

Empirische Sonderpädagogik, 2021, Nr. 3, S. 238-266
ISSN 1869-4845 (Print) · ISSN 1869-4934 (Internet)

Zusammenhänge von Annahmen über ADHS mit günstigen und ungünstigen Erwartungen: Eine explorative Studie mit angehenden sonderpädagogischen Lehrkräften

*Timo Hennig^{a,b}, Klaus Michael Reininger^c, Marie-Luise Schütt^b,
Jörg Doll^b und Gabi Ricken^b*

^a *Universität Potsdam*

^b *Universität Hamburg*

^c *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine häufig diagnostizierte Störung, mit der Lehrkräfte aller Schulformen konfrontiert werden. Wenig untersucht sind die Annahmen von angehenden und praktizierenden Lehrkräften über ADHS und ob diese mit ungünstigen Erwartungen zusammenhängen, die als negative selbsterfüllende Prophezeiungen wirken können. Anhand von Daten einer Online-Umfrage mit Studierenden der Sonderpädagogik ($N = 197$) werden Zusammenhänge von Annahmen über die Verteilung, Verursachung und Veränderbarkeit von ADHS mit affektiven Reaktionen auf ein betroffenes Kind sowie Erwartungen über dessen zukünftige Entwicklung regressionsanalytisch untersucht. Tendenziell zeigen sich Zusammenhänge zwischen der Annahme eines ADHS-Kontinuums (im Gegensatz zu einer distinkten Störung) mit einer günstigeren Sozialprognose, allerdings auch mit einer geringeren Bereitschaft einem Kind mit ADHS zu helfen. Psychosoziale Ursachenannahmen hängen mit einer pessimistischen Entwicklungserwartung zusammen, allerdings auch mit günstigen affektiven Reaktionen. Weiterhin zeigen sich Zusammenhänge biogenetischer Ursachenannahmen mit einer günstigen affektiven Reaktion, allerdings auch mit der Erwartung von größeren Lern-Leistungsproblemen. Die im Sinne eines Fixed Mindset untersuchte Annahme der Unveränderbarkeit von ADHS hängt weder mit affektiven Reaktionen noch mit Entwicklungserwartungen zusammen. Die Studienergebnisse deuten auf komplexe Zusammenhänge zwischen Annahmen über die Verteilung und Verursachung von ADHS sowohl mit günstigen als auch mit ungünstigen Reaktionen und Erwartungen hin, die weiter untersucht werden sollten. Insgesamt sind die festgestellten Zusammenhänge eher klein und fallen zum Teil erwartungswidrig aus, so dass weiterführende Studien notwendig sind. Die Ergebnisse stützen die Einschätzung, dass Aus- und Fortbildungen für (angehende) Lehrkräfte zum Thema ADHS differenziertes Wissen zur Störung und zum Umgang mit der Diagnose vermitteln sollten.

Schlüsselwörter: Hyperkinetische Störung, Verhaltensstörung, Stigmatisierung, Lehrerbildung, inklusive Schule

Associations of assumptions about ADHD with favorable and unfavorable expectations: An exploratory study with prospective special education teachers

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a frequently diagnosed disorder teachers of all types of schools are confronted with. Little research has been conducted on prospective and practicing teachers' assumptions about ADHD and whether these are related to unfavorable expectations that can act as negative self-fulfilling prophecies. Using data from an online survey with special education students ($N = 197$), we analyzed associations between assumptions about the distribution, causation, and mutability of ADHD with affective reactions to a child diagnosed with ADHD as well as with expectations about its future development using regression analyses. The assumption of an ADHD continuum (as opposed to a distinct disorder) tended to be associated with a more favorable social prognosis but also with a lower willingness to help a child with ADHD. Moreover, biogenetic causal assumptions were associated with favorable affective reactions, but also with expectations of greater learning performance problems. Psychosocial causal assumptions were associated with pessimistic expectations of future development, but also with favorable affective reactions. The assumption of the immutability of ADHD, examined in terms of a fixed mindset, was not related to affective reactions or developmental expectations. The results indicate complex relationships between assumptions about the distribution and causation of ADHD with both favorable and unfavorable reactions and expectations that should be further investigated. Overall, the associations found were rather small and some turned out to be contrary to our expectations, so further studies are needed. The results corroborate the notion that (advanced) training for (prospective) teachers about ADHD should convey nuanced knowledge on the disorder and how to deal with the diagnosis.

