ok. Stell dir vor du könntest eine Figur im Fernsehen sein. Welche wärst du gern?

Zusammenfassung

32) Das würde dir gefallen wenn du machen könntest was du willst...Das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe, dann schaust du gerne auf Nickelodeon Cosmo und Wander. Und du siehst höchstens 2 h am Tag und darfst nur bis 7 fernsehen und ähm. Cosmo und Wander gefällt dir wegen dem Timmy der zwei Elfen hat und sich verzaubern kann. Das ist ganz lustig. Gar nicht magst du auf ORF 2 die Schwarz-Weiß-Filme und die grüne Elfe Cosmo gefällt dir am meisten. Passt. Super.

III: Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

33) Wie fühlst du dich beim Fernsehen.

34) Also. Entspannt oder müde, oder ruhig?

35) Bist du aufgeregt wenn du fern siehst?

36) Aha. Gut. Ähm. Wenn du mit Freunden spielst oder mit anderen Kindern. Bist dann aufgeregter oder ruhiger als beim Fernsehen?

Konzentration und Merkfähigkeit

37) Gut. Beim Lesen oder beim Lernen bist du dann konzentrierter als beim Fernsehen?

38) Kannst du dir auch die Inhalte im Fernsehen gut merken, oder vergisst du sie gleich wieder?

39) Dann. Lässt du dich gern von etwas Spannendem fesseln?

40) Aha. Heißt dass das du konzentriert schaust?

41) Ok. Ähm. - Denkst du beim Fernsehen auch auf etwas anders oder konzentrierst du dich nur auf den Film?

42) Also es kommt einfach drauf an. Manchmal tauchst du voll in den Film sein, und manchmal...

a) Zusammenhänge

43) Wie ist das für dich dann?

44) Also. Kannst dich richtig hineinversetzen?

b) Zusammenfassung

45) Das heißt. Wenn du fernsehen kannst, dann bist du ruhig, stressfrei, aber auch aufgeregter weil du nicht weißt, was passiert. Wenn du Freunde triffst bist du auch aufgeregter weil du dich schon freust und nicht weißt was ihr machen werdet. Aber du siehst konzentriert fern. Das ist lustiger wie das Lernen. Ja passt. Kannst du dich auf Filme gut konzentrieren.

46) Aha. Ja. Das heißt, Du lässt dich gerne von etwas Spannendem fesseln und wenn dich etwas interessiert dann merkst du dir die Inhalte im Fernsehen nicht. Wenn aber etwas ganz Spannendes ist, dann gehst du nicht einmal zum Telefon. Was bedeutet für dich das Fernsehen?

IV: Stellenwert des Medium

47) Was ist es für dich?

48) Wie wichtig ist dir das Fernsehen.

49) Also sehr wichtig?

50) Was ist dir am Fernsehen wichtig?

a) Zusammenfassung

51) Gut. Das heißt. Für dich ist Fernsehen interessant weil du immer was dazulernen kannst und dir ist das ganz wichtig.

V: Soziales Profil des Kindes

52) Super jetzt haben wir nur noch was ganz leichtes. Also du bist der?

53) Dann, wie alt bist du?

54) Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen?

55) Gut. Du wohnst in einem Haus?

56) Beschreib dein Zimmer. Was ist da alles drin?

57) Was für Spielzeug? Was gefällt dir da am Besten?

58) Was gefällt dir gar nicht?

59) Gibt es etwas, was du dir wünschst?

60) Und. Wie ist dein Verhältnis zu den Familienmitgliedern?

61) Mit allen?

62) Ähm. Hast du einen besten Freund?

Suche nach Äußerungen, in denen das Gesagte reverbalisiert wurde

Fragen Nr: 11, 32, 42, 45, 46, 51

Welche metakommunikativen Äußerungen lassen sich ausmachen?

Mhm. Aha. Aha. ? Aha. Hm...Echt.

Bedanken:

Passt. Dann sage ich danke für das tolle Interview. Du hast mir sehr weitergeholfen. Ähm. Ja. Wenn du magst, kannst du das Interview haben, wenn es dich interessiert.

Analyse

10.1.1.1 Freizeitverhalten:

Was machst du gern in deiner Freizeit nach der Schule?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Fernsehen und faul sein.	In seiner Freizeit sieht der Junge gern fern, oder ist „faul“. Wenn er alleine ist geht er manchmal hinaus ins Freie. Mit Freunden geht er gern hinaus. Im Winter rodelt er gerne oder baut eine Schneeburg und im Sommer badet er gerne. Ansonsten spielt er mit Freunden	Sieht gerne Fern oder ist „faul“. Geht selten allein hinaus. Mit Freunden wird auf der „Wii“ gespielt, im Winter gerodelt und Schneeburg gebaut und im Sommer gebadet. Monopoly spielt er am Wochenende gerne. Will Sitcoms und Kindersendungen	Im Sommer und Winter Spiel mit Freunden hauptsächlich im Freien, oder auf der Spielkonsole. Alleine hauptsächlich Fernsehen, vor allem Sitcoms und Kindersendungen. Wochenends gerne Brettspiel
Gut. Ja wenn du allein bist, was machst du dann meistens?			
Vielleicht ein bisschen hinausgehen, das kommt aber selten vor.			
Aha. Was machst du wenn du dich mit Freunden triffst? Was machst du da am liebsten?			

Wir gehen hinaus. Im Winter bauen wir eine Schneeburg, einen Schneehügel, gehen wir rodeln. im Sommer gehen wir ein bisschen baden. Ja . Und sonst spielen wir auf der Wii.	auf der „Wii“. Wenn er am Wochenende Zeit hat, spielt er am liebsten Monopoly.	n im Fernsehen nicht verpassen.	(Monopoly).
Aha. Gut. Dann. Was spielst du am liebsten?	Beim Fernsehen möchte er die Abendsendungen, sprich Sitcoms und Kindersendungen nicht verpassen.		
Monopoly.			
Wann spielst du das??			
Es kommt immer drauf an, wann ich Zeit habe. Z.B. am Wochenende.			
Aha. Gibt es etwas, das du auf keinen Fall verpassen willst? Z.B. beim Fernsehen oder beim Spielen.			
Beim Fernsehen. - Ähm. ZB diese Abendsendungen, wo immer Gelächter dazwischen ist. Einfach Kindersendungen. Die mag ich eigentlich immer sehen.			
Aha. Wenn ich das richtig verstanden habe, dann stehst du in der Früh auf, kommst von der Schule nachhause, dann macht dir deine Mama ein Essen, derweil siehst du fern, dann isst du, machst die Hü dann gehst du	Philipp geht nach der Schule nachhause und isst dort zu Mittag. Während seine Mutter das Essen vorbereitet sieht er fern. Nach dem Essen macht er die Hausübung und anschließend	Seine Freizeit verbringt er mit Fernsehen, Spielen mit Freunden auf der Spielkonsole oder im Freien sowie mit anderen Freizeitaktivitäten.	Fernsehen und Computerspiele, dominieren das Freizeitverhalten

fernsehen und dann schlafen. Wenn du frei hast, dann schläfst du länger, gehst danach Eislaufen oder etwas anderes. Mit Freunden spielst du gern draußen, manchmal spielst du auf der „Wii“. Und. Ja passt. Habe ich dass so richtig verstanden?	sieht er wieder fern. Danach geht er schlafen. An schulfreien Tagen schläft er länger, geht Eislaufen oder unternimmt etwas anderes. Mit Freunden spielt er manchmal draußen oder auf seiner Spielkonsole „Wii“.		
---	--	--	--

10.1.1.2 Fernsehen:

Häufigkeit

Das siehst du dir also gerne an. Wie oft und wie lang schaust du dir das an?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ja. Mei längste Zeit war zwei Stunden. Wie oft? Zwei dreimal am Tag.	Der Junge sieht zwei oder dreimal täglich, für ca. zwei Stunden fern.	Tägliches Fernsehen, zwei Stunden oder mehr.	Häufiges Fernsehen, Druck die Lieblingssendung nicht zu verpassen. Begrenzte Fernsehdauer.
Schaust du dir das immer an oder verpasst du sie auch?			
Manchmal verpass ich sie, aber ich gebe mir Mühe, dass ich sie immer sehen kann.	Verpasst manchmal seine Lieblingssendung, bemüht sich aber, um sie immer zu sehen.	Versäumt seine Lieblingssendung manchmal.	
Aha. Darfst du so lange fernsehen wie du magst?			

Nein, nur bis sieben.	Junge darf bis sieben Fernsehen.	Begrenzte Fernsehzeit.	
Aha. Darfst du alles sehen was du willst.			
Ja ich darf alles sehen außer die brutalen Dinge.	Darf bis auf brutale Sendungen alles sehen, was er möchte.	Keine brutalen Sendungen.	

Interesse

Perfekt. Wie schaut es mit dem Fernsehen aus? Ich denke ein bisschen etwas habe ich herausgehört. Schaust du gern fern?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ja	Sieht gerne fern.	Vorliebe für das Fernsehen.	Vorliebe für das Fernsehen, mehrere Lieblingsendungen, Lieblingskanal: Nickelodeon, Lieblingsendung: Como und Wander Lieblingsfigur: Cosmo, grüne, witzige Elfe. Schwarz-Weiß-Filme nicht von Interesse.
Und. - Was siehst du gerne an?			
Z.B. auf Nickelodeon. „iCharli“ und Nets Schulwahnsinn. Ja und Cosmo und Wander - Wenn Elfen helfen.	Sieht gerne die Sendungen „iCharli“, Nets Schulwahnsinn und Cosmo und Wander auf dem Sender „Nickelodeon“.	Lieblingsendungen: „iCharli“ „Nets Schulwahnsinn“ „Cosmo und Wander“	
Welche Sendung siehst du am liebsten.			
Ähm. Cosmo und Wander.	Cosmo und Wander ist seine Lieblingsendung	Lieblingsendung: „Cosmo und Wander“	
Achso. So ist das. Warum siehst du dir das gerne an?			
Weil die Elfen sind zum Schreien. Sie sind einfach witzig, witzig aufgebaut.	Die Elfen sind einfach lustig und witzig.	Hauptfiguren, die Elfen sind zum „Schreien“.	

Aha. – Ehm. Was für eine Sendung magst du gar nicht?			
Also solche auf ORF 2. So Schwarz-Weiß-Filme.	Mag Schwarz-Weiß-Filme auf ORF 2 nicht.	Keine Schwarz-Weiß-Filme.	
Ähm. - Das magst du nicht. Was ist deine Lieblingsfigur in der Sendung?			
Die grüne Elfe namens Cosmo.	Seine Lieblingsfigur in der Lieblingssendung ist die grüne Elfe namens Cosmo.	Lieblingsfigur: Cosmo, die grüne Elfe	
Aha. Und wie sieht die Elfe aus? Ist das wie ein kleines Mankerl?			
Sie ist ein kleines Mankerl mit grünen Haaren, einer Krawatte, weißes Hemd und schwarze Schuhe und schwarze Hose. Manchmal hat er eine große runde Brille auf.	Die Elfe ist ein kleines Mankerl mit grünen Haaren, einer Krawatte, einem weißem Hemd, schwarzen Schuhen und einer schwarzen Hose, die manchmal eine runde Brille trägt.	Elfe mit grünen Haaren, Krawatte, weißem Hemd, schwarzer Hose, schwarzen Schuhen und einer Brille.	

Zusammenhänge

Was ist das genau?	Bezug zur Lieblingssendung. Nachfrage des Interviewers:		Wunsch sich verzaubern zu lassen und dadurch cool zu sein und viele Freunde zu haben.
Also. Da ist ein kleiner Junge namens Timmy Turner. Und. Da passen die Eltern nicht auf ihn auf. Die sind immer weg, auf Urlaub oder so. Da kommt immer eine strenge Babysitterin, namens Vicky. Und Timmy	Hauptdarsteller Timmy Turner wünscht sich ein schöneres Leben mit seinen Elfen zu haben, da seine Eltern oft weg sind.	Wunsch nach schönerem Leben durch Elfen verwirklicht.	Verwirklichung durch

wünscht sich eben ein schöneres Leben zu haben, mit seinen Elfen.			Identifikation mit der Hauptfigur „Timmy Turner“ aus der Lieblingsserie.
Was magst du an der so?			
Der ist nicht ganz gescheit. Der versteht manchmal nicht und redet lustig.	Kind mag an der Hauptfigur, dass sie nicht alles versteht, nicht wirklich klug ist und lustig spricht.	Hauptfigur versteht manchmal nicht alles und redet lustig.	
Und. Hm. Gefällt dir an ihm dass er mutig ist, oder weil er die pinke Mütze hat. Oder weil er cool ist?			
Ja er kann sich so verzaubern, dass er cool ist mit seinen Elfen. Wenn er cool angezogen ist, dann lernt er eine Freundin kennen, die Twixi Tengg und mit der spielt er immer. Aber wenn er nicht cool ist, dann hat er wieder seine alten Freunde zurück.	Dem Jungen gefällt die Hauptfigur seiner Lieblingsserie weil Timmy sich verzaubern kann, und dadurch cool wird und eine Freundin zum Spielen gewinnt.	Timmy kann sich durch seine Elfen verzaubern lassen und gewinnt dadurch Freunde und Coolness.	
Und warum?	Nachfrage auf die Frage: welche Fernsehfigur wärst du gerne?		
Weil dann hätte ich auch eine pinke Kappe und zwei Elfen und könnte mir wünschen was ich mag.	Der Junge wäre gerne Timmy, weil er dann auch eine pinke Kappe und zwei Elfen, die ihn verzaubern könnten, hätte.	Möchte gerne einmal der Timmy sein, um sich auch verzaubern lassen zu können.	

Realitätsbezug

Aha. Witzig. Welche Rolle spielen die Figuren, um die es geht für dich? Für	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
--	-------------------	------------------------	--------------------------------------

dich selbst jetzt.			
Die Rolle. - Hm.	Kind überlegt und wiederholt.	Überlegen	Wunsch nach Identifikation mit der Lieblingsfigur aus der Lieblingssendung. Vorstellung eines Realitätsbezuges gewisser informativer Fernsehsendungen wie z.B. „Willi will's wissen“ „Die Sendung mit der Maus“.
Wie ist der Timmy für dich oder der Cosmo, Warum findest du ihn, - außer dass er lustig angezogen ist. Warum ist der dir so wichtig? Weißt du das?			
Weil der Timmy so mit einer rosa Kappe ist. Weil die Eltern denken, dass er wie ein Mädchen ist. Dabei ist er das nicht. Dann hab ich ihn mir einmal genauer angesehen und gedacht, dass ist ein ganz normaler Junge mit einer pinken Kappe und mit schlaunen Freunden mit Zahnsperange. Ja. Und. Ja.	Kind erklärt, dass der Timmy eine rosa Kappe hat und deshalb von den Eltern für ein Mädchen gehalten wird. Dabei ist er ein ganz normaler Junge mit schlaunen Freunden und einer Zahnsperange.	Die Hauptfigur wird aufgrund seiner rosa Kappe für ein Mädchen gehalten, obwohl er ein Junge ist.	
Aha. Interessant. Kannst du dir vorstellen, dass solche Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben?			
Nein eigentlich nicht.	Geschichten im Fernsehen haben nichts mit dem Leben zu tun.	Kein Realitätsbezug	
Meinst du passieren sie nicht wirklich?			
Ja vielleicht in der einen Sendung „Willi will's wissen“ oder die „Sendung mit der Maus“.	Junge meint, dass möglicherweise die Sendung „Willi will's wissen“ oder „die Sendung mit	Gewisse Sendungen weisen Realitätsbezug auf.	

	der Maus“ mit dem Leben zu tun haben könnten.		
Aha. Ok. Stell dir vor du könntest eine Figur im Fernsehen sein. Welche wärest du gern?			
Der Timmy Turner.	Kind wünscht sich, einmal der Timmy Turner aus seiner Lieblingssendung zu sein.	Wunsch zur Identifikation mit der Lieblingsfigur.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Das würde dir gefallen wenn du machen könntest was du willst...Das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe, dann schaust du gerne auf Nickelodeon Cosmo und Wander. Und du siehst höchstens 2h am Tag und darfst nur bis 7 fernsehen und ähm. Cosmo und Wander gefällt dir wegen dem Timmy der zwei Elfen hat und sich verzaubern kann. Das ist ganz lustig. Gar nicht magst du auf ORF 2 die Schwarz-Weiß-Filme und die grüne Elfe, Cosmo gefällt dir am meisten. Passt. Super.	Junge sieht sich gerne die Sendung „Cosmo und Wander“ auf „Nickelodeon“ an. Die Fernsehdauer beträgt max. 2h am Tag bis spätestens sieben Uhr. Die Sendung gefällt ihm, weil der Hauptdarsteller „Timmy Turner“ sich von seinen Elfen verzaubern lassen kann. Er sieht nicht gerne Schwarz-Weiß-Filme. Am besten gefällt ihm die grüne Elfe „Cosmo“.	Lieblingssendung: Cosmo und Wander auf Nickelodeon Fernsehdauer max. 2h am Tag bis spätestens sieben Uhr. Interesse an der Sendung durch den Hauptdarsteller, der sich verzaubern lassen kann. Keine Schwarz-Weiß-Filme.	Maximale Fernsehdauer = 2h täglich bis max. sieben Uhr abends. Lieblingssendung: Cosmo und Wander auf Nickelodeon Keine Schwarz-Weiß-Filme.

10.1.1.3 Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

Wie fühlst du dich beim Fernsehen.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Da glaub ich immer, dass ich stressfrei wäre, ich fühle mich immer irgendwie müde. Ja.	Junge fühlt sich müde und stressfrei beim Fernsehen.	Stressfrei und müde.	Stressfrei, müde und ruhig beim Fernsehen. Gewisse Aufregung bzw. Anspannung vor Unerwartetem. Aufregung wenn Freunde zum Spielen kommen.
Also. Entspannt oder müde, oder ruhig?			
Ruhig.	Er ist ruhig.	Ruhig.	
Bist du aufgeregt wenn du fern siehst?			
Ja, man weiß nie was passieren kann.	Junge hat gewisse Aufregung beim Fernsehen, da er nicht weiß was als nächstes passiert.	Gewisse Angespanntheit vor Unerwartetem.	
Aha. Gut. Ähm. Wenn du mit Freunden spielst oder mit anderen Kindern. Bist dann aufgeregter oder ruhiger als beim Fernsehen?			
Also. Wenn ich weiß dass jemand zu mir kommt am Nachmittag, dann bin ich schon aufgereggt. Aber draußen beim Spielen weiß man auch nicht was passieren kann. Ich bin also immer aufgereggt.	Junge ist aufgereggt, wenn er am Nachmittag Besuch bekommt.	Aufregung beim Spielen mit Freunden.	