Keywords: Hyperkinetic disorder, behavior disorder, stigmatization, teacher training, inclusive school

Relevanz von ADHS für die Schule

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit einer geschätzten Prävalenz von weltweit ca. 5-7 % (Polanczyk et al., 2007; Willcutt, 2012) eine der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. In einer für Deutschland repräsentativen Eltern-Befragung zeigte sich, dass 4,4 % der 3-17-jährigen Kinder und Jugendlichen die Diagnose ADHS in einem ärztlichen oder psychologischen Setting bekommen hatte (Göbel et al., 2018). Übereinstimmend damit ergaben Auswer-

tungen von Krankenkassendaten, dass bei 4,2 % der 0-19-jährigen Versicherten eine ADHS dokumentiert wurde (Grobe, 2017). Auch wenn epidemiologische Studien keinen Anstieg in der Prävalenz von ADHS feststellen (Polanczyk et al., 2014), ist der Anteil gestellter Diagnosen in den letzten Jahren angestiegen (Steinhausen et al., 2016). In Krankenkassendaten zeigte sich ein Anstieg von 5,0 % im Jahr 2009 auf 6,1 % im Jahr 2014 (Bachmann et al., 2017). Besonders viele ADHS-Diagnosen werden bei Jungen im Grundschulalter gestellt. So fanden Auswertungen von Krankenkassen-

daten ein Maximum der ADHS-Häufigkeiten von 11,1 % bei 10jährigen Jungen (Grobe, 2017) bzw. 13,9 % bei 9jährigen Jungen (Bachmann et al., 2017). Angesichts dieser hohen Inzidenzen im Grundschulalter stellt sich die Frage, wie gut die (inklusive) Grundschulen auf die Beschulung von Kindern mit ADHS vorbereitet sind.

ADHS wird häufig erstmalig in den Jahren nach dem Schuleintritt diagnostiziert, da die Teilnahme am Unterricht erhöhte Anforderungen an die Konzentration der Kinder stellt und längeres Stillsitzen erfordert (Göbel et al., 2018). Teilweise auf Hinweis der Schule wenden sich Sorgeberechtigte an Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie, insbesondere ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Praxen und sozialpädiatrische Zentren, die formal eine ADHS-Diagnose stellen können. Wenn eine Diagnose gestellt wurde, können die Sorgeberechtigten die Diagnose der Schule mitteilen und entsprechende Unterlagen wie Arztbriefe weiterleiten. Das medizinische System vermittelt in der Regel allerdings keine detaillierten Handlungsempfehlungen für den Unterricht. Die aktuelle Behandlungsleitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2017) sieht die Durchführung von ADHS-bezogenen Beratungen und Trainings für Lehrkräfte zwar vor, häufig fehlen aber Zeit und Ressourcen, um diese umzusetzen. Zudem liegen nur wenige schulbasierte Interventionen für ADHS vor, deren Evidenz als gesichert gilt (Richard et al., 2015), und diese sind Lehrkräften oft nicht bekannt (Ruhmland & Beckerle, 2015; Ruhmland & Christiansen, 2017). Darüber hinaus wird kontrovers diskutiert, ob die Diagnose überhaupt valide und für den Unterricht relevant ist und ob sie mehr schädliche als nützliche Konsequenzen hat (z. B. Ahrbeck, 2016; Batstra et al., 2014; Weiß, 2015). Es stellt sich daher die Frage, was Lehrkräfte, die über das Vorliegen einer ADHS-Diagnose informiert werden, damit verbinden, welche Erwartungen und Ein-

schätzungen bei ihnen geweckt werden, da sich diese – bewusst und unbewusst – auf ihren Umgang mit den betroffenen Kindern und ihre Gestaltung von Lehr- und Lernsituationen auswirken können.

Vorteile einer ADHS-Diagnose

Hauptargument für die Zuweisung von Diagnosen ist, dass angemessene Fördermaßnahmen gefunden und durchgeführt werden können. Gerade im schulischen Bereich erleben Kinder mit ADHS häufig Schwierigkeiten, die einer Zuwendung bedürfen. Beispielsweise stellte eine empirische deutsche Studie nicht nur schlechtere Schulleistungen bei Kindern mit ADHS fest, sondern auch eine geringere soziale Integration und Beliebtheit sowie häufige Verhaltensweisen, die sich negativ auf das Klassenklima auswirken (Abelein, 2017). Die Untersuchung zeichnete sich dadurch aus, dass sowohl die Perspektive der betroffenen Kinder selbst als auch Außenperspektiven von Lehrkräften und Gleichaltrigen berücksichtigt wurden. Weiterhin zeigen Studien, dass ADHS sich in einem signifikanten Anteil nicht von allein „auswächst“, sondern dass es im Gegenteil Hinweise auf eine Verstärkung der Probleme und die Entwicklung von Komorbiditäten gibt (Caye, et al., 2016; Hennig et al., 2017). In einem probabilistischen Verständnis kann man gehäufte ADHS-Symptome im Rahmen einer Entwicklungspsychopathologie als Risikofaktor für weitere Schwierigkeiten und zukünftige Probleme sehen (Schmidt & Petermann, 2008). Beispielsweise zeigte sich in repräsentativen Längsschnittdaten, dass Kinder, die im Alter von 7 Jahren eine ADHS-Diagnose erfüllten, mit 10 Jahren 3,6-mal häufiger als Opfer und/oder Täter von Bullying betroffen waren (Hennig et al., 2017). Weiterhin waren die Kinder mit ADHS 3,4-mal häufiger von psychotischen Erlebnissen im Alter von 12 Jahren betroffen. Dabei stellte Bullying einen vermittelnden Faktor (Mediator) zwischen ADHS und psychotischen Erlebnissen dar. Aus der Mediationsanalyse

ließ sich ableiten, dass eine Bullying-Prävention bei Kindern mit ADHS das Risiko psychotischer Erlebnisse um bis zu 50 % reduzieren könnte.