Konzentration und Merkfähigkeit

Gut. Beim Lesen oder beim Lernen bist du dann konzentrierter als beim Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte

Ich bin beim Fernsehen konzentrierter. Weil wenn ich lerne, dann lasse ich mich immer ablenken. Vor allem wenn ich weiß, dass irgendeine Sendung läuft, dann will ich unbedingt schnell fertig werden. Und ja.-	Junge ist beim Fernsehen konzentrierter als beim Lesen oder Lernen. Beim Lernen lässt er sich ablenken, vor allem durch das Fernsehen, da er seine Lieblingssendungen nicht verpassen möchte.	Konzentration beim Lernen nicht so gut wie beim Fernsehen.	Konzentration beim Lernen geschwächt durch Druck Fernsehensendungen sehen zu können. Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lernen.
Kannst du dir auch die Inhalte im Fernsehen gut merken, oder vergisst du sie gleich wieder?			Keine Merkfähigkeit der gesehenen Inhalte, auch bei Konzentration.
Ich vergesse die immer gleich.	Junge vergisst die Inhalte gleich wieder.	Keine Merkfähigkeit der gesehenen Inhalte.	
Dann. Lässt du dich gern von etwas Spannendem fesseln?			
Ja.	Lässt sich gerne von etwas Spannendem fesseln.	Spannende Inhalte werden konzentriert aufgenommen.	
Aha. Heißt dass, das du konzentriert schaust?			
Ja, aber merken tu ich mir nicht so viel.	Schaut konzentriert aber merkt sich nicht viel.	Wenig Merkfähigkeit trotz Konzentration.	
Ok. Ähm. Denkst du beim Fernsehen auch auf etwas anderes oder konzentrierst du dich nur auf den Film?			
Manchmal auf etwas anderes.	Denkt während des Schauens auch manchmal an etwas anderes.	Schweift mit Gedanken manchmal ab.	

Also es kommt einfach drauf an. Manchmal tauchst du voll in den Film sein, und manchmal...-			
Ja. Aber wenn jetzt jemand anruft und wenn ich gerade in einem Spannenden Teil eines Films bin, dann geh ich nicht zum Telefon.	Wenn das Telefon während eines spannenden Filmes klingelt, geht er nicht ran.	Bei spannenden Fernsehinhalten keine Ablenkung.	
Kannst du dich auf Filme gut konzentrieren.			
Ja.	Kann sich auf Filme gut konzentrieren.	Konzentration vorhanden.	

Zusammenhänge

Wie ist das für dich dann?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Dann sehe ich alles doppelt so gut.	Bezug auf die Frage: Lässt du dich gerne von etwas Spannendem fesseln? Junge sieht alles doppelt so gut.	Vermehrte Konzentration bei spannenden Inhalten.	Vermehrte Konzentration, Hineinversetzen bei spannenden Inhalten.
Also. Kannst dich richtig hineinversetzen?			
Ja genau.	Kann sich in die Sendung hineinversetzen.	Mitleben mit der Fernsehsendung.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Das heißt. Wenn du fernsehen kannst, dann bist du ruhig stressfrei, aber auch	Junge ist beim Fernsehen ruhig, stressfrei aber auch aufgeregt,	Ruhig und stressfrei beim Fernsehen. Aufregung vor	Ruhiges, stressfreies Fernsehverhalten

aufgeregt weil du nicht weißt, was passiert. Wenn du Freunde triffst bist du auch aufgeregt weil du dich schon freust und nicht weißt was ihr machen werdet. Aber du siehst konzentriert fern. Das ist lustiger wie das Lernen. Ja passt.	da er nicht weiß, was als nächstes passiert. Freut sich auf das Spielen mit Freunden und ist dabei aufgeregt. Sieht konzentriert fern.	dem Unerwarteten beim Spielen und beim Fernsehen. Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lernen.	einerseits, andererseits Aufregung vor dem unerwarteten Fernsehinhalten und Ereignissen beim Spielen mit Freunden.
Aha. Ja. Das heißt, du lässt dich gerne von etwas Spannendem fesseln und wenn dich etwas interessiert dann merkst du dir die Inhalte im Fernsehen nicht. Wenn aber etwas ganz Spannendes ist, dann gehst du nicht einmal zum Telefon.	Lässt sich gern von etwas Spannendem fesseln wenn es von Interesse ist. Die Inhalte kann er sich nicht merken.	Konzentration bei spannenden, interessanten Fernsehinhalten ohne Merkfähigkeit.	Konzentration beim Fernsehen vermehrt vorhanden als beim Lernen. Keine Merkfähigkeit der gesehenen Inhalte trotz Konzentration.

10.1.1.4 Stellenwert des Mediums

Was bedeutet für dich das Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Also für mich bedeutet es. - - -	Kind wiederholt die Frage und denkt dabei nach.	Nachdenken	Hoher Stellenwert des Fernsehens.
Was ist es für dich?			s.
Interessant, spannend. Es gibt immer Neues. Man kann immer etwas daraus Lernen, aus dem Film.	Für Philipp ist Fernsehen interessant und spannend, da es immer etwas Neues gibt und man daraus lernen kann.	Fernsehen ist interessant und spannend Aus Fernsehen lernen	Interesse, Spannung, Lernfaktor, Neugier, Musik und Handlung der Filme sind die Hauptmotiv
Wie wichtig ist dir das Fernsehen.			

Also von drei Drittel schon zwei Drittel.	Fernsehen ist sehr wichtig.	Sehr wichtig.	e für den besonderen Stellenwert des Fernsehens.
Also sehr wichtig?			
Ahm. Schon.	Fernsehen ist sehr wichtig.	Sehr wichtig.	
Was ist dir am Fernsehen wichtig?			
Also. Wie es ist. Wie es abläuft. Wer den Film macht und die Musik. Ja.	Der Ablauf, die Musik, die Machart des Filmes sind dem Jungen am Fernsehen so wichtig.	Die Musik, die Handlung und der Aufbau des Filmes sind bedeutend.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Gut. Das heißt. Für dich ist fernsehen interessant weil du immer was dazulernen kannst und dir ist das ganz wichtig.	Fernsehen ist für den Jungen sehr wichtig und interessant, da es die Möglichkeit bietet immer etwas Neues dazuzulernen.	Hoher Stellenwert des Fernsehens durch Interesse und Möglichkeit daraus zu lernen.	Hoher Stellenwert des Fernsehens durch Interesse und Möglichkeit daraus zu lernen.

10.1.1.5 Soziales Profil des Kindes

Super jetzt haben wir nur noch was ganz leichtes. Also du bist der?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Philipp.	Das befragte Kind heißt Philipp und ist 11 Jahre alt. Seine Familie setzt sich aus Mutter, Vater, Großmutter, Großvater, Onkel, Tante, seinem Cousin und ihn selbst zusammen. Die Familie wohnt in einem Haus.	Philipp, 11 Jahre, lebt in einem Haus, Familie: Mutter, Vater Großvater, Großmutter, Onkel, Tante, Cousin	Philipp, 11 Jahre, lebt in einem Haus, Familie: Mutter, Vater Großvater, Großmutter, Onkel, Tante, Cousin
Dann, wie alt bist du?			
11 Jahre alt.			
Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen			
Mama, Papa, Oma, Opa, Onkel, Tante, Cousin und ich.			
Gut. Du wohnst in einem Haus?			
Ja.	In seinem Zimmer befinden sich ein paar Kästen, ein	Zimmer besteht aus Bett, Kästen und Spielsachen.	Zimmer mit Bett, Kästen und
Beschreib dein Zimmer. Was ist da alles drin?			

Ah. Ein paar Kästen, ein Schreibtisch, ein Bett, viel Spielzeug, viel Lego. Ja.	Bett, Spielzeug, vor allem Lego. Am besten gefällt ihm sein Lego, die Uno-Karten mag er gar nicht. Wünschen würde er sich irgendetwas von Lego Technik.	Lego ist am Beliebtesten, Uno-Karten sind nicht interessant	Spielzeug, vor allem Lego sehr beliebt.
Was für Spielzeug? Was gefällt dir da am Besten?			
Das Lego.			
Was gefällt dir gar nicht?			
Die Uno-Karten.			
Echt?			
Ja. Ja wenn mir langweilig ist spiele ich schon. Wenn gar kein Spiel da ist. Aber sonst mag ich das nicht.			
Gibt es etwas, was du dir wünschst?			
Unbedingt. Ja von dem einen Kram von Lego Technik.			
Und. Wie ist dein Verhältnis zu den Familienmitgliedern?	Manchmal streiten sich die Familienmitglieder, aber meistens vertragen sie sich. Der Junge hat auch einen besten Freund.	Manchmal Streit unter den Familienmitgliedern, jedoch vermehrt harmonisches Zusammenleben. Bester Freund vorhanden.	Bis auf kleine Streitereien, harmonisches Familienleben. Freundschaft
Ja manchmal streiten wir ein bisschen			
Mit allen			
Ja manchmal schon. Aber die längste Zeit vertragen wir uns.			
Ähm. Hast du einen besten Freund?			
Ja.			

10.1.2 Interview Nico

Das Interview wurde im Hortgruppenraum geführt. Nico gehört zur Hortgruppe, die seit einem halben Jahr von mir betreut wird. Die Interviewsituation war durch eine angenehme Stimmung in einer vertrauensvollen Umgebung gekennzeichnet. Dadurch, dass wir einander schon kennen, war das Gespräch ohne Hürden zu meistern. Der Junge war sehr offen und hat meistens korrekt auf meine Fragen geantwortet, sowie selbst zu erzählen begonnen. Die vertraute Umgebung, sowie vertraute Personen vermitteln Sicherheit, auch in Situationen die nicht alltäglich bzw. neu sind, wie jene für den Jungen N.. Somit konnte das gesamte Spektrum an Informationen, die aus dem Interview hervorgehen und für die Auswertung wichtig sind, ausgeschöpft werden.

Kategorienbildung

Einstieg mit erzählgenerierender Fragestellung:

- 1) Danke Nico, dass du dir für das Interview Zeit genommen hast. Für meine Diplomarbeit befrage ich Kinder zu ihrem Fernsehverhalten. D.h. ich frage ob du gern fernsiehst, was du gerne siehst und warum. Ich mache das, damit ich auch weiß, was Kinder am Fernsehen fasziniert, was euch begeistert, welche Sendungen euch interessieren, wie aufmerksam ihr dabei seid.
- 2) Ich werde das Interview aufzeichnen, damit ich das Gespräch am Computer abtippen kann. Was du sagst wird anonym bleiben. D.h.. Kein anderer wird das weiter verwenden und die Daten werden nicht weitergegeben. Das Gespräch wird ca. eine halbe Stunde dauern.
- 3) Während des Interviews werde ich immer versuchen, das von dir Gesagte mit meinen Worten zusammenzufassen. Das mache ich, damit ich sicher gehen kann, ob ich alles richtig verstanden habe. Du kannst mich natürlich immer unterbrechen, korrigieren oder etwas hinzufügen.

Wenn etwas unklar ist, kannst du gerne nachfragen. Also, erzähl mal, wie so ein typischer Tag bei dir aussieht.

4)	Erzähl einmal, wie sieht denn so ein Alltag bei dir aus?	Interviewer gibt Erzählrichtung vor und bittet den Gesprächspartner zu erzählen.	Eingrenzung des Inhalts, Anforderungen werden formuliert, Fokus wird auf ein Thema gelenkt.
----	--	--	---

I: Freizeitverhalten

- 5) Was machst du sonst nach der Schule am liebsten in deiner Freizeit?
- 6) Was machst du, wenn du dich mit deinen Freunden triffst?
- 7) Wenn du alleine bist, was machst du dann?
- 8) Ganz allein bist eigentlich nicht, oder?
- 9) Ok. Dann. Was spielst du am liebsten? Oder, was machst du am liebsten von den Sachen die du aufgezählt hast?

Zusammenhänge

- 10) Was ist das?
- 11) Aha. Ist das ein Nintendospiel.
- 12) Am Nintendo?

Zusammenfassung

- 13) Ich werde einmal zusammenfassen ob ich wohl richtig verstanden habe: Nach der Schule holt euch die Mama ab, dann fahrt ihr nachhause, dann esst ihr, macht die HÜ, zieht euch um. Zieht ihr euch vor der Hü um?
- 14) Dann fernsehen, dann spielen, Nintendo spielen. Wenn du draußen bist, fährst du am liebsten mit dem Noah Rad. Mit Freunden spielst du gern Pokemon, wie z.B. mit Flo. Dein Lieblingsspiel ist Pokemon.

II: Fernsehen

Häufigkeit

- 15) Wie oft und wie lange darfst du fernsehen?
- 16) Wie oft?

- 17) Aha. Gut. - Schaust du die Sendung immer oder verpasst du sie manchmal?

Interesse

- 18) Perfekt. Wie steht es mit dem Fernsehen? Siehst du gerne fern?
19) Dann. Darfst du alle Sendungen sehen, die du willst? Oder darfst du irgendwelche nicht sehen?
20) Was schaust du dir gerne im Fernsehen an?
21) Warum schaust du dir die Sendung gerne an?
22) Gut. Was gefällt dir daran? Warum gefällt dir das so gut?
23) Gut. Dann. Welche Sendung magst du gar nicht?
24) Dann. Was ist deine Lieblingsfigur in der Sendung? Z.B. bei Ninjagro.
25) Macht ja nichts. Aber was ist da deine Lieblingsfigur?

Zusammenhänge

- 26) Und Galileo?
27) Vielleicht fällt es dir später ein.
28) Außer Horrorfilme.
29) Cat?
30) Um was geht's da?

Realitätsbezug

- 31) Ok. Ähm. Welche Rolle spielen die Figuren, um die es geht, für dich? Was ist dir an ihnen wichtig. Sind sie mutig oder -.?
32) Kannst du dir vorstellen, dass solche Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben könnten? Passieren die wirklich?
33) Gut. Stell dir vor, du könntest einen Tag lang eine Figur im Fernsehen sein. Welche würdest du aussuchen?

Zusammenfassung

- 34) Ich werde zusammenfassen:

- 35) Also. Du siehst gern fern, und darfst bis 20 Uhr fernsehen. Oder bis 20.15 Uhr.
- 36) Du musst immer fragen, also darfst du nicht immer schauen. Du darfst alle Filme sehen, außer Horrorfilme, von denen du Alpträume bekommst. Z.B. Scary Movie, Du schaust gern Galileo und Ninjagro. Ninjagro gefällt dir weil es da um den roten Ninja geht und deine Lieblingsfarbe rot ist und weil es um Feuer und das goldene Schwert geht. Galileo gefällt dir weil es da um die Welt geht. Und ähm. Ja du verpasst die Sendungen manchmal weil du zu lange draußen bist.
- 37) Gar nicht magst du die Nachrichten oder Schwarz-Weiß-Filme. Und. Dir gefällt Ninjagro weil der rote Ninja ist mutig und lustig. Du glaubst nicht, dass das mit dem Leben zu tun hat und du wärst gerne einmal der rote Ninja.

III: Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

- 38) Wie fühlst du dich beim Fernsehen?
- 39) Wie geht es dir wenn du fernsehen kannst?
- 40) Bist du aufgeregt wenn du fern siehst oder entspannt?
- 41) Also bist du manchmal aufgeregt oder nicht?
- 42) Ja. Fühlst du dich entspannter beim Fernsehen als beim Spielen mit anderen Kindern? Oder bist du beim Spielen aufgedrehter?

Konzentration und Merkfähigkeit

- 43) Echt. Dann. Bist du beim Lesen, Lernen konzentrierter und ruhiger als beim Fernsehen?
- 44) Wo bist du konzentrierter?
- 45) Passt. Kannst du dich gut auf Filme konzentrieren?
- 46) Kannst du dir die Inhalte der Fernsehserien und Filme gut merken?
- 47) Lässt du dich gerne von etwas Spannendem fesseln?
- 48) Wenn etwas Spannendes ist, musst du dann unbedingt schauen?
- 49) Denkst du beim Fernsehen oft an etwas anderes bzw. lässt du dich oft ablenken oder konzentrierst du dich voll und ganz auf den Film?

Zusammenhänge

50) D.h. mit Freunden spielst du lieber als fernsehen.

Zusammenfassung

51) Also ich werde wieder zusammenfassen. Also du kannst dich beim Fernsehen gut konzentrieren und du kannst dir die Inhalte gut merken. Wenn etwas Spannendes ist, bist du voll interessiert dabei. Du lässt dich nicht ablenken, außer deine Katze ist im Weg und du siehst nichts.

52) Also du bist beim Fernsehen entspannt und ruhig. Wenn etwas Spannendes kommt, dann kommt meistens Werbung aber du bist aufgeregt, weil du nicht weißt was passiert. Beim Spielen bist du aufgedrehter als beim Fernsehen. Und du bist beim Fernsehen konzentrierter als beim Lernen und beim Lesen.

IV: Stellenwert des Mediums

53) Was bedeutet für dich das Fernsehen? Bzw. wie wichtig ist für dich Fernsehen?

54) Könntest du ohne auch leben?

55) Was ist dir wichtig beim Fernsehen?

Zusammenfassung

56) Dh. Manchmal ist dir das Fernsehen wichtig, manchmal nicht. Das Spiel mit Freunden ist dir wichtiger. Dir ist wichtig, dass es lustig und cool ist.

57) Passt. Dann haben wir nur noch leichte Fragen. Du bist der Nico.

V: Soziales Profil des Kindes

58) Wie alt bist du?

59) Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen? Wer ist alles in deiner Familie?

60) Du wohnst in einem Haus?

61) Was ist in deinem Zimmer alles drin?

62) Was gefällt dir an deinen Sachen am besten?

- 63) Was ist das?
- 64) Ah das sind Figuren die du erst zusammenbauen musst.
- 65) Was gefällt dir gar nicht?
- 66) Gibt es etwas, was du dir besonders wünschst?
- 67) Wie ist dein Verhältnis zu den Familienmitgliedern?
- 68) Gut. Hast du einen besten Freund?

Zusammenhänge

- 69) Wie du magst.
- 70) Bett?
- 71) Spielsachen.
- 72) Nein allgemein von deinen Spielsachen.
- 73) Ich glaube du hast mehrere gute Freunde.

Zusammenfassung

- 74) Also ich fasse wieder zusammen. Du bist zehn. Deine Familie setzt sich aus Papa, Mama, Sandro, Flecki, Pauli Tigi, Hamsti und Hamsti zusammen.
- 75) Ja genau. Hab ich notiert. Dann. du wohnst in einem Haus. In deinem Zimmer hast du ein Bett, einen Kasten, einen Computer einen Fernseher, einen Receiver, einen DVD Player, eine Spielkiste. Am liebsten spielst du mit dem Bionical. Das sind Figuren die du zusammenbauen kannst und mit Lego. Was dir nicht gefällt, dazu fällt dir nichts ein. Du wünschst dir ein Lichtschwert. Manchmal streitest du mit deinem Bruder. Und du hast mehrere gute Freunde. Perfekt.

Suche nach Äußerungen, in denen das Gesagte reverbaliert wurde

Alle Zusammenfassungen

Welche metakommunikativen Äußerungen lassen sich ausmachen?

Aha. Aha. Aha. Gut.Aha. Aha. Super.Achso. Achso.Aha. Gut. Gut.

Bedanken:

Danke, dass du dir für mein Interview Zeit genommen hast. Das Interview wird nun von mir am Computer abgetippt. Jetzt weiß ich was dir gefällt. Perfekt.

Analyse

10.1.2.1 Freizeitverhalten:

Also, erzähl mal, wie so ein typischer Tag bei dir aussieht.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Äh. Die Mama holt mich von der Schule ab, dann mach ich HÜ, dann zieh ich mich um, geh essen und dann schaue ich fern oder spiele Nintendo.	Kind beschreibt, dass er von der Mutter von der Schule abgeholt wird, die Hausübung macht, sich umzieht und isst. Er schaut auch fern oder spielt Nintendo.	Nach der Schule HÜ, essen, umziehen, Nintendo spielen, fernsehen.	Nach der Schule geregelter Ablauf. Zuerst Hausübung und Essen, dann umziehen und spielen oder fernsehen. Nintendo spielen alleine oder mit Freunden.
Was machst du sonst nach der Schule am liebsten in deiner Freizeit?			
Draußen Rad fahren, mit Noah Christopher und Sandro.	Kind fährt Rad mit Noah, Christopher und Sandro.	Rad fahren mit Freunden.	Radfahren und Nintendo sind die am häufigsten genannten Freizeitaktivitäten.
Was machst du, wenn du dich mit deinen Freunden triffst?			
Äh, spielen. Der Florian hilft mir immer bei Heart Gold.	Mit seinem Freund Florian spielt er gerne Heart Gold.	Heart Gold spielen mit Florian.	Nintedospiel Heart Gold ein Pokemonspiel als Lieblingsspiel deklariert.
Wenn du alleine bist, was machst du dann?			
Als erstes. Der Sandro schaltet beim Essen immer gern den Fernseher ein. Dann essen wir, dann	Kind antwortet nicht direkt auf die Frage. Sandro will beim Essen fernsehen, nach	Wenn Kind allein ist, dann sieht er mit Sandro beim Essen fern, nach dem Essen wird	Alleine scheint das Kind nie zu sein. Nur mit seinem

schaltet er den Fernseher aus und dann machen wir die HÜ und dann schauen wir wieder.	dem Essen wird der Fernseher ausgeschaltet und die HÜ gemacht und danach wieder ferngesehen.	die HÜ gemacht und anschließend wieder ferngesehen.	Bruder. Auch hier ordnungsgemäße Struktur – Vor dem Spielen oder Fernsehen wird die Hausübung gemacht und gegessen.
Ganz allein bist eigentlich nicht, oder?			
Doch manchmal, aber wenn wir etwas nicht verstehen, warten wir bis die Mama heimkommt und derweil machen wir das andere.	Kind antwortet wieder nicht korrekt auf die Frage. Wenn er und sein Bruder etwas nicht verstehen, dann warten sie bis die Mutter nachhause kommt.	Wenn etwas unverständlich ist, wird die Mutter gefragt.	
Ok. Dann. Was spielst du am liebsten? Oder, was machst du am liebsten von den Sachen die du aufgezählt hast?			
Pokemon spielen.	Spielt am liebsten Pokemon.	Pokemonspiel sehr beliebt.	
<i>Zusammenhänge:</i>			
Was ist das?			
Pokemonspiel. Weil da komm ich nicht weiter.	Frage bezieht sich auf die vorangegangene Frage. „Was machst du wenn du dich mit Freunden triffst?“ Heart Gold ist ein Pokemonspiel. Kind kommt nicht alleine weiter, Freund Florian hilft.	Pokemonspiel nicht alleine machbar. Hilfe von Freund.	
Aha. Ist das ein Nintendospiel.			

Ja.	Kind erklärt, dass das Pokemonspiel ein Nintendospiel ist.	Pokemonspiel ist ein Nintendospiel.	
Am Nintendo?			
Ja. Weil Rad fahren geht im Winter nicht.	Frage bezieht sich auf die Frage: „Was machst du am liebsten von den Sachen die du aufgezählt hast?“ Pokemonspielen ist die Lieblingsbeschäftigung, da Rad fahren im Winter nicht möglich ist.	Pokemon Nintendospiel da im Winter Rad fahren nicht möglich ist.	
Zusammenfassung:			
Ich werde einmal zusammenfassen ob ich wohl richtig verstanden habe: Nach der Schule holt euch die Mama ab, dann fahrt ihr nachhause, dann esst ihr, macht die HÜ, zieht euch um. Zieht ihr euch vor der Hü um? Ja. Dann fernsehen, dann spielen, Nintendo spielen. Wenn du draußen bist, fährst du am liebsten mit dem Noah Rad. Mit Freunden spielst du gern Pokemon, wie z.B. mit Flo. Dein Lieblingsspiel ist Pokemon. Ja.	Zusammenfassung der Antworten zu dieser Fragekategorie. Kind wird von der Mutter nach der Schule abgeholt und zuhause wird gegessen, die Hausübung gemacht und umgezogen. Danach wird ferngesehen, am Nintendo gespielt oder Rad gefahren mit Noah. Mit Freunden spielt der Junge gerne sein Lieblingsspiel Pokemon.	Nach der Schule essen, HÜ und Nintendo spielen oder fernsehen. Lieblingsspiel Pokemon, auch mit Freunden.	

10.1.2.2 Fernsehen: Häufigkeit

Wie oft und wie lange darfst du fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Solange wie ich will, aber um acht muss ich schlafen gehen, dann darf ich nicht mehr schauen.	Junge darf fernsehen so lange er möchte, doch um acht ist Schlafenszeit.	Zeitliche Begrenzung des Fernsehens nur abends.	Zeitliche Begrenzung abends. Kontrolliertes Fernsehen – da vor dem Fernsehen gefragt werden muss.
Wie oft?			
Manchmal muss ich raus, dann darf ich nicht. Ich muss immer fragen ob ich darf.	Junge muss fragen, bevor er fern sieht. Darf nicht willkürlich schauen.	Fragen vor dem Fernsehen.	
Aha. Gut. -- Schaust du die Sendung immer oder verpasst du sie manchmal?			
Manchmal verpasse ich sie. Weil ich draußen war, oder etwas anderes gesehen habe.	Verpasst auch oft Sendungen, weil er draußen war, oder etwas anderes angesehen hat.	Verpasst auch Sendungen.	

Interesse

Perfekt. Wie steht es mit dem Fernsehen? Siehst du gerne fern?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ja.	Kind sieht gerne fern.	Sieht gern fern.	Sieht gerne Ninjagro und Galileo, da es mit Waffen und Kettensägen zu tun hat. Lieblingsfigur ist der rote Ninja. Nachrichten werden nicht gerne gesehen.
Was schaust du dir gerne im Fernsehen an?			
Ninjagro und Galileo.	Sieht gerne Ninjagro und Galileo.	Galileo und Ninjagro sehr beliebt.	
Warum schaust du dir die Sendung gerne an?			
Ninjagro, weil das eine neue Serie war. Aber jetzt ist sie nicht mehr. Haben Sie abgesetzt.	Junge sieht gerne Ninjagro, da die Serie neu war, aber mittlerweile	Serie wurde so gern gesehen, da sie neu war.	

	wurde sie abgesetzt.		
Gut. Was gefällt dir daran? Warum gefällt dir das so gut?			
Weil sie manchmal mit Waffen tun, und Kettensägen.	Gefällt dem Jungen, da es mit Waffen und Kettensägen zu tun hat.	Serie gefällt aufgrund von Waffen und Kettensägen.	
Gut. Dann. Welche Sendung magst du gar nicht?			
Ähm. Nachrichten. Und wie heißt das --	Mag keine Nachrichten.	Keine Nachrichten.	
Macht ja nichts. Aber was ist da deine Lieblingsfigur?			
Der rote Ninja.	Lieblingsfigur ist der rote Ninja	Roter Ninja als Lieblingsfigur.	

Zusammenhänge

Achso. Außer Horrorfilme.			
Manche darf ich schon schauen. Aber den schaue ich nie wieder, davon bekomme ich Alpträume.	Junge erklärt, dass er nicht alle Horrorfilme sehen darf, da er Alpträume bekommt.	Keine Horrorfilme wegen Alpträumen.	Keine Horrorfilme wegen Alpträumen, keine Schwarz-Weiß –
Achso. Und Galileo?			Filme weil uninteressant.
Weil es da immer um die Welt geht. Was man kann, Rätsel – und Mut und solche Sagen, die jetzt nicht gehen. Das testen sie dann aus.	Mag Galileo weil es um die Welt geht, um Rätsel und Mythen.	Galileo wegen der Thematik Welt, Rätsel und Mythen interessant.	Galileo interessant weil es um

Vielleicht fällt es dir später ein.			die Welt, um Rätsel und Mythen geht. Ninjagro interessant weil es um die Lieblingsfarbe rot, um Feuer und das goldene Schwert geht. Realität, Wissen und Fantasie als Bezugspunkte der Lieblingssendungen.
Ah. - Schwarz-Weiß Filme. Die schaue ich gar nicht. Sie sind nicht lustig und ohne Farbe.	Bezug zur Frage: „Welche Sendungen magst du gar nicht?“ Schwarz-Weiß-Filme mag der Junge gar nicht.	Schwarz-Weiß-Filme sind nicht beliebt.	
Cat?			
Weiß ich nicht.	Weiß nicht was er sagen will.	Weiß nicht genau.	
Um was geht's da?			
Um meine Lieblingsfarbe rot, um Feuer und das goldene Schwert.	Bezug auf Lieblingssendung Ninjagro. Lieblingsfarbe rot, Feuer und das goldene Schwert werden thematisiert.	Thematik der Lieblingssendung- - Rot als Lieblingsfarbe, Feuer und das goldene Schwert	

Realitätsbezug

Ok. Ähm. Welche Rolle spielen die Figuren, um die es geht, für dich? Was ist dir an ihnen wichtig. Sind sie mutig oder? -	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ja und lustig auch.	Figuren in Lieblingssendungen sind für den Jungen mutig und lustig.	Mutige und lustige Figuren in den Fernsehsendungen.	Kein Realitätsbezug der Geschichten im Fernsehen. Wunsch einmal die Fantasiefigur (roter Ninja) zu sein.
Kannst du dir vorstellen, dass solche Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben könnten? Passieren die wirklich?			

Nein, z.B. so einen Wirbelsturm zu machen geht nicht.	Kind kann sich nicht vorstellen, dass die Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben, da er glaubt, dass z.B.. Wirbelstürme nicht machbar wären.	Kein Realitätsbezug der Geschichten im Fernsehen.	
Gut. Stell dir vor, du könntest einen Tag lang eine Figur im Fernsehen sein. Welche würdest du aussuchen?			
Mhm. - Der rote Ninja.	Würde gerne einmal der rote Ninja sein.	Roter Ninja ist die bevorzugte Figur, in die der Junge schlüpfen würde.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ich werde zusammenfassen: Also. Du siehst gern fern, und darfst bis 20 Uhr fernsehen. Oder bis 20.15 Uhr. Du musst immer fragen, also darfst du nicht immer schauen. Du darfst alle Filme sehen, außer Horrorfilme, von denen du Alpträume bekommst. Z.B. Scary Movie, Du schaust gern Galileo und Ninjagro. Ninjagro gefällt dir weil es da um den roten Ninja geht und	Kind sieht gerne fern, darf bis 20 Uhr fernsehen. Muss aber immer fragen ob er fernsehen darf. Darf keine Horrorfilme sehen, da er davon Alpträume bekommt. Sieht gerne Galileo und Ninjagro. Ninjagro sieht er gerne, weil es um seine Lieblingsfarbe rot, um Feuer und um das goldene Schwert geht. Galileo mag er weil es um die	Begrenzte Fernsehzeit bis 20 Uhr. Kontrolliertes Fernsehen, keine Horrorfilme und nicht willkürliches Fernsehen. Lieblings-sendungen: Galileo und Ninjagro. Lieblingsfigur= roter Ninja. Grund für die Lieblings-sendungen: Lieblingsfarbe Rot, Feuer und goldenes	Begrenzte Fernsehzeit bis 20 Uhr. Kontrolliertes Fernsehen, keine Horrorfilme und nicht willkürliches Fernsehen. Lieblings-sendungen: Galileo und Ninjagro Lieblingsfigur= roter Ninja. Grund für die Lieblings-sen

<p>deine Lieblingsfarbe rot ist und weil es um Feuer und das goldene Schwert geht. Galileo gefällt dir weil es da um die Welt geht. Und ähm. Ja du verpasst die Sendungen manchmal weil du zu lange draußen bist. Gar nicht magst du die Nachrichten oder Schwarz-Weiß-Filme. Und. Dir gefällt Ninjagro weil der rote Ninja ist mutig und lustig. Du glaubst nicht dass das mit dem Leben zu tun hat und du wärst gerne einmal der rote Ninja.</p>	<p>Welt geht. Er verpasst manchmal Sendungen weil er draußen spielt. Er mag keine Nachrichten oder Schwarz-Weiß-Filme. Der rote Ninja von Ninjagro ist mutig und lustig und er würde gerne einmal in seine Rolle schlüpfen.</p>	<p>Schwert und Rätsel um die Welt. Interesse an Rollentausch mit Fantasiefigur roter Ninja.</p>	<p>dungen: Lieblingsfarbe Rot, Feuer und goldenes Schwert und Rätsel um die Welt. Interesse an Rollentausch mit Fantasiefigur roter Ninja.</p>
---	---	---	--

10.1.2.3 Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

Wie fühlst du dich beim Fernsehen? Wie geht es dir wenn du fernsehen kannst?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Entspannt, ruhig.	Junge ist beim Fernsehen entspannt und ruhig.	Entspannt und ruhig beim Fernsehen	Beim Fernsehen entspannt und ruhig.
Bist du aufgeregt wenn du fern siehst oder entspannt?			Nur bei spannenden Inhalten aufgeregt. Beim Spielen mehr Aufregung als beim
Ja wenn etwas Spannendes kommt, aber da kommt dann immer Werbung.	Kind erklärt, dass wenn etwas Spannendes passiert, kommt Werbung.	Bei Spannung immer Werbung.	

Also bist du manchmal aufgeregt oder nicht.			Fernsehen.
Ja - manchmal schon, da bin ich gespannt was passiert.	Junge ist aufgeregt wenn er gespannt ist, was als nächstes passiert.	Aufregung bei spannenden Inhalten.	
Ja. Fühlst du dich entspannter beim Fernsehen als beim Spielen mit anderen Kindern? Oder bist du beim Spielen aufgedrehter?			
Aufgedrehter. Weil beim Fernsehen streitet ja keiner mit mir. Manchmal schon. Ich schau fernsehen und der Papa kommt runter und schaut einfach Nachrichten.	Beim Spielen ist das Kind aufgedrehter als beim Fernsehen, da beim Fernsehen niemand mit ihm streitet. Nur manchmal muss er sich ärgern, nämlich wenn sein Vater Nachrichten sehen will.	Beim Spielen mehr Aufregung als beim Fernsehen.	

Konzentration und Merkfähigkeit

Echt. Dann. Bist du beim Lesen, Lernen konzentrierter und ruhiger als beim Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Äh. - Nein.	Junge ist beim Lernen nicht konzentrierter als beim Fernsehen.	Weniger Konzentration beim Lesen und Lernen als beim Fernsehen.	Weniger Konzentration beim Lesen und Lernen als beim Fernsehen.
Wo bist du konzentrierter?			Beim

Beim Fernsehen. Aber es ist -- ja wenn die Mama unten fern sieht und wir HÜ machen, das lenkt uns ja ab.	Beim Fernsehen ist der Junge konzentrierter. Wenn Mutter fern sieht neben der HÜ, lenkt das den Jungen ab.	Beim Fernsehen mehr Konzentration.	Fernsehen mehr Konzentration. Gute Konzentration auf Filme.
Passt. Kannst du dich gut auf Filme konzentrieren?			Gute Merkfähigkeit der Fernsehinhalte.
Ja.	Konzentriert sich gut auf Filme.	Gute Konzentration auf Filme.	Spannendes fesselt.
Kannst du dir die Inhalte der Fernsehserien und Filme gut merken?			
Ja. Z.B. von Transformer Teil 2. Das habe ich immer noch im Kopf.	Kann sich Fernsehinhalte gut merken. z.B. von Transformer Teil 2, weiß er noch alles.	Gute Merkfähigkeit der Fernsehinhalte.	
Lässt du dich gerne von etwas Spannendem fesseln?			
Wie fesseln.	Junge fragt nach, was mit der Frage gemeint ist.	Nachfragen.	
Wenn etwas Spannendes ist, musst du dann unbedingt schauen?			
Ja.	Junge lässt sich gerne von etwas Spannendem fesseln.	Spannendes fesselt.	
Denkst du beim Fernsehen oft an etwas anderes bzw. lässt du dich oft ablenken oder konzentrierst du dich voll und ganz auf den Film?			

Ich lass mich nie ablenken, außer Pauli oder Flecki gehen vor dem Fernseher. Dann muss ich sie wegtun.	Kind lässt sich beim Fernsehen nicht ablenken. Nur Pauli und Flecki stören manchmal vor dem Fernseher und er muss sie wegtun.	Keine Ablenkung beim Fernsehen.	Keine Ablenkung beim Fernsehen.
--	---	---------------------------------	---------------------------------

Zusammenhänge

D.h. mit Freunden spielst du lieber als das Fernsehen.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ja. Wenn wir was Gescheites spielen.	Kind spielt lieber mit Freunden als fernzusehen.	Lieber Spielen.	Spielen beliebter als Fernsehen.