Die Stellung einer ADHS-Diagnose kann ein Ausgangspunkt für die Vorbeugung der Entwicklung weiterer Problemlagen im Sinne präventiver Maßnahmen sein, die auch durch das 2015 im deutschen Bundestag verabschiedete „Präventionsgesetz“ gestärkt wurden (siehe auch: Petermann, 2019). Selbst, wenn man ADHS nicht für ein valides oder (schul-)relevantes Konstrukt hält, könnte man das Vorliegen der Diagnose – die gemäß Definition mit einer Symptommhäufung sowie Leidensdruck und/oder Einschränkung der Funktionsfähigkeit verbunden ist – als Risikoindikator und Ansatzpunkt zur Verhinderung ungünstiger Entwicklungen verstehen.

Risiken einer ADHS-Diagnose

Als negative Konsequenz hat sich allerdings gezeigt, dass mit dem Label einer ADHS-Diagnose ein erhebliches Maß an Stigmatisierung einhergehen kann (Lebowitz, 2013; Mueller et al., 2012). Das Vorliegen einer ADHS-Diagnose könnte dazu führen, dass bei Eltern, Lehrkräften und anderen Bezugspersonen pessimistische Erwartungen entstehen, auch unabhängig von Leistungen, die das Kind tatsächlich zeigt, oder Potenzialen, die es hat (Eisenberg & Schneider, 2007; Metzger & Hamilton, 2020). Solche pessimistischen Erwartungen könnten in Form selbsterfüllender Prophezeiungen (Merton, 1948) ungünstig auf die tatsächliche Entwicklung des Kindes wirken, was als „Golemeffekt“ (Babad et al., 1982) bezeichnet wird (Gentrup et al., 2020; Meermann et al., 2017; Wang et al., 2018).

Auswirkungen des Labels ADHS sind in Vignettenstudien mit angehenden und praktizierenden Lehrkräften untersucht worden. Dabei wurden Studienteilnehmende in einem experimentellen Design randomisiert einer Fallvignetten-Bedingung zugewiesen und gebeten, Einschätzungen zu dem in

der Vignette beschriebenen Kind abzugeben. In beiden Fallvignetten wird ein Kind mit ADHS-typischen Verhaltensweisen beschrieben, in der ersten Fallvignettenbedingung jedoch ohne und in der zweiten Fallvignettenbedingung mit Verwendung des Labels ADHS. Es zeigt sich, dass bei Verwendung des ADHS-Labels ungünstigere Bewertungen abgegeben werden: So wurden Verhaltensauffälligkeiten als schwerwiegender eingeschätzt und häufiger negative Reaktionen dem Kind gegenüber geäußert (Batzle et al., 2009; Koonce et al., 2004; Ohan et al., 2011). Darüber hinaus können ungünstige Erwartungen auch ohne das explizite Nennen der Diagnose entstehen: So schätzten Grundschullehrkräfte Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, die mit ADHS-typischen Symptomen beschrieben waren, als weniger leistungsstark ein als andere Kinder ($d = 1.47$) und nannten negativere Gefühle bei der Vorstellung, ein Kind mit Verhaltensauffälligkeiten in die Klasse zu integrieren, verglichen mit Kindern ohne Verhaltensauffälligkeiten ($d = 1.05$) und mit Kindern mit Lernschwierigkeiten ($d = 0.48$) (Pit-ten Cate & Krischler, 2020). Allerdings finden sich auch Hinweise auf eine größere Bereitschaft, bei vorliegendem ADHS-Label Interventionen zu implementieren (Ohan et al., 2011). Dies könnte eine positive Seite einer ADHS-Diagnose sein, die darin besteht, dass Lehrkräfte hilfsbereiter und unterstützender sind, wenn einem Kind die Diagnose zugewiesen wurde.

Erste Eindrücke und Erwartungen können langfristige Auswirkungen haben (Downey & Christensen, 2006). Das reine Vorliegen eines ADHS-Labels, ohne weitere Informationen, kann ungünstige Einschätzungen und Erwartungen nach sich ziehen (Koonce et al., 2004; Mueller et al., 2012; Nussey et al., 2013). Solche ungünstigen Erwartungseffekte können beispielsweise dann auftreten, wenn sich Eltern frühzeitig, bevor ein Kind überhaupt in eine Klasse kommt, an die zuständige Lehrkraft wenden und in vorbeugender Absicht das Vorliegen einer ADHS-Diagnose mitteilen. Außerdem wur-

den Hinweise darauf gefunden, dass ein höheres Ausmaß der Teilnahme an ADHS bezogener Fortbildung mit stärker negativen Reaktionen bei Lehrkräften verbunden sein kann (Ohan et al., 2011). Dieser Zusammenhang könnte dadurch erklärt werden, dass in den Fortbildungen ein starker Fokus auf die mit der Störung verbundenen Probleme und Risiken gesetzt wird, der bei den teilnehmenden Lehrkräften pessimistische Erwartungen, Stress und geringes Vertrauen in die eigene Fähigkeit, ein Kind mit ADHS zu unterrichten, befördert. Daher sollte dezidiert überlegt und fundiert abgewogen werden, welches Wissen angehenden und praktizierenden Lehrkräften über ADHS vermittelt werden soll, um ungünstige Einschätzungen und Erwartungen sowie negative emotionale Reaktionen nicht zu befördern. Die Vermittlung von Wissen über ADHS kann allerdings auch dazu beitragen, die Bereitschaft und Kompetenz von Lehrkräften zu erhöhen, evidenzbasierte Maßnahmen zur Verbesserung des Lernens für Kinder mit ADHS einzusetzen (Blotnicky-Gallant et al., 2010; McGonnell & Corkum, 2015; Jones & Chronis-Tuscano, 2008; Vereb & DiPerna, 2004) sowie die Selbstwirksamkeit der Lehrkräfte zu steigern (Latouche & Gascoigne, 2017). Da Diagnosen wie ADHS in allen Schulformen vorkommen – im Zuge der Umsetzung eines inklusiven Schulsystems noch stärker auch in Regelschul-Settings –, ist es wichtig, die Auswirkungen solcher Diagnosen bei Lehrkräften genauer zu erforschen.

Zielsetzung der Studie

Ziel der Studie ist die Erforschung von Zusammenhängen von zentralen Annahmen über ADHS mit unterschiedlichen schulrelevanten Erwartungen bei angehenden Lehrkräften. Erkenntnisse zu diesen Zusammenhängen können eine Grundlage für den Umgang mit der Diagnose von ADHS im schulischen Kontext und die Gestaltung von Lehrangeboten in (inkluisiven) Lehramtsstudiengängen sowie Weiterbildungsangebo-

ten für praktizierende Lehrkräfte bilden.

Die Studie untersucht angehende Lehrkräfte der Sonderpädagogik, da diesen eine wichtige Rolle in der Umsetzung der schulischen Inklusion zukommt (Lütje-Klose & Neumann, 2015). Sonderpädagogische Lehrkräfte besuchen und beraten reguläre Grundschulen und können mittlerweile dort auch fest angestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass ihnen innerhalb der Schule eine spezialisierte Rolle zukommt und sie bei Fragen zu „besonderen“ Kindern, zu denen auch Kinder mit ADHS zählen, herangezogen werden. Die Ausgestaltung der Kooperation von regulären und sonderpädagogischen Lehrkräften in inklusiven Kontexten unterliegt einem Wandel und es bleibt abzuwarten, wie diese Zusammenarbeit in der Zukunft konkret aussehen wird (siehe auch: Gebhard et al., 2014). Es ist aber davon auszugehen, dass auch für reguläre bzw. inklusive Grundschulen relevant sein wird, welche Annahmen über ADHS sonderpädagogische Lehrkräfte haben, da sie Regelschullehrkräfte zum Thema ADHS beraten oder auch selbst vor Ort Diagnostik und Förderung mit betroffenen Kindern durchführen (zu Aufgaben sonderpädagogischer Lehrkräfte in inklusiven Settings siehe auch: Melzer & Hillenbrand, 2015; Melzer et al., 2015).

In dieser Ausarbeitung wird der Begriff der „Annahmen“ über ADHS verwendet. Ähnliche Begriffe wie „Einstellungen“ oder „Haltung(en)“ implizieren eine Bewertung oder erscheinen komplexer, so wie auch die Begriffe „beliefs“ und „subjektive Theorien“. Da davon auszugehen ist, dass sich nicht alle Teilnehmenden der Studie (ausführlich) mit dem Thema ADHS befasst haben, erscheint der eher nicht evaluative Begriff der „Annahmen“ passend.