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Also ich werde wieder zusammenfassen. Also du kannst dich beim Fernsehen gut konzentrieren und du kannst dir die Inhalte gut merken. Wenn etwas Spannendes ist, bist du voll interessiert dabei. Du lässt dich nicht ablenken, außer deine Katze ist im Weg und du siehst nichts. Also du bist beim fernsehen entspannt und ruhig. Wenn etwas Spannendes kommt, dann kommt meistens Werbung	Junge kann sich beim Fernsehen gut konzentrieren und die Inhalte auch merken. Ist interessiert an spannenden Inhalten und lässt sich nicht ablenken, außer wenn seine Katze das Bild stört. Beim Fernsehen ist er entspannt und ruhig. Wenn etwas Spannendes kommt ist meistens Werbung. Kind ist aber aufgeregt, wenn etwas Spannendes	Gute Konzentration beim Fernsehen. Gute Merkfähigkeit der gesehenen Inhalte. Keine Ablenkbarkeit. Entspannt und ruhig beim Fernsehen. Aufregung bei spannenden Inhalten. Mehr Aufregung beim Spielen als beim Fernsehen. Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lesen und Lernen.	Gute Konzentration beim Fernsehen. Gute Merkfähigkeit der gesehenen Inhalte. Keine Ablenkbarkeit. Entspannt und ruhig beim Fernsehen. Aufregung bei spannenden Inhalten. Mehr Aufregung beim Spielen

aber du bist aufgereggt, weil du nicht weißt was passiert. Beim Spielen bist du aufgedrehter als beim Fernsehen. Und du bist beim Fernsehen konzentrierter als beim Lernen und beim Lesen.	passiert. Beim Spielen ist er aber aufgedrehter als beim Fernsehen. Bei Fernsehen ist er konzentrierter als beim Lernen und Lesen.		als beim Fernsehen. Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lesen und Lernen.
---	--	--	--

10.1.2.4 Stellenwert des Mediums

Was bedeutet für dich das Fernsehen? Bzw. wie wichtig ist für dich Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Wichtig.	Fernsehen ist für den Jungen wichtig.	Fernsehen ist wichtig.	Stellenwert des Fernsehens für den Jungen: Allgemein: Wichtig, manchmal nicht so wichtig. Anforderungen an das Fernsehen: Cool, lustig und spannend
Könntest du ohne auch leben?			
Bei manchen Tagen denke ich ja, bei manchen nicht. An manchen Tagen ist es wichtig und manchmal nicht so. Wenn ich draußen gern spiele mit dem Noah und dem Christopher und dann muss ich hinein dann kann ich nicht mehr spielen. Dann zieh ich mich aus und geh schlafen.	An manchen Tagen ist das Fernsehen nicht so wichtig aber manchmal schon.	Manchmal ist Fernsehen wichtig, manchmal nicht.	
Was ist dir wichtig beim Fernsehen?			
Das es lustig und spannend und cool ist.	Fernsehen soll nach dem Jungen lustig, spannend und cool sein.	Anforderungen an das Fernsehen: Cool, lustig und spannend	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Aha. Gut. D.h. Manchmal ist dir das Fernsehen wichtig, manchmal nicht. Das Spiel mit Freunden ist dir wichtiger. Dir ist wichtig, dass es lustig und cool ist.	Junge sagt, dass manchmal Fernsehen für ihn wichtig ist, aber dass das Spiel mit Freunden wichtiger ist. Fernsehen muss cool und lustig sein.	Fernsehen wichtig, aber Spiel mit Freunden wichtiger. Fernsehen muss cool und lustig sein.	Fernsehen wichtig, aber Spiel mit Freunden wichtiger. Fernsehen muss cool und lustig sein.

10.1.2.5 Soziales Profil des Kindes

Passt. Dann haben wir nur noch leichte Fragen. Du bist der Nico. Wie alt bist du?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Zehn.	Nico ist zehn Jahre alt und lebt mit Papa, Mama, Sandro und seinen Tieren in einem Haus.	Zehnjähriger Junge der mit seiner Familie, die sich aus Vater, Mutter, Bruder und Haustieren zusammensetzt in einem Haus wohnt. Hat Fernseher, Computer und DVD Player im Zimmer. Liebt Spiele zum zusammenbauen wie Bionical und Lego. Gutes Familienverhältnis, nur	Zehnjähriger Junge der mit seiner Familie, die sich aus Vater, Mutter, Bruder und Haustieren zusammensetzt in einem Haus wohnt. Hat Fernseher, Computer und DVD Player im Zimmer. Liebt Spiele zum zusammenbauen wie Bionical und
Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen? Wer ist alles in deiner Familie?			
Äh. Papa, Mama. Soll ich die Haustiere auch aufsagen?			
Wie du magst.			
Sandro, ich, Flecki, Pauli, Tigi Tiger, Hamsti, Hamsti. Aber manche sind schon gestorben.			
Aha gut. Du wohnst in einem Haus?			
Ja.			

Was ist in deinem Zimmer alles drin?	In seinem Zimmer stehen ein Schreibtisch, zwei Kästen, ein Nachttisch, ein Computer, ein Fernseher, ein Receiver, ein DVD Player, ein Bett und eine Kiste mit Spielsachen.	manchmal Streit mit Bruder. Wunsch nach Lichtschwert. – Fantasie.	Lego. Gutes Familienverhältnis, nur manchmal Streit mit Bruder. Wunsch nach Lichtschwert. – Fantasie.
Schreibtisch, zwei Kästen, Nachttisch, ähm - , ein Computer ein Fernseher, ein Receiver, ein DVD Abspieler.			
Bett?			
Ja.			
Spielsachen.			
Ja habe ich eine ganze Kiste und am Kasten auch ganz viel.	Am besten gefällt ihn Bionical, das sind Figuren die man zusammenbauen kann. Nico wünscht sich ein Lichtschwert. Sein Verhältnis zu den Familienmitgliedern ist gut, nur manchmal streitet er mit seinem Bruder. Er hat mehrere beste Freunde.		
Was gefällt dir an deinen Sachen am besten?			
Bionical. Da habe ich eine Sammlung.			
Was ist das?			
Solche Figuren. Da gibt es eine Serie, bzw. da hat es eine gegeben. Da gibt es auch neue. Die baue ich erst zusammen, weil es manchmal schwierig oder lustig ist.			
Ah das sind Figuren die du erst zusammenbauen musst.			
Ja. So oder so Lego Autos.			
Was gefällt dir gar nicht?			
Zum zusammenbauen?			

Nein allgemein von deinen Spielsachen.			
Fällt mir gar nichts ein.			
Gibt es etwas, was du dir besonders wünschst?			
Ein Lichtschwert, dass ich alles durchtrennen kann. Gibt es aber leider nicht.			
Wie ist dein Verhältnis zu den Familienmitgliedern?			
Gut aber manchmal streite ich mit meinem Bruder.			
Gut. Hast du einen besten Freund?			
Äh. Schwierig. Der Johannes kennt mich seit der Geburt. Der Flo ist ein guter Freund, der Noah seit dem Kindergarten.			
Ich glaube du hast mehrere gute Freunde.			
Ja.			

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Also ich fasse wieder zusammen. Du bist zehn. Deine Familie setzt sich aus Papa, Mama, Sandro, Flecki, Pauli Tigi, Hamsti und Hamsti zusammen. N: Tiger. Ja genau. Hab ich	Nico ist zehn. Seine Familie setzt sich aus Vater, Mutter, Sandro, Flecki, Pauli, Tigi, Hamsti und Hamsti und Tiger zusammen. Er wohnt in einem	Zehnjähriger Junge. Familie wohnt in einem Haus. (Vater, Mutter, zwei Söhne und Haustiere). Computer, Fernseher und DVD Player	Zehnjähriger Junge. Familie wohnt in einem Haus. (Vater, Mutter, zwei Söhne und Haustiere). Computer,

<p>notiert. Dann. du wohnst in einem Haus. In deinem Zimmer hast du ein Bett, einen Kasten, einen Computer, einen Fernseher, einen Receiver, einen DVD Player, eine Spielkiste. Am liebsten spielst du mit dem Bionical. Das sind Figuren die du zusammenbauen kannst und mit Lego. Was dir nicht gefällt, dazu fällt dir nichts ein. Du wünschst dir ein Lichtschwert. Manchmal streitest du mit deinem Bruder. Und du hast mehrere gute Freunde. Perfekt.</p>	<p>Haus. In seinem Zimmer stehen ein Bett, ein Kasten, ein Computer, ein Fernseher, ein Receiver, ein DVD Player und ein Spielzeugkiste. Am liebsten spielt er Bionical. Das sind Figuren zum Zusammenbauen und Lego. Er wünschst sich ein Lichtschwert. Manchmal streitet er sich mit seinem Bruder. Nico hat mehrere gute Freunde.</p>	<p>sowie Spielzeug im Zimmer. Mag Lego und Bonical – Spiele zum Zusammenbauen. Gutes Familienverhältnis. Manchmal Streit mit Bruder. Mehrere gute Freunde. Wunsch nach Fantasie-Lichtschwert.</p>	<p>Fernseher und DVD Player sowie Spielzeug im Zimmer. Mag Lego und Bonical – Spiele zum Zusammenbauen. Gutes Familienverhältnis. Manchmal Streit mit Bruder. Mehrere gute Freunde. Wunsch nach Fantasie-Lichtschwert.</p>
---	--	---	--

10.2 Empirischer Auswertungs-Teil - Kinder mit ADHS-DIAGNOSE

10.2.1 Interview Fabian

Das Interview wurde im Direktorinnenzimmer durchgeführt. Die Direktorin war teilweise im Hintergrund anwesend. Dadurch konnte dem Jungen eine gewisse Sicherheit vermittelt werden. Der Bub war nicht sehr gesprächsbereit. Er konnte nicht in vollen Sätzen antworten. Dies lässt sich möglicherweise durch den Einfluss von Medikamenten – laut Direktorin bekommt das Kind Ritalin zur Konzentrationsförderung bzw. Ruhigstellung erklären. Die Konzentration war während des Gespräches nur auf die Interviewsituation gerichtet. D.h. das Kind konnte sich sehr gut auf die Situation einstellen und ließ sich nicht durch die Hintergrundgeräusche ablenken.

Die Antworten auf meine Fragen waren nicht immer passend. Es lässt sich nicht genau feststellen, ob das teilweise Unvermögen, meine Fragen korrekt zu

beantworten, auf die Wirkung des Medikamentes oder auf den kindlichen Entwicklungsstand zurückzuführen ist.

Wie am Gesprächsverlauf zu erkennen ist, konnte ich nur durch ständiges Wiederholen des Gesagten sowie durch häufiges, konkretes Nachfragen, dem Kind Antworten entlocken. Im Laufe des Gespräches wurde der Bub offener und versuchte mehr zu erzählen, was ihm jedoch am Ende des Gespräches nicht mehr gelang. Die kürzeren Antworten im zweiten Teil des Interviews, die sich auf die Fragen zur Konzentration und Gefühlslage des Kindes bezogen, könnten auch durch die direkten Fragestellungen, die nicht konkret eine ausführlichere Antwort erfordern, erklärt werden.

Anfangs war das Gespräch durch Unsicherheit auf der Seite des Jungen gekennzeichnet, die jedoch im Laufe des Interviews verschwand. Interessiert verfolgte der Bub das Gespräch und freute sich zu antworten. Die Freude, Informationen über sein Fernsehverhalten bzw. über seine Lieblingsserien offen zu legen, steht aber im Gegensatz, zu seinen dürftigen, kurzen und oftmals unvollständigen Antworten. Dies könnte möglicherweise darauf hindeuten, dass eventuell durch die Wirkung des Medikamentes, sein Erzählvermögen in dieser Situation eingeschränkt war, bzw., dass sein Erzählvermögen durch das Medikament gehemmt war. Es ist jedoch anzumerken, dass es hierbei lediglich um Spekulationen handelt, die, die aufgrund von Informationsmangel, nicht in die Wertung miteinbezogen werden können.

Kategorienbildung

Einstieg mit erzählgenerierender Fragestellung:

- 1) Erstmal danke, dass du mit mir das Interview führst. Ich weiß nicht ob du das weißt, aber für meine Diplomarbeit befrage ich Kinder zu ihrem Fernsehverhalten. D.h. ich möchte wissen, was euch interessiert beim Fernsehen, was ihr gerne schaut, warum ihr das gerne anschaut, ob ihr aufmerksam seid beim Fernsehen. Ga?
- 2) Das Interview wird aufgenommen wie du siehst, damit ich das am Computer abtippen kann. Ähm Alles was du sagst wird anonym bleiben, die Daten werden auch nicht weitergegeben und nur ich selbst werde es bearbeiten. Das Gespräch wird maximal eine halbe Stunde dauern und

ähm - während des Interviews werde ich das was du gesagt hast immer zusammenfassen und wiederholen, damit ich sicher gehen kann, dass ich auch alles verstanden habe was du gesagt hast. Ahm.

- 3) Du kannst mich immer unterbrechen, korrigieren oder etwas hinzufügen, wenn du etwas nicht verstanden hast, einfach nachfragen. Du sagst einfach was dir einfällt.

	Erzähl mal, wie so ein typischer Tag bei dir aussieht.	Interviewer gibt Erzählrichtung vor und bittet den Gesprächspartner zu erzählen.	Eingrenzung des Inhalts, Anforderungen werden formuliert, Fokus wird auf ein Thema gelenkt.
--	--	--	---

I: Freizeitverhalten mit Zusammenhängen

- 4) Lego spielen tust du? Wann stehst du in der Früh auf.
- 5) Verschieden? Z.B. wenn du Schule hast?
- 6) Wow so früh. - Dann stehst du auf...
- 7) Dann gehst du frühstücken. Aha.
- 8) Was machst du nach dem Anziehen?
- 9) In die Schule gehen, aha. Was tust du nach der Schule.
- 10) Aha du gehst in den Hort. Wie lange?
- 11) Ca?
- 12) Aha. Was machst du am Abend oder nach dem Hort?
- 13) Brav. So fleißig. Dann Was machst du sonst nach der Schule noch so, außer Lego spielen oder in den Hort gehen.
- 14) Wie? Nintendo spielen. Aha. Was machst du wenn du mit Freunden zusammen bist?
- 15) Geht das?
- 16) Wie funktioniert das?
- 17) Ok. Dann. Was machst du wenn du alleine bist?
- 18) Auch Nintendo spielen. Immer Nintendo spielen?

- 19) Was hast du für Lego?
- 20) Cool. Super. Ähm. Was spielst du am liebsten?
- 21) Super MARIO?
- 22) Warum gefällt dir das so gut?

Zusammenfassung

- 23) Aha. Also. D.h.: Du stehst so um sechs auf, dann frühstückst du, dann gehst du in die Schule. Nach der Schule gehst du in den Hort. Danach spielst du meistens Nintendo oder Lego. Wenn du dich mit Freunden triffst, spielst du auch gern Nintendo, da stellst du eine Verbindung her.
- 24) Oder hinausgehen. Ah. Im Freien. Ok. Hab ich noch etwas vergessen. Und.... du spielst gern Super Mario.

II: Fernsehen

Häufigkeit und Dauer

- 25) Glaub ich dir. Wie oft darfst du fernsehen?
- 26) Ein paar Mal? Ähm. Wie lang darfst du schauen?
- 27) Ein bisschen. Schaust du eine Sendung oder zwei, oder fünf, sechs?
- 28) Schon mehrere. Ok. Darfst du so lange schauen wie du willst, oder?
- 29) Also du darfst nicht so lang schauen. Oder, sagt die Mama nichts.
- 30) Nur unter der Woche darfst du nicht so lang? Oder schon?

Interesse

- 31) Passt. Wie steht's mit dem Fernsehen? Schaust du gern fern?
- 32) Darfst du alle Sendungen anschauen? Darfst du welche nicht sehen?
- 33) Achso. Hi hi. Super. Was schaust du am liebsten?
- 34) Wie heißt das?
- 35) Ok. Das kenne ich. Warum schaust du die Sendungen gern an? Was gefällt dir daran?
- 36) Weil es lustig ist? Was ist daran so lustig?
- 37) Bei Haus Anubis z.B.? Wer schimpft da?

- 38) Aha. Er schimpft so. Ok. Schaust du die Sendungen immer an, oder verpasst du auch welche?
- 39) Aha. Welche Sendung magst du gar nicht?
- 40) Es gibt keine? Das gibt's ja nicht! Schaust du gern Dokumentationen?
- 41) Dann. Was ist deine Lieblingsfigur im Fernsehen?
- 42) Aha. Kannst du so einen Polizisten beschreiben? Das würde mich interessieren.
- 43) Dünn und dick? Aha.
- 44) Andere Uniform?
- 45) Achso? Wie sind sie sonst? Einfach nur lustig?
- 46) Kannst du dich richtig hineinleben in die Polizisten?

Realitätsbezug

- 47) Super. Welche Rolle spielen die Figuren für dich selber? Was ist dir an ihnen so wichtig? Sind sie mutig, sind sie --?
- 48) Echt? Gar nicht so wie ein Polizist bei uns ist?
- 49) Aha. Kannst du dir vorstellen, dass solche Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben?
- 50) Nicht immer. Ähm. Stell dir vor du könntest einen Tag eine Figur im Fernsehen sein, welche wärst du?
- 51) Gar keine? Gibt's keine?
- 52) Der Homer Simpson, echt? Wieso das?
- 53) Bist du auch so lustig?
- 54) Super. Was hat der Homer Simpson für dich?

Zusammenfassung

- 55) Weil er Blödsinn redet? Also ich werde wieder zusammenfassen: Ich hoffe ich habe alles richtig verstanden. Und zwar: Du schaust gern fern, darfst ein paar Mal am Tag schauen, am Wochenende länger unter der Woche nicht so viel. Du darfst alle Sendungen sehen, außer Horrorfilme, aber die siehst du heimlich an. Du siehst gern Sponge Bob, Notruf Hafenkante, die Simpsons und das Haus Anubis. Dir gefällt das weil es so lustig ist, z.B. der Herr Rodemir aus Haus Anubis schimpft so. Du

siehst das Haus Anubis meistens freitags. Ähm. Es gibt keine Sendungen die du nicht magst. Du magst eigentlich alle Sendungen. Deine Lieblingsfiguren sind die Polizisten von Notruf Hafenkante, weil sie viel „Schmäh“ machen. Die sind dünn und dick und haben andere Uniformen weil sie aus Hamburg kommen, sie sind hautnah, mutig und fahren viel zu schnell und sind das Gegenteil von einem Polizisten bei uns. Ähm. Die Geschichten haben für dich nicht immer etwas mit dem Leben zu tun. Du wärst gern einmal der Homer Simpson weil er so lustig ist und so viel Blödsinn redet.

III: Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

- 56) Echt. Ist ja lustig. Ja. Dann. Wie fühlst du dich beim Fernsehen?
- 57) Kannst du das beschreiben?
- 58) Bist du entspannt beim Fernsehen oder --?
- 59) Hast du Freude am Fernsehen?
- 60) Bist du manchmal auch aufgeregt beim Fernsehen?
- 61) Nicht aufgeregt. Ok. Fühlst du dich entspannter beim Fernsehen als beim Spielen mit den anderen Kindern?

Konzentration und Merkfähigkeit

- 62) Ja. Beim Spielen ist immer Aktion.- Kannst du dich beim Lesen oder Lernen besser konzentrieren als beim Fernsehen?
- 63) Beim Fernsehen besser?
- 64) Das heißt du kannst dir die Inhalte der Fernsehserien gut merken.
- 65) Lässt du dich gern von etwas Spannendem fesseln?
- 66) Wie ist das wenn du dich ins Fernsehen hineinversetzt?
- 67) Dh du verfolgst das ganz genau mit?
- 68) Aha. Denkst du beim Fernsehen oft an etwas anderes oder lässt du dich oft ablenken, oder konzentrierst du dich voll auf den Film?

Zusammenfassung

- 69) Da muss man sich nicht so anstrengen, oder? Dh. Du bist beim Fernsehen entspannt, du freust dich wenn du fernsehen kannst. Du bist

nicht aufgeregt. Ähm. Beim Fernsehen bist du entspannter als beim Spielen. Ähm. Beim Fernsehen bist du besser konzentriert, da du nur schauen musst. Kannst du dich auf Filme gut konzentrieren.

- 70) Lässt dich gar nicht ablenken. Super. Ich werde dann wieder zusammenfassen. Und zwar: Du konzentrierst dich gut auf Filme. Du kannst dir die Inhalte gut merken. Es ist blöd wenn Werbung ist, weil du dich so fesseln lässt. Super.

IV: Stellenwert des Medium

- 71) Was bedeutet für dich Fernsehen?
72) Alles. Also ist es dir sehr wichtig.
73) Was ist dir so wichtig am Fernsehen?

Zusammenfassung

- 74) Also: Für dich ist Fernsehen sehr wichtig. Das Wichtige daran sind die Filme, weil sie lustig sind.

V: Soziales Profil des Kindes

- 75) Ja du bist der - ?
76) Wie alt bist du?
77) Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen?
78) Wie schaut dein Zimmer aus? Was ist da alles drinnen?
79) Aha.
80) Lego?
81) Was gefällt dir an deinen Sachen am Besten?
82) Was gefällt dir gar nicht?
83) Also dir gefällt alles. Gibt es etwas was du dir wünschst?
84) Wunschlos glücklich also. Ähm. Wie ist das Verhältnis zu den Familienmitgliedern?
85) Hast du einen besten Freund?
86) Super. Also d.h. du bist der Fabian, in deiner Familie gibt's die Mama, den Papa und zwei Omas. Eine in Graz und eine in Warmbad.

Zusammenfassung

- 87) Du wohnst in einer Pension. In deinem Zimmer hast du ein Poster von Haus Anubis, einen PC, Stofftierschafe, einen Tiger, einen Hund und ein Bett. Das Lego hast du im Wohnzimmer. Dir gefällt es weil so farbenfroh ist. Dir gefällt alles in deinem Zimmer und du hast keine Wünsche. Du verstehst dich mit allen gut und dein bester Freund ist dein Nachbar.

Suche nach Äußerungen, in denen das Gesagte reverbalisiert wurde

Alle Zusammenfassungen, Nachfragen...

Welche metakommunikativen Äußerungen lassen sich ausmachen?

Aha;(sehr häufig)

Wow so früh; brav; cool; Achso; echt; super;

Bedanken:

Dann sage ich danke für das tolle Interview. Wie du weißt werde ich es am Computer abtippen. Deine Daten bleiben anonym und danke für den Einblick in dein Medienleben.

Die Zusammenhänge wurden aufgrund der Notwendigkeit des häufigen Nachfragens und des schleppenden Interviewverlaufes direkt in die Kategorien eingebaut und nicht extra ausgewiesen.

Analyse

10.2.1.1 Freizeitverhalten:

Erzähl mal, wie so ein typischer Tag bei dir aussieht.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Lego spielen	Kind erzählt bzw. sagt, dass seine Alltagsbeschäftigung Lego spielen sei.	Alltagsbeschäftigung: Legospielen.	Alltagsbeschäftigung ist Legospielen, steht an Schultagen um sechs auf.
Lego spielen tust du? Wann stehst du in der Früh auf?			
Verschieden.	Kind steht morgens	Unterschiedliche Zeiten des	

	„verschieden“ auf.	Aufstehens am Morgen.	
Verschieden? Z.B. wenn du Schule hast?			
Irgendwann einmal um sechs vorbei.	An Schultagen steht der Junge um ca. sechs auf.	An Schultagen: Aufstehen um sechs.	
Wow so früh. - Dann steht du auf -?			
Dann geh ich frühstücken.	Nach dem Aufstehen geht er frühstücken.	Frühstück nach dem Aufstehen.	Nach dem Aufstehen Frühstück, Anziehen und Gang zur Schule. Nach der Schule ist der Junge im Hort.
Dann gehst du frühstücken. Aha.			
Dann anziehen.	Danach zieht der Junge sich an.	Anziehen nach dem Frühstück.	
Was machst du nach dem Anziehen?			
In die Schule gehen.	Anschließend geht er in die Schule.	Weg zur Schule	
In die Schule gehen, aha. Was tust du nach der Schule?			
Ich gehe in den Hort.	Nach der Schule geht der Junge in den Hort.	Hort nach der Schule.	Wird entweder um halb fünf oder um halb zwei vom Hort abgeholt. Abends: Lego spielen und Lernen.
Aha du gehst in den Hort. Wie lange?			
Verschieden.	Kind bleibt unterschiedlich lange im Hort.	Unterschiedliche Abholzeit im Hort.	
Ca?			
Bis halb fünf oder bis halb zwei.	Kind bleibt entweder bis halb fünf oder bis halb zwei im Hort.	Halb fünf oder halb zwei – Abholung vom Hort.	
Aha. Was machst du am Abend oder nach dem Hort?			Spielt alleine und mit Freunden gerne Nintendo Ds. Super Mario als Lieblingsspi el.
Dann geh ich Lego spielen und dann ich geh lernen.	Nach dem Hort bzw. am Abend spielt er Lego und geht lernen.	Lego spielen und lernen am Abend.	
Brav. So fleißig. Dann Was machst du sonst nach der Schule noch so, außer Lego			

spielen oder in den Hort gehen?			
Nintendo DS spielen.	Nach der Schule spielt das Kind auch gerne Nintendo DS.	Nintendo DS	
Wie? Nintendo spielen. Aha. Was machst du wenn du mit Freunden zusammen bist?			
Nintendo spielen	Mit den Freunden spielt er auch Nintendo DS.	Auch mit Freunden Nintendo DS-Spiel.	
Geht das?			
Ja.	Es funktioniert auch mit Freunden.	Nachfragen und wiederholen.	
Wie funktioniert das?			
Da kann man eine Verbindung herstellen.	Es wird eine Verbindung hergestellt zwischen den Nintendo Geräten.	Verbindung der Nintendo-Geräte.	
Ok. Dann. Was machst du wenn du alleine bist?			
Auch Nintendo spielen.	Alleine spielt er auch Nintendo.	Alleine auch Nintendo Spiel.	
Auch Nintendo spielen. Immer Nintendo spielen?			
Und Lego.	Nintendo spielen und Lego spielen macht er am meisten.	Meistens Nintendo spielen und Lego spielen.	
Was hast du für Lego?			
Eine Straßenbahn.	Hat eine Straßenbahn aus Lego.	Straßenbahn aus Lego.	
Cool. Super. Ähm. Was spielst du am liebsten?			
Mario	Spielt am liebsten Mario.	Lieblingsspiel ist Mario.	
Super MARIO?			

Mhm.	Nachfrage ob das Spiel Super Mario heißt wird bestätigt.	Super Mario	
Warum gefällt dir das so gut?			
Weil man da Welten freischalten kann.	Kind gefällt das Spiel weil man Welten freischalten kann.	Gefallen aufgrund der Tatsache, dass man Welten entdecken kann.	
Aha. Also. Dh: Du stehst so um sechs auf, dann frühstückst du, dann gehst du in die Schule. Nach der Schule gehst du in den Hort. Danach spielst du meistens Nintendo oder Lego. Wenn du dich mit Freunden triffst spielst du auch gern Nintendo, da stellst du eine Verbindung her. F: Oder hinaus gehen. I: Oder hinaus gehen. Ah. Im Freien. Ok. Hab ich noch etwas vergessen. Und.... du spielst gern Super Mario. F: Ja.	Kind steht um sechs auf, frühstückt dann und geht in die Schule. Nach der Schule geht der Junge in den Hort. Danach spielt er gerne Nintendo oder Lego. Wenn er alleine ist, spielt er auch gerne Nintendo und mit Freunden stellt er eine Verbindung zwischen den Nintendo-Geräten her. Hinaus geht das Kind auch gerne. Sein Lieblingsspiel ist Super Mario.	Aufstehen um sechs, dann Schule und Hort. Spielt gern Nintendo und Lego mit Freunden und allein. Lieblingsspiel am Nintendo = Super Mario	Aufstehen an Schultagen: Sechs Uhr Morgens. Schule und Hort. Lego spielen und Nintendo DS spielen im Vordergrund. . Super Mario als Lieblingsspiel (am Nintendo – mit Freunden und alleine). Gerne im Freien.

10.2.1.2 Fernsehen:

Häufigkeit und Dauer

Glaub ich dir. Wie oft darfst du fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ein paar Mal.	Kind darf ein paar Mal fernsehen.	Fernsehen ein paar Mal	Sieht mehrere Sendungen am Tag.
Ein paar Mal? Ähm. Wie lang darfst du schauen?			Unter der Woche, sprich an

Am Wochenende darf sehr lang sehen.	Am Wochenende darf er lange sehen.	Am Wochenende lange Fernsehdauer.	Schultagen eingeschränkte Fernsehdauer. Mutter bestimmt an diesen Tagen die Fernsehdauer. Unterschiedliche Fernsehdauer am Wochenende und unter der Woche. Unter der Woche wird die Dauer durch die Mutter bestimmt.
Aha. Und unter der Woche?			
Nicht so viel.	Unter der Woche darf das Kind nicht so viel sehen.	Unter der Woche weniger.	
Und. Was heißt: „nicht so viel“?			
Ein bisschen.	Konkretisierung des Begriffes „nicht so viel“. Ein bisschen.	Nicht so viel heißt ein bisschen.	
Ein bisschen. Schaust du eine Sendung oder zwei, oder fünf, sechs?			
Schon mehrere.	Nochmals Vertiefung der vorangegangenen Frage: Kind sieht mehrere Sendungen.	Mehrere Sendungen.	
Schon mehrere. Ok. Darfst du so lange schauen wie du willst, oder?			
Nicht so.	Darf nicht so lange sehen wie er möchte.	Einschränkung der Fernsehdauer.	
Sagt die Mama du sollst ins Bett gehen?			
Nein.	Laut Kind sagt die Mutter nicht, dass er schlafen gehen sollte.	Keine Anweisung der Mutter zur Bettruhe.	
Also du darfst nicht so lang schauen. Oder, sagt die Mama nichts?			

Nichts. Nur unter der Woche.	Die Mutter ermahnt ihn nur unter der Woche und bestimmt die Fernsehdauer bzw –zeiten.	Mutter bestimmt unter der Woche die Fernsehdauer.	
Nur unter der Woche darfst du nicht so lang? Oder schon?			
Darf ich nicht so lang.	Unter der Woche darf der Junge nicht so lange fernsehen.	Unter der Woche Fernsehdauer kürzer.	

Interesse

Passt. Wie steht's mit dem Fernsehen? Schaust du gern fern?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ja.	Kind sieht gerne fern.	Gerne Fernsehen	Fernsehen beliebt.
Darfst du alle Sendungen anschauen? Darfst du welche nicht sehen?			Darf bis auf Horrorfilme alle Sendungen sehen.
Ich darf alle sehen, außer Horrorfilme, aber meistens schaue ich sie heimlich.	Kind darf bis auf Horrorfilme, die er oft aber heimlich sieht, alle Sendungen sehen.	Bis auf Horrorfilme keine Einschränkungen der Sendungen.	Lieblings-sendungen: Notruf Hafenkante, Sponge Bob, die Simpsons und Haus Anubis.
Achso. Hi hi. Super. Was schaust du am liebsten?			Empfindet „Schimpfen“ als „Lustig“.
Sponge Bob, Notruf -	Sieht am liebsten Sponge Bob und ...	Sponge Bob	Wichtig ist, dass die Sendungen lustig sind.
Wie heißt das?			Will gerne Polizist werden.
Notruf Hafenkante, die Simpsons, das Haus Anubis.	Am liebsten Notruf Hafenkante, die Simpsons, das Haus Anubis.	Notruf Hafenkante, die Simpsons, Haus Anubis.	

Ok. Das kenne ich. Warum schaust du die Sendungen gern an? Was gefällt dir daran?			Lieblingsfigur in seinen Lieblingssendungen sind die Polizisten. Merkt an, dass die Uniform anders ist, als die Uniform der Polizisten in Österreich. Versetzt sich gerne in die Rolle der Polizisten beim Fernsehen.
Weil es lustig ist.	Sendungen gefallen dem Kind weil sie aus seiner Sicht lustig sind.	Lustige Sendungen.	
Weil es lustig ist? Was ist daran so lustig?			
Weil der Hausherr immer so schimpft mit denen.	Lustig ist, wenn der Hausherr schimpft.	Schimpfen ist lustig.	
Bei Haus Anubis z.B.? Wer schimpft da?			
Der Herr Rodemir.	Nachfrage wer schimpft? Herr Rodemir aus Haus Anubis schimpft	Nachfragen zur Aufklärung	
Aha. Er schimpft so. Ok. Schaust du die Sendungen immer an, oder verpasst du auch welche?			
Ich schau sie meistens am Freitag an.	Sieht die Sendung meistens freitags.	Sendung (Haus Anubis) wird freitags gesehen.	
Aha. Welche Sendung magst du gar nicht?			
Es gibt keine, die ich nicht mag.	Keine Sendung die das Kind nicht mag.	Mag alle Sendungen.	
Es gibt keine? Das gibt's ja nicht! Schaust du gern Dokumentationen?			
Nicht immer.	Sieht nicht immer gerne Dokumentationen.	Dokumentationen hin und wieder gesehen.	

Dann. Was ist deine Lieblingsfigur im Fernsehen?			
Die Polizisten von Notruf Hafenkante, weil die immer so viel Schmäh machen.	Lieblingsfiguren des Kindes sind die Polizisten von Notruf Hafenkante	Lieblingsfiguren: Polizisten.	
Aha. Kannst du so einen Polizisten beschreiben? Das würde mich interessieren.			
Dünn, dick.	Beschreibung der Polizisten: dünn und dick.	Dünne und dicke Polizisten.	
Dünn und dick? Aha.			
Ja. Andere Uniform.	Die Polizisten haben laut Kind eine andere Uniform.	Uniform	
Andere Uniform?			
Ja, ist ja in Hamburg. Aha. Da werde ich auch Polizist.	Kind erklärt, dass die Polizisten aus Hamburg sind und daher eine andere Uniform tragen. Fügt hinzu, er werde auch Polizist.	Hamburger bzw. Deutsche Uniform Wunsch des Kindes auch Polizist zu werden.	
Achso? Wie sind sie sonst? Einfach nur lustig?			
...und - hautnah.	Die Polizisten sind lustig und hautnah.	Lustig und hautnah.	
Kannst du dich richtig hineinleben in die Polizisten?			
Ah. - Ja.	Kann sich in die Polizisten hineinversetzen.	Versetzt sich in die Rolle der Polizisten.	

Realitätsbezug

Super. Welche Rolle spielen die Figuren für dich selber? Was ist dir an ihnen so wichtig? Sind sie mutig, sind sie?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Mutig. - Und sie fahren viel zu schnell.	Dem Jungen ist an den Figuren, an den Polizisten von Notruf Hafenkante so wichtig, dass sie mutig sind und viel zu schnell fahren.	Lieblingsfiguren, die Polizisten sind mutig und fahren viel zu schnell	Figuren wichtig bzw. imposant, weil sie gegen Regeln verstoßen.
Echt? Gar nicht so wie ein Polizist bei uns ist?			Andersartigkeit der Figur ist interessant. Realitätsbezug des Fernsehens ist aus der Sicht des Jungen nicht immer gegeben. Vorerst kein Wunsch zum Rollentausch mit einer Figur im Fernsehen. Dann doch: Homer Simpson als Wunschidentifikationsperson aufgrund seines lustigen Wesens und seiner blödsinnigen Redensart.
Nein.	Polizisten der Sendung sind nicht so wie ein Polizist bei uns.	Polizisten der Sendung sind anders als wir es gewohnt sind.	
Aha. Kannst du dir vorstellen, dass solche Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben?			
Ein bisschen. Nicht immer.	Kind kann sich vorstellen, dass manches im Fernsehen auch mit dem Leben zu tun hat.	Realitätsbezug nicht immer gegeben aus der Sicht des Jungen.	
Nicht immer. Ähm. Stell dir vor du könntest einen Tag eine Figur im Fernsehen sein, welche wärst du?			
Ähm. Gar keine.	Möchte keine Figur im Fernsehen sein.	Keine Wunschidentifikation mit einer Figur im Fernsehen.	
Gar keine? Gibt's keine?			