Fragestellung der Studie

Die Studie untersucht die Fragestellung, wie ADHS-bezogene Annahmen bei angehenden sonderpädagogischen Lehrkräften mit Erwartungen der eigenen affektiven Re-

aktion sowie prognostischen Einschätzungen zusammenhängen. Die untersuchten ADHS-bezogenen Annahmen beziehen sich auf die Verteilung, Verursachung und Veränderbarkeit der Störung. Die untersuchten Erwartungen beziehen sich auf die eigene affektive Reaktion bei der Vorstellung, ein Kind mit ADHS zu unterrichten, sowie prognostische Einschätzungen zur Entwicklung von Kindern mit der Störung. Im Folgenden werden Hypothesen zu den einzelnen Annahme-Bereichen abgeleitet. Tabelle 1 zeigt einen Gesamtüberblick der Hypothesen.

Verteilungsannahmen

Psychische Störungen werden von vielen Betroffenen als ein Stigma empfunden, das ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zusätzlich beeinträchtigt (Callard et al., 2013). Bei der Stigmatisierung wird eine Personengruppe aufgrund eines von der Norm abweichenden und als unerwünscht bewerteten Merkmals von der Allgemeinheit oder einer (Mehrheits-)Gruppe abgegrenzt (Brandt, 2017). Goffman (1963) bezeichnet Stigma als eine „unerwünschte Andersartigkeit“. Forschung in diesem Bereich hat sich insbesondere mit Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit und Depression im Erwachsenenalter beschäftigt und dabei Unterschiede zwischen den Störungsbildern bezüglich Ursachenzuschreibungen, Behandlungs-

empfehlungen und emotionalen Reaktionen festgestellt (Angermeyer et al., 2017).

Ein Ansatz zur Reduktion von Stigmatisierung besteht darin, die Andersartigkeit der stigmatisierten Personengruppe in Frage zu stellen (Corrigan et al., 2017; Rüscher et al., 2005) bzw. die Gleichheit der Gruppen anzuerkennen, was wiederum zu Respekt führt (Reininger et al., 2020). Hierbei wird die dichotome Annahme von psychischen Erkrankungen, bei denen eine Störung entweder vorliegt oder nicht, durch eine Kontinuumsannahme ersetzt, die Störungen als graduell abgestuft mit fließenden Übergängen zwischen Gesundheit und Krankheit konzeptualisiert (Heidbreder, 2015). In der Schizophrenieforschung zeigten sich Zusammenhänge von Kontinuumsannahmen mit positiveren emotionalen Reaktionen und geringerer sozialer Distanzierung (Schomerus et al., 2013; Wiesjahn et al., 2015) sowie einer höheren Erwartung einer Genesung (Corrigan et al., 2017). Eine Studie mit Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung (Speerforck et al., 2019) stellte fest, dass ca. zwei Drittel der Teilnehmenden einer Kontinuumsvorstellung von ADHS zustimmten, und dass die Zustimmung zur Kontinuumsannahme mit stärkeren prosozialen Reaktionen und geringerer sozialer Distanz gegenüber Menschen mit ADHS verbunden war.

Hypothese 1 lautet daher: Je stärker angehende sonderpädagogische Lehrkräfte

Tabelle 1. Zusammenfassung der untersuchten Hypothesen

		Erwartungen		
		Ungünstige affektive Reaktion	Pessimistische Prognose	
Annahmen über ADHS	Hypothese 1	Kontinuum	-	-
	Hypothese 2	Psychosoziale Verursachung	+	+
	Hypothese 3	Biogenetische Verursachung	-	+
	Hypothese 4	Fixed Mindset	-	+

Anmerkungen: Erwartete positive Zusammenhänge sind mit „+“ gekennzeichnet, erwartete negative Zusammenhänge mit „-“.

der Kontinuumsannahme zustimmen, desto günstiger fallen ihre affektiven Reaktionen und Prognosen zu Kindern mit ADHS aus.

Ursachenannahmen

Im medizinischen Kontext werden für ADHS vorrangig genetische und biologische Ursachen angenommen, so wird die Störung im DSM-5 als „Neurodevelopmental Disorder“ bzw. „Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung“ klassifiziert (Falkai & Wittchen, 2018). Die AWMF-Behandlungsleitlinie (2017) stellt zwar fest, dass die Ätiologie von ADHS noch nicht geklärt sei, es sei allerdings sicher, dass genetische Prädispositionen sowie Umwelteinflüsse vor und um die Geburt, welche die Gehirnentwicklung beeinflussen, eine entscheidende Rolle spielen. Die Behandlungsleitlinie empfiehlt weiterhin, dieses Wissen über Ursachen in der Patientenaufklärung (Psychoedukation) an Betroffene und Bezugspersonen weiterzugeben. Viele der in der (sonder-)pädagogischen und therapeutischen Praxis eingesetzten Behandlungsmanuale basieren auf einem biopsychosozialen Störungsverständnis (z. B. Döpfner et al., 2019; Lauth & Schlottke, 2019; Linderkamp et al., 2011). Dabei werden genetische und biologische Faktoren (z. B. Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels) als die Störung verursachend bzw. prädisponierend gesehen, (neuro-)psychologische Faktoren zur Erklärung der Kernsymptomatik herangezogen (z. B. beeinträchtigte Exekutivfunktionen) und soziale Faktoren als die Störung aufrechterhaltend oder aggravierend verstanden (z. B. negative Rückmeldungen durch Bezugspersonen und Gleichaltrige). Eine detaillierte Darstellung unterschiedlicher Erklärungsansätze von ADHS findet sich z. B. bei Abelein und Stein (2016).