Außer der Homer Simpson.	Nochmal nachfragen: Er wäre gerne der Homer Simpson.	Homer Simpson als Rollen-Wunschfigur im Fernsehen.	Bezeichnet sich selbst als lustigen Jungen.
Der Homer Simpson, echt? Wieso das?			
Weil er lustig ist.	Grund für den Wunsch einmal gerne der Homer Simpson im Fernsehen zu sein ist seine lustige Persönlichkeit.	Lustiges Wesen als Grund für den Rollentausch mit Homer Simpson.	
Bist du auch so lustig?			
Ja. Hi. Hi. [lachen]	Er selbst bezeichnet sich auch als lustig.	Lustiger Junge.	
Super. Was hat der Homer Simpson für dich?			
Der redet immer Blödsinn.	Das Besondere an Homer Simpson ist, dass er immer Blödsinn redet.	Wunschfigur redet viel Blödsinn.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Weil er Blödsinn redet? Also ich werde wieder zusammenfassen: Ich hoffe ich habe alles richtig verstanden. Und zwar: Du schaust gern fern, darfst ein paar Mal am Tag schauen, am Wochenende länger unter der Woche nicht so viel. Du darfst alle	Kind sieht gerne fern, darf öfters am Tag fernsehen. Unter der Woche weniger als am Wochenende. Darf bis auf Horrorfilme alle Sendungen sehen. Sieht gerne Sponge Bob, Notruf Hafenkante, die	Sieht gerne fern Sieht mehrere Sendungen am Tag. Wochenends längere Fernsehzeiten als unter der Woche. Keine Horrorfilme, sonst alle Sendungen. Lieblings-	Sieht gerne fern. Sieht mehrere Sendungen am Tag. Wochenends längere Fernsehzeiten als unter der Woche. Keine Horrorfilme, sonst alle

<p>Sendungen sehen, außer Horrorfilme, aber die siehst du heimlich an. Du siehst gern Sponge Bob, Notruf Hafenkante, die Simpsons und das Haus Anubis. Dir gefällt das weil es so lustig ist, z.B. der Herr Rodemir aus Haus Anubis schimpft so. Du siehst das Haus Anubis meistens freitags. Ähm. Es gibt keine Sendungen die du nicht magst. Du magst eigentlich alle Sendungen. Deine Lieblingsfiguren sind die Polizisten von Notruf Hafenkante, weil sie viel Schmähen machen. Die sind dünn und dick und haben andere Uniformen weil sie aus Hamburg kommen, sie sind hautnah, mutig und fahren viel zu schnell und sind das Gegenteil von einem Polizisten bei uns. Ähm. Die Geschichten haben für dich nicht immer etwas mit dem Leben zu tun. Du wärst gern einmal der Homer Simpson weil er so lustig ist und so viel Blödsinn redet.</p>	<p>Simpsons und Haus Anubis. Die Sendungen gefallen dem Kind weil sie lustig sind. Z.B. findet der Junge es amüsant wenn der Herr Rodemir aus Haus Anubis schimpft. Haus Anubis sieht er meistens freitags. Es gibt keine Sendungen die der Junge nicht mag. Seine Lieblingsfiguren sind die Polizisten aus Notruf Hafenkante weil sie lustig sind, gegen Regeln verstoßen und anders sind als Polizisten bei uns. Der Junge denkt, dass die Geschichten im Fernsehen nicht immer mit dem Leben zu tun haben. Er wäre gerne einmal der Homer Simpson, weil er so lustig ist und Blödsinn redet.</p>	<p>sendungen: Sponge Bob, Notruf Hafenkante, Haus Anubis und die Simpsons Lieblingsfiguren: Polizisten von Notruf Hafenkante. Lustig und verstoßen gegen Regeln. Wunsch in die Rolle von Homer Simpson zu schlüpfen.</p>	<p>Sendungen. Lieblings-sendungen: Sponge Bob, Notruf Hafenkante, Haus Anubis und die Simpsons. Lieblingsfiguren: Polizisten von Notruf Hafenkante. Lustig und verstoßen gegen Regeln. Wunsch in die Rolle von Homer Simpson zu schlüpfen.</p>
<p>Bei Notruf Hafenkante hat einer Geburtstag gehabt, dann haben die anderen „Happy</p>	<p>Erzählt noch eine lustige Sequenz aus seiner Lieblingssendung</p>	<p>Lustige Inhalte sind dem Kind wichtig.</p>	<p>Lustige Inhalte sind dem Kind wichtig.</p>

birthday“ gesungen und dann hat er gesagt: „Mann habt ihr schlecht gesungen, ihr bekommt alle eine Anzeige wegen Körperverletzung!“			
---	--	--	--

10.2.1.3 Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

Echt. Ist ja lustig. Ja. Dann. Wie fühlst du dich beim Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Gut.	Kind fühlt sich beim Fernsehen gut.	Gutes Gefühl beim Fernsehen.	Gutes Gefühl beim Fernsehen.
Kannst du das beschreiben?			Fernsehen ist lustig Fernsehen ist
Es ist lustig.	Fernsehen ist nach dem Jungen lustig.	Fernsehen ist lustig.	Entspannung. Freude am Fernsehen.
Bist du entspannt beim Fernsehen oder - ?			Keine Aufregung beim Fernsehen
Ja entspannt.	Kind ist entspannt beim Fernsehen.	Fernsehen ist Entspannung.	Mehr Entspannung beim Fernsehen
Hast du Freude am Fernsehen?			als beim Spielen.
Ja.	Kind hat Freude am Fernsehen.	Freude am Fernsehen.	
Bist du manchmal auch aufgeregt beim Fernsehen?			
Nicht so.	Ist nicht aufgeregt beim Fernsehen.	Keine Aufregung beim Fernsehen.	
Nicht aufgeregt. Ok. Fühlst du dich entspannter beim Fernsehen als beim Spielen mit den anderen Kindern?			

Beim Fernsehen bin ich entspannter.	Beim Fernsehen ist der Junge entspannter als beim Spielen mit Kindern.	Mehr Entspannung beim Fernsehen als beim Spielen.	
-------------------------------------	--	---	--

Konzentration und Merkfähigkeit

Ja. Beim Spielen ist immer Aktion. Kannst du dich beim Lesen oder Lernen besser konzentrieren als beim Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Beim Fernsehen kann ich mich besser konzentrieren.	Beim Fernsehen hat der Junge mehr Konzentration als beim Lesen und Lernen.	Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lesen und Lernen.	Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lesen und Lernen.
Beim Fernsehen besser?			Begründung: Konzentration beim Fernsehen besser, weil keine Anstrengung, nur „Schauen“.
Da brauch ich nur schauen.	Begründung der Konzentration: Beim Fernsehen muss man nur schauen.	Begründung: Konzentration beim Fernsehen besser, weil keine Anstrengung, nur „Schauen“.	Gute Merkfähigkeit der Fernseh-inhalte. Liebt Spannung. Werbung als Störfaktor.
Das heißt du kannst dir die Inhalte der Fernsehserien gut merken.			Gute Verfolgung der Inhalte.
Ja.	Kind kann sich die Inhalte im Fernsehen gut merken.	Gute Merkfähigkeit der Fernseh-inhalte.	Volle Konzentration auf den Film.
Lässt du dich gern von etwas Spannendem fesseln?			
Ja.	Lässt sich gerne von etwas Spannendem fesseln.	Liebt Spannung.	
Wie ist das wenn du dich ins Fernsehen hineinversetzt?			

Es ist blöd wenn Werbung ist.	Kind empfindet Werbung als störend.	Werbung als Störfaktor.	
Dh du verfolgst das ganz genau mit.			
Ja.	Verfolgt die Inhalte ganz genau mit.	Gute Verfolgung der Inhalte.	
Aha. Denkst du beim Fernsehen oft an etwas anderes oder lässt du dich oft ablenken, oder konzentrierst du dich voll auf den Film?			
Nur konzentrieren.	Konzentriert sich beim Fernsehen nur auf den Film und lässt sich nicht ablenken.	Volle Konzentration auf den Film.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Da muss man sich nicht so anstrengen, oder? Dh. Du bist beim Fernsehen entspannt, du freust dich wenn du fernsehen kannst. Du bist nicht aufgeregt. Ähm. Beim Fernsehen bist du entspannter als beim Spielen. Ähm. Beim Fernsehen bist du besser konzentriert, da du nur schauen musst. Kannst du dich auf Filme gut konzentrieren.	Kind ist beim Fernsehen entspannt und freut sich wenn er fernsehen kann. Der Junge ist beim Fernsehen entspannter als beim Spielen. Er konzentriert sich auch beim Fernsehen mehr als beim Lesen und Lernen. Der Junge kann sich gut auf Filme konzentrieren.	Entspannung beim Fernsehen Freude am Fernsehen. Mehr Entspannung beim Fernsehen als beim Spielen mit Kindern. Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lesen und Lernen. Gute Konzentration auf Filme.	Entspannung beim Fernsehen. Freude am Fernsehen. Mehr Entspannung beim Fernsehen als beim Spielen mit Kindern. Mehr Konzentration beim Fernsehen als beim Lesen und Lernen.
Lässt dich gar nicht ablenken.Super. Ich werde dann wieder zusammenfassen. Und zwar: Du konzentrierst dich	Er lässt sich nicht ablenken und konzentriert sich gut auf die Filme. Die Inhalte kann sich der Bub auch	Keine Ablenkung, volle Konzentration auf Filme Gute Merkfähigkeit	Gute Konzentration auf Filme. Keine Ablenkung,

gut auf Filme. Du kannst dir die Inhalte gut merken. Es ist blöd wenn Werbung ist, weil du dich so fesseln lasst. Super.	gut merken. Er lässt sich gerne von spannenden Inhalten fesseln und empfindet die Werbung als störend.	der Inhalte. Liebt Spannung und empfindet Werbung als störend.	volle Konzentration auf Filme Gute Merkfähigkeit der Inhalte. Liebt Spannung und empfindet Werbung als störend.
---	--	--	---

10.2.1.4 Stellenwert des Mediums

Was bedeutet für dich Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Alles.	Für das Kind bedeutet das Fernsehen alles.	Hoher Stellenwert des Mediums Fernsehen.	Hoher Stellenwert des Mediums Fernsehen. Fernsehen wichtig, weil Filme bzw. Sendungen lustig sind.
Alles. Also ist es dir sehr wichtig.			
Ja.	Fernsehen ist dem Jungen sehr wichtig.	Fernsehen sehr wichtig.	
Was ist dir so wichtig am Fernsehen?			
Die Filme, weil sie einfach lustig sind.	Fernsehen ist dem Kind wichtig, weil die Filme einfach lustig sind.	Fernsehen wichtig, weil Filme bzw. Sendungen lustig sind.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Also: Für dich ist Fernsehen sehr wichtig. Das wichtige daran sind die Filme, weil sie lustig sind.	Fernsehen ist für den Jungen wichtig. Der Grund dafür ist, der Comedyfaktor	Fernsehen aufgrund des Comedyfaktors wichtig.	Fernsehen aufgrund des Comedyfaktors

	der Sendungen und Filme.		wichtig.
--	--------------------------	--	----------

10.2.1.5 Soziales Profil des Kindes

Ja du bist der?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Fabian.	Der Junge heißt Fabian und ist 11 Jahre alt. Seine Familie setzt sich aus Mama, Papa und Oma, die in Graz wohnt, zusammen. Er hat zwei Omas, eine in Warmbad und eine in Graz. Seine Uroma ist schon gestorben. Er wohnt in einer Pension, da sein Vater Zimmer vermietet. In seinem Zimmer hat er ein Poster von Haus Anubis, einen PC, Stofftierschafe von Sheepworld, einen Tiger, einen Hund, und ein Bett. Das Lego hat er im Wohnzimmer. Seine Sachen gefallen ihm weil sie farbenfroh sind. Er mag alle seine Sachen. Der Junge hat	Elfjähriger Junge, Familie: Mutter, Vater, Kind, Großmutter. Lebt in Haus (Pension). Zimmer: PC, Bett, Poster, Stofftierschafe Keine Wünsche, Mag alle seine Spielsachen weil sie farbenfroh sind. Gutes Familienverhältnis. Nachbarn als Freunde.	Elfjähriger Junge, Familie: Mutter, Vater, Kind, Großmutter. Einzelkind. Lebt in Haus (Pension). Zimmer: PC, Bett, Poster, Stofftierschafe Keine Wünsche. Mag alle seine Spielsachen weil sie farbenfroh sind. Gutes Familienverhältnis. Nachbarn als Freunde.
Wie alt bist du?			
11 Jahre.			
Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen?			
Aus Papa und Mama. Die Oma wohnt in Graz.			
Ich habe eigentlich zwei Omas, die Uroma ist schon gestorben, und die eine in Warmbad.			
Aha eine in Graz und eine in Warmbad			
Wie wohnst du, in einem Haus oder in einer Wohnung?			
In einer Pension, mein Papa vermietet.			
Wie schaut dein Zimmer aus? Was ist da alles drinnen?			
Ein Poster von Haus Anubis.			
Aha.			

Ein PC, ich habe Schafe, Stofftiere von Sheepworld, ein großes habe ich auch, ein Tiger, ein Hund, und sonst nichts. Ein Bett auch noch.	keine Wünsche. Sein Verhältnis zu den Familienmitgliedern ist gut und seine besten Freunde sind die Nachbarn.		
Lego?			
Das habe ich im Wohnzimmer.			
Was gefällt dir an deinen Sachen am Besten?			
Weil sie farbenfroh sind.			
Was gefällt dir gar nicht?			
Gar nichts.			
Also dir gefällt alles. Gibt es etwas was du dir wünschst?			
Nichts.			
Wunschlos glücklich also. Ähm. Wie ist das Verhältnis zu den Familienmitgliedern?			
Passt. Gut.			
Hast du einen besten Freund?			
Ja meine Nachbarn.			

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Super. Also dh. Du bist der Fabian, in deiner Familie gibt's die Mama, den Papa und zwei Omas. Eine	Zu Fabians Familie gehören Mama, Papa und zwei Omas. Eine in Graz und eine	Familie: Mutter, Vater und Omas, Großcousine, Großonkel und	Familie: Mutter, Vater und Omas, Großcousine

<p>in Graz und eine in Warmbad.</p>	<p>in Warmbad, eine Großcousine, einen Großonkel und eine Großtante. Er wohnt in einer Pension und in seinem Zimmer hat er ein Poster von Haus Anubis, einen PC, Stofftierschafe, einen Tiger, einen Hund und ein Bett. Lego hat er im Wohnzimmer. Seine Sachen gefallen ihm, weil sie farbenfroh sind und er hat keine Wünsche. Er versteht sich mit allen gut und seine Freunde sind die Nachbarn.</p>	<p>Großtante. Wohnt in Pension (Haus). Zimmer: Poster, Stofftierschafe, Tiger, Hund und Bett, Lego im Wohnzimmer. Farbenfrohe Spielsachen. Gutes Verhältnis zu Familienmitgliedern. Bester Freund ist der Nachbar. Keine Wünsche.</p>	<p>, Großonkel und Großtante. Wohnt in Pension (Haus). Zimmer: Poster, Stofftierschafe, Tiger, Hund und Bett, Lego im Wohnzimmer. Farbenfrohe Spielsachen. Gutes Verhältnis zu Familienmitgliedern. Bester Freund ist der Nachbar. Keine Wünsche.</p>
<p>Und Großcousine, Großonkel, Großtante.</p>			
<p>Du wohnst in einer Pension. In deinem Zimmer hast du ein Poster von Haus Anubis, einen PC, Stofftierschafe, einen Tiger, einen Hund und ein Bett. Das Lego hast du im Wohnzimmer. Dir gefällt es weil so farbenfroh ist. Dir gefällt alles in deinem Zimmer und du hast keine Wünsche. Du verstehst dich mit allen gut und dein bester Freund ist dein Nachbar.</p>			

10.2.2 Interview Philipp

Auch dieses Interview wurde im Direktorinnenzimmer geführt. Der Junge war lebendiger und sehr aufgeweckt und war stolz darauf, dass er mit mir das Interview führen durfte. Unsicherheit konnte ich in dieser Situation nicht wirklich erkennen. Er ließ sich sofort durch die Geräusche im Hintergrund ablenken. Es war nicht einfach seine Konzentration auf das Gespräch zu lenken. Meistens waren wir allein im Zimmer. Meine Fragen wurden von ihm nicht immer richtig verstanden, was aber auf die mangelnde Konzentration zurückzuführen war. Durch jede Kleinigkeit ließ sich der Bub ablenken. Er schaute meistens im Raum herum und durchforschte das Rundherum. Das Kind antwortete jedoch in

vollen Sätzen. Auffällig war, dass er nicht gern fernsieht, aber wenn er schaut, dann spät am Abend (bzw. nach 19h).

Kategorienbildung

Einstieg mit erzählgenerierender Fragestellung:

1) Lieber Philipp, danke dass du dir für mein Interview Zeit genommen hast. Für meine Diplomarbeit befrage ich Kinder zu ihrem Fernsehverhalten. D.h. ich möchte wissen, was euch am Fernsehen interessiert, was euch fasziniert, was ihr gern schaut und ob ihr euch gut konzentrieren könnt. Dann. Das Interview wird aufgenommen, auf dieses Gerät. Und zwar, damit ich das dann später am Computer abtippen kann und für meine DA verwenden kann.

P: Ja

2) Alles was du sagst, wird anonym bleiben, d.h. keiner wird wissen, dass du der Philipp bist. Die Daten werden auch nicht weitergegeben. Nur ich werde das Interview bearbeiten. Wir werden max. eine halbe Stunde brauchen.

P: Ja

3) Und. Im Laufe des Interviews werde ich versuchen, dass was du gesagt hast zusammenzufassen, damit ich weiß ob ich alles richtig verstanden habe, was du gesagt hast. Ga. Du kannst mich immer unterbrechen, nachfragen, was du magst. Wenn du etwas nicht verstanden hast, kannst du nachfragen. Du kannst sagen was dir einfällt. Egal ob es dazupasst oder nicht. Einfach drauf los reden.

Erzähl mal, wie so ein typischer Tag bei dir aussieht.	Interviewer gibt Erzählrichtung vor und bittet den Gesprächspartner zu erzählen.	Eingrenzung des Inhalts, Anforderungen werden formuliert, Fokus wird auf ein Thema gelenkt.
--	--	---

I: Freizeitverhalten mit Zusammenhängen

- 4) Wie denn? Wann stehst du denn auf?
- 5) Echt, immer früher als deine Mama. Weißt du ungefähr wann das ist?
- 6) Ok. Was machst du dann? Gehst du in die Schule. Frühstückst du auch zuhause?
- 7) Und nach der Schule, was machst du dann?
- 8) Danach?
- 9) Aha. Und dann zuhause?
- 10) Was einschalten?
- 11) Aha. Super. Dann. Was machst du gerne nach der Schule außer fernsehen?
- 12) Instrumente echt?
- 13) Super.
- 14) Was, bitte?
- 15) Aha. Das kenne ich gar nicht. Was noch?
- 16) Das machst du immer mittwochs?
- 17) Super. Und. Was machst du wenn du dich mit Freunden triffst?
- 18) Was spielt ihr dann?
- 19) Z.B.?
- 20) Aha, was noch?
- 21) Aha. Das kenn ich auch.
- 22) Super, da kann man tolle Sachen bauen. Was spielt ihr noch gerne?
- 23) Ja kenn ich. Super. Wenn du alleine bist, was machst du dann meistens?
- 24) Dr. Bibber, was ist das?
- 25) Was machst du sonst noch gerne wenn du allein bist?
- 26) Was spielst du am liebsten?
- 27) Was ist das? Meinst du Radfahren.
- 28) Ok. Was gefällt dir daran?

Zusammenfassung

- 29) Ich werde einmal zusammenfassen. Unterbrich mich, wenn ich etwas falsch verstanden habe.
- 30) Also du stehst noch vor deiner Mama auf, wenn es hell ist. Dann frühstückst du und gehst in die Schule. Nach der Schule gehst du in den

Hort. Dort isst du, lernst und spielst. Dann wartest du auf die Mamas. Wenn du heimkommst schaltest du den Fernseher ein.

- 31) Genau. Dann In deiner Freizeit spielst du und lernst gern. Am Mittwoch spielst du mit den Instrumenten. Dem Xylophon, dem Bass, dem Metallophon, der Bonga und der Rassel. Wenn du dich mit Freunden triffst, dann spielst verschieden Spiele, z.B. Uno, Kappla und Lego und mit den Bügel-Perlen Wenn du alleine bist spielst du gern Dr. Bibber und Auto und am liebsten fährst du mit dem Rad.
- 32) Gut, weil da fährst du gern mit einer Hand.

II: Fernsehen

Häufigkeit und Dauer

- 33) Nicht? Wie oft und wie lang darfst du fernsehen?
- 34) 10min nur? Und das in den Ferien. Und unter der Woche?
- 35) Wenn du heimkommst, darfst du fernsehen?
- 36) Aha ok. Ich verstehe. Sehr gut. Du darfst nur bis 9h schauen.

Interesse

- 37) Ok. Ja. Schaust du gern fern`
- 38) Darfst du alles sehen was du magst? Gibt es etwas was du nicht sehen darfst?
- 39) Gut, dann. Was schaust du dir gerne an? Welche Sendung?
- 40) Ok. Was ist das genau?
- 41) Auf Super RTL. Aha. Warum siehst du das gerne? Was gefällt dir daran?
- 42) Was gefällt dir sonst daran?
- 43) Sind da Disney Filme?
- 44) Ok. Schaust du das immer oder verpasst du das manchmal?
- 45) Du schaust immer, aha. Welche Sendung magst du gar nicht?
- 46) Aha. Bernd das Brot.
- 47) Dann was ist deine Lieblingsfigur in der Sendung. Auf Togo z.B. Welche Figur gefällt dir am Besten?
- 48) Die Kuh. Was macht die Kuh?
- 49) In welcher Werbung?
- 50) Ok. Kannst du die Kuh beschreiben. Wie sieht sie aus?

51) Aha. Was redet sie denn?

Realitätsbezug

52) Dann. Was gefällt dir denn an den Figuren so? Sind sie mutig, lustig?

53) Aha. Super. Kannst du dir vorstellen, dass die Geschichten im Fernsehen echt passieren?

54) Stell dir vor, du könntest einen Tag lang eine Figur im Fernsehen sein, welche wärst du?

55) Welcher Hund?

56) Ok. Wie ist der Hund?

57) Weißt du nicht. Ist der witzig, ist der ruhig?

58) Aha. Ok. Lustig. Die sind immer nur in der Werbung?

59) Ok. Warum möchtest du der Hund sein?

Zusammenfassung

60) Aha. Gut. Dh du siehst nicht gern fern. In den Ferien schaust du 10min und danach lernst du. Meistens siehst du abends. Deine Mama holt dich abends ab, dann schaust du bis 9, dann musst du ins Bett. Du darfst alles sehen, was du willst. Am liebsten siehst du Togo auf Super RTL, weil da manchmal Disney Filme laufen. Du schaust das eigentlich immer. Kika magst du gar nicht, weil da immer Sendeschluss ist und der Bernd langweilig ist. Deine Lieblingsfigur ist die Kuh aus der Werbung. Die ist weiß und schwarz gefleckt und kann reden. Du magst gerne die lustigen Figuren, z.B. den Maulwurf. Dann du glaubst nicht, dass das etwas mit dem Leben zu tun hat, das Fernsehen. Und du wärst gern der Hund von Super RTL, weil er eine Hundehütte hat, in der er sich verstecken kann und weil er reden kann. Gut. Super.

III: Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

61) Wie fühlst du dich beim fernsehen?

62) Kannst du das besser beschreiben, bist du müde, entspannt?

63) Bist du manchmal aufgeregter oder immer entspannt.

- 64) Fühlst du dich beim Fernsehen entspannter als beim Spielen mit anderen Kindern?
- 65) Aha. Bist du dann aufgeregt oder entspannt.
- 66) Aha. Du bist beim Spielen auch entspannt?

Konzentration und Merkfähigkeit

- 67) Bist du beim Lernen und Lesen konzentrierter als beim Fernsehen?
- 68) Beim Lernen konzentrierst du dich mehr?
- 69) Kannst du dich auf Filme gut konzentrieren?
- 70) Kannst du dir auch die Inhalte merken?
- 71) Also du merkst dir was du gesehen hast.
- 72) Lässt du dich gerne von etwas Spannendem fesseln?
- 73) Also wenn etwas spannend ist, bist du nicht konzentriert dabei?
- 74) Weißt nicht. Ok. Wenn du fern siehst denkst du oft an etwas anderes oder schaust du konzentriert den Film?
- 75) Also du schaust immer in den Fernseher? Oder schaust du was rundherum passiert?

Zusammenfassung

- 76) Ok. Also. Dh. Du kannst dich gut entspannen beim Fernsehen, bist immer entspannt auch beim Spielen. Beim Lernen bist du konzentrierter als beim Fernsehen.
- 77) Ok. Gut Dh du kannst dich gut auf Filme konzentrieren und merkst dir die Inhalte und du lässt dich manchmal ablenken und schaust ob draußen Kinder spielen.

IV: Stellenwert des Mediums

- 78) Aha. Super. Was bedeutet für dich Fernsehen? Wie wichtig ist es dir
- 79) Spielst du mehr als Fernsehen?
- 80) Also ist Fernsehen für dich nicht so wichtig?
- 81) Gut. Was ist dir beim Fernsehen wichtig?

V: Soziales Profil des Kindes

- 82) Aha. Dann. Du bist der Philipp. Wie alt bist du?

- 83) Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen.
- 84) Einen Bruder hast du auch?
- 85) Ist der schon groß?
- 86) Wer ist noch in deiner Familie?
- 87) Wohnst du in einer Wohnung oder einem Haus,
- 88) Super. Wie sieht dein Zimmer aus? Was hast du alles drin?
- 89) Ja. Was gefällt dir an deinen Sachen am Besten?
- 90) Was hast du da am liebsten?
- 91) Was gefällt dir gar nicht?
- 92) Aha. Super. Gibt es etwas was du dir besonders wünschst?
- 93) Wie ist dein Verhältnis zu deiner Familie?
- 94) Hast du einen besten Freund?
- 95) Dein Nachbar?

Suche nach Äußerungen, in denen das Gesagte reverbalisiert wurde

Alle Zusammenfassungen, Nachfragen;

Welche metakommunikativen Äußerungen lassen sich ausmachen?

Aha (häufig); echt; Ok; super; gut;

Bedanken:

Dankeschön fürs Interview.

Die Zusammenhänge wurden aufgrund der Notwendigkeit des häufigen Nachfragens und des schleppenden Interviewverlaufes direkt in die Kategorien eingebaut und nicht extra ausgewiesen.

Analyse

10.2.2.1 Freizeitverhalten:

Erzähl mal wie so ein typischer Tag bei dir aussieht?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Gut	Kind erklärt, dass sein typischer Tag gut aussieht.	Keine ausreichende Antwort auf die erzähl-	Kind bezeichnet Tag als gut, Steht vor

		generierende Frage. Tag ist gut.	seiner Mutter auf, wenn es hell ist. Frühstück zuhause. Essen, Spielen und Lernen im Hort. Mittwochs Spiel mit Instrumenten : Xylophon, Metallophon, Bass, Bonga, Rassel.
Wie denn? Wann stehst du denn auf?			
Immer früher als meine Mama.	Kind steht früher als seine Mama auf.	Steht vor der Mutter auf.	
Echt, immer früher als deine Mama. Weißt du ungefähr wann das ist?			
Ich steh immer früh auf, wenn es hell ist.	Kind sollte die Antwort konkretisieren und erklärt, dass er aufsteht wenn es hell ist.	Wenn es hell ist, steht er auf.	
Ok. Was machst du dann? Gehst du in die Schule. Frühstückst du auch zuhause?			
Ja.	Kind frühstückt zuhause.	Frühstück zuhause.	
Und nach der Schule, was machst du dann?			
Dann geh ich in den Hort essen.	Kind geht nach der Schule in den Hort essen.	Kind isst im Hort.	
Danach?			
Spielen, lernen und dann warten auf die Mamas.	Anschließend spielt und lernt der Junge und wartet auf die Mutter.	Spielen und Lernen im Hort.	
Aha. Und dann zuhause?			
Dann geh ich immer einschalten. Was einschalten? Den Fernseher.	Zuhause schaltet der Junge den Fernseher ein.	Fernsehen nach dem Hort.	

Aha. Super. Dann. Was machst du gerne nach der Schule außer fernsehen?			
Wenn ich in den Hort gehe, dann lerne ich, dann spiele ich und immer am Mittwoch spiele ich mit den Instrumenten.	Im Hort spielt der Bub, lernt und mittwochs spielt er mit Instrumenten.	Spielt mit Instrumenten und lernt im Hort.	
Instrumente, echt?			
Xylophon	Kind spielt mit dem Xylophon.	Xylophon	
Super.			
Bass, - Metallophon.	Mit dem Bass und dem Metallophon.	Bass und Metallophon	
Was, bitte?			
Metallophon	Nachfragen: Metallophon antwortet das Kind.		
Aha. Das kenne ich gar nicht. Was noch?			
Die Bonga, dann mit der Rassel.	Kind spielt noch mit der Bonga und der Rassel	Bonga und Rassel	
Das machst du immer mittwochs?			Mit Freunden: Uno, Kappla, Lego oder Bügelperlen.
Ja.	Kind spielt mittwochs mit den Instrumenten.	Mittwochs Spiel mit Instrumenten	Alleine: Spiel mit Autos oder Dr. Bibber,
Super. Und. Was machst du wenn du dich mit Freunden triffst?			Lieblingsbeschäftigung: Radfahren (mit einer
Mit ihm oder mit ihr spielen.	Wenn der Junge sich mit Freunden trifft, spielt er mit Ihnen.	Spiel mit Freunden	

Was spielt ihr dann?			Hand)
Dann spielen wir verschiedene Spiele.	Spielt verschiedene Spiele.	Verschiedene Spiele	
Z.B.?			
Uno,	Z.B. spielt er Uno	Uno	
Aha, was noch?			
...dann -- Kappla.	Oder er spielt Kappla	Kappla	
Aha. Das kenn ich auch.			
Die Holzstäbe.	Das sind Holzstäbe, erklärt der Bub.	Holzstäbe	
Super, da kann man tolle Sachen bauen. Was spielt ihr noch gerne?			
Dann Lego, dann die Perlen, wo man bügeln kann.	Spielt mit Freunden auch gerne Lego oder mit den Bügelperlen.	Lego und Bügelperlen	
Ja kenn ich. Super. Wenn du alleine bist, was machst du dann meistens?			
Dann spiele ich Dr. Bibber.	Alleine spielt der Bub gerne Dr. Bibber.		
Dr. Bibber, was ist das?			
Das ist das, wo ich herausziehen kann und dann piepst er und dann muss ich schnell auf das Herz drücken.	Junge erklärt, dass man bei dem Spiel etwas herausziehen kann, dann piepst etwas und man muss auf das Herz drücken.	Erklärung des Spieles.	
Was machst du sonst noch gerne wenn du allein bist?			

Auto spielen.	Ansonsten spielt der Junge gerne mit Autos wenn er allein ist.	Auto spielen.	
Was spielst du am liebsten?			
Am liebsten spiele ich Rad. Was ist das? Meinst du Radfahren Ja.	Am liebsten fährt das Kind mit dem Rad.	Rad fahren = Lieblingsspiel	
Ok. Was gefällt dir daran?			
Das man mit einer Hand ausgestreckt und mit einer Hand festhalten fahren kann.	Dem Jungen gefällt das, weil man mit einer Hand fahren kann.	Rad fahren mit einer Hand.	
Ich werde einmal zusammenfassen. Unterbrich mich, wenn ich etwas falsch verstanden habe.			Aufstehen vor der Mutter wenn es hell ist. Frühstück zuhause, Schule und Hort.
Also du stehst noch vor deiner Mama auf, wenn es hell ist. Dann frühstückst du und gehst in die Schule. Nach der Schule gehst du in den Hort. Dort isst du, lernst und spielst. Dann wartest du auf die Mamas. Wenn du heimkommst schaltest du den Fernseher ein. P: Ja. I: Genau. Dann, - in deiner Freizeit spielst du und lernst gern. Am Mittwoch spielst du mit den	Kind steht vor seiner Mutter auf, wenn es hell ist. Dann frühstückt er zuhause und geht in die Schule. Nach der Schule geht der Junge in den Hort und isst, lernt und spielt dort. Wenn er nachhause kommt, dann schaltet er den Fernseher ein. In seiner Freizeit spielt und lernt der Junge gerne. Mittwochs spielt er mit den Instrumenten: Xylophon, Bass, Bonga und der	Aufstehen vor der Mutter wenn es hell ist. Frühstück zuhause, Schule und Hort. Essen, lernen und spielen im Hort. Mittwochs Spiel mit Instrumenten: Xylophon, Bass, Metallophon, Bonga und der Rassel. Nach dem Hort – fernsehen Mit Freunden: Uno, Kappla, Lego und Bügelperlen. Alleine Spiel mit Autos und Dr. Bibber. Am liebsten Rad	Schule und Hort. Essen, lernen und spielen im Hort. Mittwochs Spiel mit Instrumenten : Xylophon, Bass, Metallophon, Bonga und der Rassel. Nach dem Hort – fernsehen Mit Freunden: Uno, Kappla, Lego und Bügelperlen.

<p>Instrumenten. Dem Xylophon, dem Bass, dem Metallophon, der Bonga und der Rassel. Wenn du dich mit Freunden triffst, dann spielst verschieden Spiele, z.B. Uno, Kappla und Lego und mit den Bügel-Perlen Wenn du alleine bist spielst du gern Dr. Bibber und Auto und am liebsten fährst du mit dem Rad. P: Ja. I: Gut, weil da fährst du gern mit einer Hand. P: Und ich habe immer einen Helm auf.</p>	<p>Rassel. Wenn er sich mit Freunden trifft spielt er gerne Uno, Kappla, Lego oder mit den Bügelperlen. Allein spielt er gerne Dr. Bibber und mit den Autos. Am liebsten fährt er mit dem Rad, vor allem mit einer Hand.</p>	<p>fahren mit einer Hand.</p>	<p>Alleine Spiel mit Autos und Dr. Bibber. Am liebsten Rad fahren mit einer Hand.</p>
---	--	-------------------------------	---

10.2.2.2 Fernsehen:

Häufigkeit und Dauer

Nicht? Wie oft und wie lang darfst du fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
In den Ferien, darf ich 10 min fernsehen und dann tu ich lernen.	Kind sieht 10 min fern und lernt dann.	10min Fernsehen in den Ferien	Ambivalente Aussage: In den Ferien
10min nur? Und das in den Ferien. Und unter der Woche?			10min fernsehen, dann:
Da tu ich frühstücken und dann bringt mich die Mama in die Schule.	Kind hat die Frage nicht richtig verstanden und gibt undurchsichtige Antworten. Dem Jungen nach, frühstückt er nach dem Fernsehen und	10 min fernsehen am Morgen vor dem Frühstück.	10 min fernsehen am Morgen vor dem Frühstück. Fernsehen bis 21 Uhr.

	seine Mutter bringt ihn dann in die Schule. Das heißt die Antwort bezieht sich nicht auf die Ferien und der Junge sieht morgens 10min fern.		
Wenn du heimkommst, darfst du fernsehen?			
Meine Mama holt mich am Abend ab und wenn 9 Uhr ist, dann muss ich ausschalten, Zähne putzen und ins Bett gehen.	Kind darf bis 9 Uhr abends fernsehen, dann putzt er sich die Zähne und geht ins Bett.	Fernsehen bis 9 Uhr abends.	
Aha ok. Ich verstehe. Sehr gut. Du darfst nur bis 9h schauen.			
Ja.	Bestätigung der vorangegangenen Fernsehzeit.	Bestätigung der vorangegangenen Frage.	

Interesse

Ok. Ja. Schaust du gern fern`	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Nein.	Kind sieht nicht gerne fern.	Sieht nicht gerne fern.	Sieht nicht gerne fern Keine Einschränkungen in der Auswahl der Sendungen.
Darfst du alles sehen was du magst? Gibt es etwas was du nicht sehen darfst?			Lieblingssendung : Togo auf Super RTL. Gefällt aufgrund der Werbung. Sendung wird immer gesehen.
Ich darf alles sehen.	Kind darf alles sehen was er möchte.	Keine Einschränkung in der Auswahl der Sendungen.	
Gut, dann. Was schaust du dir gerne an? Welche Sendung?			
Togo.	Sieht gerne Togo.	Togo	

Ok. Was ist das genau?			Kein KIKa weil, Sendeschluss mit Bernd das Brot angezeigt wird. Lieblings-sendung wird immer gesehen. Lieblingsfigur: Kuh aus der Super RTL-Werbung. Interessant weil schwarz-weiß gefleckte Kuh kann reden.
Das ist auf Super RTL.	Das ist eine Sendung auf Super RTL.	Togo auf Super RTL	
Auf Super RTL. Aha. Warum siehst du das gerne? Was gefällt dir daran?			
Da ist immer mit der Werbung.	Sieht das gerne, weil dort immer Werbung ist.	Werbung interessant.	
Was gefällt dir sonst daran?			
Mit dem Disney. Sind da Disney Filme? Ja manchmal.	Disney Filme gefallen ihm an der Sendung bzw. dem Kanal.	Disney Filme auf Super RTL.	
Ok. Schaust du das immer oder verpasst du das manchmal?			
Ich schau das immer.	Kind schaut die Sendung(en) immer.	Sendung wird immer gesehen.	
Du schaust immer, aha. Welche Sendung magst du gar nicht?			
KiKa. Da steht immer Sendeschluss und da ist immer dieser langweilige Bernd.	Kind mag KIKa gar nicht, da immer Sendeschluss mit Bernd angezeigt wird.	Kein KIKa, da langweilig, weil Sendeschluss (Kind sieht sehr spät fern)	
Aha. Bernd das Brot.			
Der ist langweilig.	Bernd das Brot ist langweilig.	Bernd das Brot langweilig	
Dann was ist deine Lieblingsfigur in der Sendung. Auf Togo z.B. Welche Figur gefällt dir am Besten?			

Die Kuh.	Lieblingsfigur des Kindes ist die Kuh.	Lieblingsfigur = Kuh	
Die Kuh. Was macht die Kuh?			
Sie ist in der Werbung. In welcher Werbung? Bei Super RTL.	Die Kuh ist in der Werbung aus Super RTL.	Kuh aus der Werbung auf Super RTL	
Ok. Kannst du die Kuh beschreiben. Wie sieht sie aus?			
Sie ist schwarz, dann weiß gefleckt und kann reden.	Die Kuh ist schwarz-weiß gefleckt und kann reden.	Schwarz-weiße Kuh redet.	
Aha. Was redet sie denn?			
Verschiedenes.	Nachfragen um klarere, fassbarere Antworten zu bekommen.		