Biogenetische Erklärungsmuster erklären psychische Störungen in Analogie zu körperlichen Erkrankungen, was Nachsicht und Unterstützung für die Betroffenen durch ihr Umfeld begünstigen kann (Read et al., 2006). Biogenetische Ursachenerklä-

rungen psychischer Störungen haben somit zwar einerseits das Potential Schuldzuweisungen zu reduzieren und Verständnis für die Schwierigkeiten der betroffenen Person zu entwickeln, andererseits besteht die Gefahr die Stigmatisierung zu verstärken, unter anderem, da Betroffene als krank/mangelbehaftet/defizitär eingeschätzt werden, womit auch die Einschätzung ihrer Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit steigen kann (Mehta & Farina, 1997; Phelan, 2002; Wiesjahn et al., 2015). Eine Metaanalyse mit 28 Studien (vor allem zu Schizophrenie) zeigt, dass biogenetische Erklärungen zwar Schuldzuweisungen reduzieren können (Hedges $g = -0.32$), pessimistische Erwartungen allerdings erhöhen ($g = 0.26$) und auch die den Menschen mit psychischen Störungen zugeschriebene Gefährlichkeit ($g = 0.20$; Kvaale et al., 2013).

Das „Mixed-blessings model of biogenetic explanations and stigma“ (Haslam & Kvaale, 2015) fasst die positiven und negativen Konsequenzen biogenetischer Erklärungen modellhaft zusammen: Über den Mediator „Unkontrollierbarkeit“ wird eine Reduktion von Schuldzuweisung vermittelt und über den Mediator „psychologischer Essentialismus“ werden das Bedürfnis nach sozialer Distanzierung, prognostischer Pessimismus und wahrgenommene Gefährlichkeit erhöht. Somit wird durch biogenetische Erklärungen psychischer Störungen zwar ein Aspekt von Stigmatisierung reduziert, andere Aspekte aber verstärkt. Bezogen auf ADHS zeigte sich in experimentellen Vignettenstudien mit Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung, dass eine biologische (statt einer psychosozialen) Ursachenerklärung einerseits soziale Distanzierung reduzierte (mediert über geringere Schuldzuweisungen an das Kind), andererseits aber stärkere Zweifel der Behandelbarkeit und somit prognostischen Pessimismus mit sich brachte (Lebowitz et al., 2016).

Für den Umgang mit ADHS im schulischen Bereich ist es plausibel, dass die Reduktion von Scham und Schuld ein Motiv darstellt, das erklärt, warum Bezugsperso-

nen – insbesondere Eltern und Lehrkräfte – und auch Kinder und Jugendliche selbst biogenetischen Erklärungsmodellen zustimmen (Dauman et al., 2019; Frigerio et al., 2013; Wienen et al., 2019). Entgegen dem verbreiteten biogenetisch begründeten Störungsmodell sind auch psychosoziale Ursachenzuschreibungen bei ADHS häufig, wie u. a. Studien mit Erzieherinnen und Lehrkräften zeigen (Ruhmland & Beckerle, 2015; Ruhmland & Christiansen, 2017). Biogenetische Ursachenzuschreibungen entlasten das Kind und seine Bezugspersonen, da sie eine (selbstwertschützende) Erklärung für vorhandene Schwierigkeiten bieten, während psychosoziale Ursachenzuschreibungen – z. B. Unwillen und Ungehorsam der Kinder oder eine defizitäre elterliche Erziehung – belastend sein können. Wenn Lehrkräfte beispielsweise davon ausgehen, dass ADHS durch unangemessene Erziehung verursacht wird, legt dies pessimistische Erwartungen nahe, da Schulkinder ihre Herkunftsfamilie in der Regel nicht wechseln und Eltern ihre Erziehung normalerweise nicht grundlegend verändern. Die verbreitete Vorstellung, dass die Persönlichkeit eines Individuums durch Erziehung und Sozialisation grundlegend und dauerhaft geformt wird, wird auch als sozialer Determinismus bezeichnet (Rangel & Keller, 2011).