Realitätsbezug

Dann. Was gefällt dir denn an den Figuren so? Sind sie mutig, lustig...?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Sie sind lustig. Der Maulwurf versteckt sich unter dem Kübel, der gräbt sich ein, die Kuh hebt ihn auf und der Maulwurf ist verschwunden und gräbt sich hinten wieder heraus.	Die Lieblingsfiguren des Kindes sind lustig. Z.B. der Maulwurf versteckt sich unter einem Kübel und gräbt sich unterirdisch weiter, die Kuh kippt den Kübel um und der Maulwurf ist verschwunden. Er gräbt sich an einer anderen Stelle wieder aus.	Lieblingsfiguren lustig. Anekdote über die lustigen Figuren.	Lieblingsfiguren lustig. Kein Realitätsbezug. Wunsch in die Rolle des sprechenden Hundes aus der Werbung auf Super RTL zu schlüpfen, um sich in der Hundehütte verstecken zu können. –

Aha. Super. Kannst du dir vorstellen, dass die Geschichten im Fernsehen echt passieren?			Beobachtung von außen.
Nein.	Kind kann sich nicht vorstellen, dass die Geschichten im Fernsehen wirklich passieren.	Kein Realitätsbezug.	
Stell dir vor, du könntest einen Tag lang eine Figur im Fernsehen sein, welche wärst du?			
Ein Hund.	Kind würde gerne in die Rolle eines Hundes schlüpfen, wenn er eine Figur im Fernsehen sein könnte.	Wunsch in die Rolle eines Hundes im Fernsehen zu schlüpfen.	
Welcher Hund?			
Der der bei der Werbung auf Super RTL mitspielt.	Genauere Erklärung: Kind würde gerne der Hund in der Werbung auf Super RTL sein.	Hund in der Werbung auf Super RTL	
Ok. Wie ist der Hund?			
Weiß ich nicht.	Kind weiß nicht wie man den Hund beschreiben kann.	Kann den Hund vorerst nicht beschreiben.	
Weißt du nicht. Ist der witzig, ist der ruhig?			

Der kann auch sprechen, wie die Kuh und der Maulwurf.	Kind erklärt, dass der Hund sprechen kann wie die Kuh und der Maulwurf.	Der Hund kann sprechen	
Aha, also die Tiere können alle sprechen.			
Nein, nur die drei. Nein vier, das Schaf auch.	Junge erzählt, dass nur die vier Tiere, der Maulwurf, die Kuh und der Hund und das Schaf auf Super RTL sprechen können.	Tiere auf Super RTL können sprechen.	
Aha. Ok. Lustig. Die sind immer nur in der Werbung?			
Ja.	Tiere sind nur in der Werbung.	Sprechende Tiere nur in der Werbung.	
Ok. Warum möchtest du der Hund sein?			
Weil er versteckt sich in seiner Hundehütte.	Kind möchte der Hund sein, weil er sich in seiner Hundehütte versteckt.	Will in die Rolle des Hundes schlüpfen, um sich in der Hundehütte verstecken zu können.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Aha. Gut. D.h. du siehst nicht gern fern. In den Ferien schaust du 10min und danach lernst du. Meistens siehst du abends. Deine Mama holt dich abends ab, dann	Junge sieht nicht gern fern. Darf anscheinend nur 10 min in den Ferien schauen und muss anschließend	Junge sieht nicht gerne fern. In den Ferien nur 10 min. Abends bis um 21 Uhr. Keine Einschränkungen in der Auswahl der	Junge sieht nicht gerne fern. In den Ferien nur 10 min. Abends bis um 21 Uhr. Keine Ein-

<p>schaust du bis 9, dann musst du ins Bett. Du darfst alles sehen, was du willst. Am liebsten siehst du Togo auf Super RTL, weil da manchmal Disney Filme laufen. Du schaust das eigentlich immer. Kika magst du gar nicht, weil da immer Sendeschluss ist und der Bernd langweilig ist. Deine Lieblingsfigur ist die Kuh aus der Werbung. Die ist weiß und schwarz gefleckt und kann reden. Du magst gerne die lustigen Figuren, z.B. den Maulwurf. Dann du glaubst nicht, dass das etwas mit dem Leben zu tun hat, das Fernsehen. Und du wärst gern der Hund von Super RTL, weil er eine Hundehütte hat, in der er sich verstecken kann und weil er reden kann. Gut. Super.</p>	<p>lernen. Die Mutter holt ihn abends vom Hort ab und dann schaut er bis 21 Uhr fern. Danach muss er ins Bett. Er darf sehen was er möchte. Am liebsten sieht er Togo auf Super RTL, weil da manchmal Disney Filme laufen und die Werbung lustig ist. Kika mag der Junge gar nicht, weil dort Sendeschluss mit dem langweiligen Bernd angezeigt wird. Seine Lieblingsfigur ist die sprechende, schwarz-weiß gefleckte Kuh aus der Werbung auf Super RTL, Der Junge mag die lustigen Figuren in den Sendungen. Er kann sich nicht vorstellen, dass die Geschichten im Fernsehen mit dem Leben zu tun haben. Er wäre gerne einmal der Hund auf Super RTL, der sich in seiner</p>	<p>Sendungen. Lieblingssendung: Togo auf Super RTL. Kein KiKa weil langweilig. Lieblingsfigur: Schwarz-weiß gefleckte sprechende Kuh aus der Werbung. Liebt lustige Figuren. Kein Realitätsbezug der Sendungen. Wunsch in die Rolle des sprechenden Hundes aus der Super RTL Werbung, der sich in der Hundehütte versteckt zu schlüpfen.</p>	<p>schränkung en in der Auswahl der Sendungen. Lieblingssendung: Togo auf Super RTL. Kein KiKa weil langweilig. Lieblingsfigur: Schwarz-weiß gefleckte sprechende Kuh aus der Werbung. Liebt lustige Figuren. Kein Realitätsbezug der Sendungen. Wunsch in die Rolle des sprechenden Hundes aus der Super RTL Werbung, der sich in der Hundehütte versteckt zu schlüpfen. Möglicher Wunsch von außen zu beobachten.</p>
---	--	--	---

	Hundehütte versteckt.		
--	-----------------------	--	--

10.2.2.3 Wahrnehmung

Emotionales Verhalten

Wie fühlst du dich beim fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Gut.	Kind fühlt sich beim Fernsehen gut.	Gutes Gefühl beim Fernsehen.	Gutes, entspanntes Gefühl beim Fernsehen. Keine Aufregung. Auch beim Spielen entspannt.
Kannst du das besser beschreiben, bist du müde, entspannt?			
Da bin ich entspannt?	Kind ist entspannt beim Fernsehen.	Fernsehen entspannend.	
Bist du manchmal aufgeregt oder immer entspannt.			
Immer entspannt.	Kind ist immer entspannt, nie aufgeregt.	Immer entspannt, keine Aufregung.	
Fühlst du dich beim Fernsehen entspannter als beim Spielen mit anderen Kindern?			
Manchmal kommt mein Cousin oder meine Cousine zu mir.	Antwortet nicht direkt auf die Frage.	Antwortet nicht direkt auf die Frage.	
Aha. Bist du dann aufgeregt oder entspannt.			
Da sind wir entspannt.	Mit seinem Cousin oder seiner Cousine ist er auch entspannt.	Entspannt auch beim Spielen mit Kindern.	

Aha. Du bist beim Spielen auch entspannt?			
Ja.	Bestätigung der voran gegangenen Frage.	Bestätigung der voran gegangenen Frage.	

Konzentration und Merkfähigkeit

Bist du beim Lernen und Lesen konzentrierter als beim Fernsehen?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ja.	Kind ist beim Lesen und Lernen konzentrierter als beim Fernsehen.	Mehr Konzentration beim Lesen und Lernen.	Mehr Konzentration beim Lesen und Lernen. Merkfähigkeit der Inhalte. Ablenkung durch andere Dinge. Wahrnehmung der unmittelbaren Geschehnisse statt volle Konzentration auf das Fernsehen.
Beim Lernen konzentrierst du dich mehr?			
Ja.	Nochmals bestätigt der Junge, dass er sich beim Lernen mehr konzentriert.	Wiederholte Bestätigung – beim Lernen mehr Konzentration	
Kannst du dir auch die Inhalte merken?			
Ja.	Kann sich Inhalte merken.	Merkfähigkeit der Inhalte	
Also du merkst dir was du gesehen hast.			
Ja.	Nochmals Bestätigung	Nochmals Bestätigung	
Lässt du dich gerne von etwas Spannendem fesseln?			
Nein. (Ich denke er hat nicht verstanden, was damit gemeint ist.)	Lässt sich nicht gerne von etwas Spannendem fesseln. Kind hat	Kind hat Frage nicht verstanden.	

	die Frage nicht verstanden)		
Also wenn etwas spannend ist, bist du nicht konzentriert dabei?			
Weiß nicht.	Kind weiß nicht, ob es spannende Inhalte konzentriert verfolgt.	Keine genaue Antwort.	
Weißt nicht. Ok. Wenn du fern siehst denkst du oft an etwas anderes oder schaust du konzentriert den Film?			
Ich schau etwas anderes.	Kind lässt sich auch ablenken.	Ablenkung durch andere Dinge	
Also du schaust immer in den Fernsehen? Oder schaust du was rundherum passiert?			
Ich schau ein paar Mal ins Bad zum Fenster ob Kinder draußen sind, dann gehe ich wieder in mein Zimmer.	Kind erklärt, dass es oft ins Bad läuft um aus dem Fenster zu sehen, ob Kinder draußen sind.	Kind nimmt rundherum Geschehenes wahr.	

Zusammenfassung

	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Ok. Also. D.h. Du kannst die gut entspannen beim Fernsehen, bist immer entspannt auch beim Spielen.	Kind kann sich beim Fernsehen gut entspannen. Ist auch beim Spielen	Entspannung beim Fernsehen und beim Spielen. Vermehrte Konzentration beim Lernen	Entspannung beim Fernsehen und beim Spielen. Vermehrte

<p>Beim Lernen bist du konzentrierter als beim Fernsehen. Kannst du dich auf Filme gut konzentrieren? P: Ja.</p>	<p>entspannt. Beim Lernen ist der Junge konzentrierter als beim Fernsehen. Und er kann sich gut auf Filme konzentrieren.</p>	<p>Ambivalente Aussage: Gute Konzentration auf Filme</p>	<p>Konzentration beim Lernen Ambivalente Aussage: Gute Konzentration auf Filme Ablenkung von äußeren Einflüssen.</p>
<p>Ok. Gut D.h. du kannst dich gut auf Filme konzentrieren und merkst dir die Inhalte und du lässt dich manchmal ablenken und schaust ob draußen Kinder spielen. P: Ich schau ob mein Nachbar draußen ist.</p>	<p>Kind bestätigt, dass er sich ablenken lässt.</p>	<p>Ablenkung von äußeren Einflüssen</p>	

10.2.2.4 Stellenwert des Mediums

Aha. Super. Was bedeutet für dich Fernsehen? Wie wichtig ist es dir	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
<p>Nein. Was anderes. Ich spiele auch manchmal.</p>	<p>Fernsehen ist für den Jungen nicht so wichtig. Er spielt auch manchmal.</p>	<p>Kein hoher Stellenwert des Mediums Fernsehen laut Aussage des Jungen.</p>	<p>Kein hoher Stellenwert des Mediums Fernsehen laut Aussage des Jungen. Interesse am Spielen und am Fernsehen gleicht sich aus. Wichtig beim Fernsehen, dass Lieblingsendung läuft.</p>
<p>Spielst du mehr als Fernsehen?</p>			
<p>Wenn Fernsehen langweilig ist, dann spiele ich und wenn Spielen langweilig ist, dann schau ich fern.</p>	<p>Kind erklärt, dass wenn Fernsehen ihm zu langweilig wird, er gerne spielt und wenn das wiederum langweilig wird, sieht er fern.</p>	<p>Spielen und Fernsehen gleichen sich aus.</p>	
<p>Also ist Fernsehen für dich nicht so wichtig?</p>			

Nein.	Fernsehen ist für das Kind nicht so wichtig.	Erneute Bestätigung, dass Fernsehen für den Jungen nicht so wichtig ist.	
Gut. Was ist dir beim Fernsehen wichtig?			
Das immer meine Lieblingssendung läuft.	Dem Jungen ist wichtig, dass seine Lieblingssendung läuft.	Lieblingssendung beim Fernsehen wichtig.	

10.2.2.5 Soziales Profil des Kindes

Aha. Dann. Du bist der Philipp. Wie alt bist du?	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion Orientierungspunkte
Neun.	Kind ist neun Jahre alt und heißt Philipp. In seiner Familie sind sein Bruder, der aber anders heißt als er und schon 18 ist, seine Mutter und sein Vater. Er wohnt in einem Haus. In seinem Zimmer hat er ein Spieleck, ein Bett, einen Kasten und einen Fernseher. Am besten gefallen ihm seine Spielsachen, vor allem die Küche. Das große Lego mag er nicht. Er hat keine Wünsche. Das	Neun Jahre alte Junge. Lebt mit Mutter und Vater in einem Haus. Großer Bruder. Zimmer mit Spieleck, Fernseher, Kasten und Bett. Liebt seine Spielsachen, bis auf das große Lego. Verhältnis zu Familienmitgliedern gut. Bester Freund = kleiner Nachbar.	Neun Jahre alte Junge. Lebt mit Mutter und Vater in einem Haus. Großer Bruder (Halbbruder) Zimmer mit Spieleck, Fernseher, Kasten und Bett. Liebt seine Spielsachen, bis auf das große Lego. Verhältnis zu Familienmitgliedern gut. Bester Freund = kleiner Nachbar. Keine Wünsche.
Aus welchen Mitgliedern setzt sich deine Familie zusammen.			
Bruder. Aber --.			
Einen Bruder hast du auch?			
Ja mein Bruder heißt mit Nachnamen Pasqu-			
Ist der schon groß?			
Ja, der ist schon groß. 18.			
Wer ist noch in deiner Familie?			
Mutter, Vater.			
Wohnst du in einer Wohnung oder einem Haus?			
In einem Haus.			

Super. Wie sieht dein Zimmer aus? Was hast du alles drin?	Verhältnis zu den Familienmitgliedern ist gut und sein bester Freund ist der kleine Nachbar.		
Da habe ich ein Spieleck.			
Aha.			
Einen KASTEN mit Büchern. Dann habe ich noch einen Fernseher, dann habe ich noch das Bett.			
Ja. Was gefällt dir an deinen Sachen am Besten?			
Das Spielzeug.			
Was hast du da am liebsten?			
Die Küche.			
Was gefällt dir gar nicht?			
Das große Lego.			
Aha. Super. Gibt es etwas was du dir besonders wünschst?			
Nein.			
Wie ist dein Verhältnis zu deiner Familie?			
Läuft alles gut.			
Hast du einen besten Freund?			
Ja.			
Dein Nachbar?			
Der kleine Nachbar.			

ABSTRACT

Die vorliegende Diplomarbeit stellt eine heilpädagogische Auseinandersetzung zum Thema „ADHS – Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörung“ dar und befasst sich mit der medienpädagogischen Fragestellung: „Wie nutzen Kinder mit ADHS-Diagnose das Medium Fernsehen“. Die Subfragen umfassen Fragen zum Stellenwert von Fernsehen für Kinder mit diagnostizierter ADHS und dem Zusammenhang zwischen dem Fernsehkonsum und der Verhaltensproblematik ADHS. Ausgehend von der Hypothese, dass Kinder mit einer ADHS sich in ihrem Nutzungsverhalten gegenüber dem Medium Fernsehen von Kindern ohne ADHS-Diagnose unterscheiden, wurden jeweils zwei Kinder mit ADHS-Diagnose und zwei Kinder ohne diagnostizierter ADHS zwischen neun und elf Jahren mittels qualitativem Leitfadenterview zu ihrem Fernsehverhalten befragt. Anschließend wurden die Ergebnisse der Transkription anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und miteinander verglichen. Die Grundlage der wissenschaftlichen Arbeit bildet die heilpädagogische und medienpädagogische Positionierung sowie eine konkrete theoretische Auseinandersetzung mit der Verhaltensproblematik ADHS.

Fazit dieser Arbeit ist, dass Kinder mit ADHS-Diagnose nicht anders als Kinder ohne diagnostizierter ADHS auf den medialen Einfluss des Fernsehens reagieren. Fernsehen spielt im Leben beider befragten Gruppen eine große Rolle, wobei der Comedyfaktor und das Interesse an den Lieblingssendungen als Motive angegeben werden. Alle befragten Kinder gaben an ein gutes Gefühl beim Fernsehen zu empfinden. Ein bedeutsamer Unterschied besteht hinsichtlich der emotionalen Wahrnehmung während des Fernsehens: Kinder mit ADHS-Diagnose sind nie aufgeregt wenn sie fernsehen, auch nicht wenn spannende Inhalte vermittelt werden. Weiter messen Kinder mit ADHS-Diagnose dem Fernsehen laut den Ergebnissen dieser Studie keinen speziellen Stellenwert zu. Negative Verbindungen zwischen dem Fernsehen und der Verhaltensproblematik konnten nicht aufgezeigt werden.

LEBENS LAUF

Name: **Nina Winkler**
Geburtsdatum: 01.06.1985
Geburtsort: Villach
Familienstand: ledig
Staatsbürgerschaft: Österreich
Religion: römisch – katholisch

Ausbildung:

1991-1995: Volksschule Vassach
1995-1999: Gymnasium St. Martin
1999-2004
CHS Villach
Zweig: dritte lebende Fremdsprache
Abschluss mittels Reifeprüfung
2004 – 2011
Studium „Bildungswissenschaften“ an der Universität
Wien
Heil- und Integrative Pädagogik
Psychoanalytische Pädagogik
2006-2008
Zweitstudium „Weinbau, Önologie und
Weinwissenschaft“ an der Universität für Bodenkultur
2007
1. Diplomprüfungszeugnis Pädagogik

Berufliche Erfahrung im pädagogischen Bereich

2007
Praktikum bei einer Tagesmutter (Kleinkindbetreuung)
2008
Praktikum in einem Integrativkindergarten der Stadt Wien
2009
Praktikum im Förderkindergarten der AVS Spittal
2009
wissenschaftliches Praktikum in der Präsenzbibliothek
für Bildungswissenschaften
2010-2011
Pädagogische Leitung der Nachmittagsbetreuung in
Wernberg