Es lässt sich zusammenfassen, dass biogenetische Ursachenannahmen über ADHS eher mit günstigen affektiven Reaktionen einhergehen sollten (u. a. Mitleid), allerdings auch mit pessimistischen prognostischen Einschätzungen, da die ursächlichen Faktoren als basal und hartnäckig angesehen werden („Hardware-Probleme“ in Analogie zum Computer). Psychosoziale Ursachenannahmen sollten eher mit ungünstigen affektiven Reaktionen einhergehen (u. a. Verärgerung), allerdings im Sinne eines (psycho-)sozialen Determinismus auch mit pessimistischen Prognosen (Probleme mit dem „Betriebssystem“ in Analogie zum Computer).

Hypothese 2 lautet daher: Je stärker angehende sonderpädagogische Lehrkräfte psychosoziale Ursachen annehmen, desto ungünstiger fallen ihre affektiven Reaktionen und Prognosen für Kinder mit ADHS aus.

Hypothese 3 lautet daher: Je stärker angehende sonderpädagogische Lehrkräfte der biogenetischen Ursachenannahme zustimmen, desto günstiger fallen ihre affektiven Reaktionen aus, aber desto ungünstiger ist ihre Prognose für Kinder mit ADHS.

Veränderungsannahmen

Neben den Annahmen zur Verursachung von psychischen Störungen spielt die Erwartung der zukünftigen Entwicklung und möglichen Veränderbarkeit eine entscheidende Rolle. In der Intelligenzforschung wurde der Begriff von Fixed vs. Growth Mindsets geprägt, die als extreme Pole ein Kontinuum aufspannen (Dweck, 2006). Personen mit einem Fixed Mindset (auch „entity theory“) haben eine durch die Annahme der Unveränderbarkeit geprägte Vorstellung von Intelligenz, während Personen mit einem Growth Mindset (auch „incremental theory“) Intelligenz für ein fluides, veränderliches Konstrukt halten (Dweck et al., 1995). Bezogen auf den schulischen Bereich formulieren Hattie und Zierer (2018) als ein lernförderliches „Mindframe“ von Lehrkräften: „I am a change agent and believe all students can improve“. Das Mindset, also die Annahme über die Veränderbarkeit, beeinflusst die Veränderung. Demnach begünstigt die Annahme, dass Intelligenz und Begabung einem Wachstum unterliegen können, dass Kinder besser lernen und bessere Leistungen erreichen (Blackwell et al., 2007; Seaton, 2018; Yeager et al., 2019), wohingegen ein Fixed Mindset Veränderungen verhindern oder erschweren kann. Vor dem Hintergrund der Forschung zu Erwartungen von Lehrkräften (Wang et al., 2018) kann vermutet werden, dass sich die Mindsets von Lehrkräften (möglicherweise unbewusst) über ihr Verhalten auf die Mindsets der unterrichteten Kinder auswirken, was

wiederum das Verhalten der Kinder beeinflusst.

Mindsets zur Veränderbarkeit von ADHS wurden in einer Studie mit Lehramtsstudierenden untersucht (Asbury et al., 2016). Dabei zeigte sich eine geringe Zustimmung zu einem Growth Mindset, d. h. die Möglichkeit, ADHS zu ändern, wurde gering eingeschätzt, z. B. im Vergleich zur Möglichkeit, Verhalten allgemein zu ändern, ohne Vorliegen einer Diagnose. Aufbauend auf den Erkenntnissen aus der Intelligenzforschung kann davon ausgegangen werden, dass die Annahme eines Fixed Mindset von ADHS mit pessimistischen Prognosen der weiteren Entwicklung eines betroffenen Kindes einhergeht. Andererseits würde ein Fixed Mindset allerdings auch implizieren, dass Kinder mit ADHS störende Verhaltensweisen nicht ändern können, selbst wenn sie dies wollen und versuchen, was eher positive affektive Reaktionen (Verständnis, Mitleid) nach sich ziehen könnte.

Hypothese 4: Je stärker angehende Sonderpädagogische Lehrkräfte einem Fixed Mindset zustimmen, desto günstiger fallen ihre affektiven Reaktionen aus, aber desto ungünstiger ist ihre Prognose für Kinder mit ADHS.

Methode

Es wurde eine anonyme Online-Studie über die Plattform Qualtrics durchgeführt. Gemäß einer Power-Analyse mit G*Power (Version 3.1.9.4; Faul et al., 2009), wurde eine Stichprobengröße von $N = 207$ angestrebt, um kleine bis mittlere Effektstärken ($r = .20$) für die erwarteten Korrelationen bei einer Power von 90 % feststellen zu können. Die Teilnehmenden stimmten zu, dass ihre Daten anonym ausgewertet und veröffentlicht werden.

Ablauf

Die Beantwortung der Umfrage nahm im Median 9.6 min in Anspruch. Es bestand die Möglichkeit, die Umfrage zu pausieren und zu einem späteren Zeitpunkt abzuschließen. Die Umfrage begann mit einer Begrüßung und Vorstellung der Studie. Den Teilnehmenden wurde mitgeteilt, dass die Umfrage ihre persönliche Meinung zu unterschiedlichen Aspekten der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erfassen solle. Weiterhin wurde in einem erklärenden Satz mitgeteilt, dass Menschen mit ADHS häufig unaufmerksam und unkonzentriert seien, viele zudem hyperaktiv und impulsiv, um Verwechslungen des Störungsbilds zu vermeiden. Die Teilnehmenden bestätigten, dass etwaige Fragen geklärt seien, sie schon einmal von ADHS gehört hatten und unter den beschriebenen Teilnahmebedingungen teilnehmen wollten.

Die abgefragten Bereiche wurden in Blöcken in folgender Reihenfolge dargeboten: Kontinuum, Ursachen, Mindset, affektive Reaktion, Prognose, Vorerfahrungen mit ADHS. Um zu überprüfen, ob die Teilnehmenden die Instruktionen aufmerksam lesen, folgte ein Aufmerksamkeitscheck, bei dem ein etwas längerer Instruktionstext gelesen werden sollte, der anwies, ein Wort in ein offenes Antwortfeld zu schreiben, nicht aber eine zusätzlich angebotene Skala zu nutzen. Abschließend wurden demographische Daten erhoben und die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Verlosung dargestellt.

Stichprobe

Lehramtsstudierende der Sonder-/Behinderten-/Inklusionspädagogik wurden über eine universitäre Lernplattform zur Teilnahme eingeladen. Zudem wurde der Hinweis auf die Online-Umfrage an 18 Fachschaften entsprechender Studiengänge in Deutschland versendet, mit der Bitte die Einladung an Studierende weiterzuleiten. Als Anreiz für die Teilnehmenden wurden zwei Amazon-Gutscheine in Höhe von je 50 € verlost.

Insgesamt haben 266 Personen die Umfrage aufgerufen, davon haben 233 die eigentliche Umfrage begonnen, 220 den ersten Umfrageblock abgeschlossen und 206 die gesamte Umfrage abgeschlossen. Vor der Auswertung wurden drei Personen ausgeschlossen, die den Aufmerksamkeitscheck falsch beantwortet hatten, sowie drei Personen, die nicht das angestrebte Lehramt studieren, und drei Personen, die angaben, vor der Umfrage noch nie etwas von ADHS gehört zu haben. Die finale Stichprobe besteht damit aus $N = 197$ kompletten Fällen. Als Geschlecht geben 168 Teilnehmende weiblich (85,5 %), 27 männlich (13,7 %) und 2 divers (1,0 %) an; 133 Teilnehmende (67,5 %) studieren im Bachelor, 64 (32,5 %) im Master, Staatsexamen oder Vorbereitungsdienst; bei 101 Teilnehmenden (51,3 %) gibt es jemanden mit ADHS in der Familie oder im Freundeskreis, 14 (7,1 %) haben oder hatten selbst ADHS. Das mittlere Alter (Median) beträgt 23 Jahre ($M = 24.7$, $SD = 5.0$).

Instrumente

Wenn nicht anders dargestellt, werden die Items auf einer 6-stufigen Skala beantwortet (von 0 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = „stimme völlig zu“).

Unabhängige Variablen

Kontinuumsannahme. Die Zustimmung zu einer Kontinuumsannahme über ADHS wurde mit einem angepassten Item aus einer Publikation von Speerforck et al. (2019) erfasst („Im Grunde sind wir alle manchmal wie jemand mit ADHS. Es ist nur eine Frage, wie ausgeprägt dieser Zustand ist.“) Im Original wird der Begriff ADHS nicht genannt, sondern eine Fallvignette mit ADHS-typischen Verhaltensweisen präsentiert, was für diese Studie geändert wurde, da die mit dem Begriff ADHS verbundenen Annahmen erfasst werden sollten. Für die vorliegende Studie wurden vier weitere Items generiert und abgefragt, aus denen eine Skala gebil-

det werden sollte. In den Daten zeigt sich allerdings eine unbefriedigende interne Konsistenz der fünf Items, die durch Weglassen von Items nicht ausreichend gesteigert werden kann. Daher wurde nur das eine, oben dargestellte Item als Maß der Kontinuumsannahme genutzt. Diese Auswertung auf Einzelitemebene entspricht dem originalen Vorgehen von Speerforck et al. (2019), die sich dabei auf Schomerus et al. (2013) beziehen.

Ursachenannahmen. Mit sechs Items wurden Zustimmungen zu möglichen Ursachen von ADHS abgefragt. Die Items orientieren sich an bestehenden Fragebögen, die nicht im Original eingesetzt werden konnten, da sie u. a. Ursachenzuschreibungen mit Behandlungsmöglichkeiten kombinieren (Gudmundsdottir, 2014; Johnston & Freeman, 2002), nur dichotome Antwortformate aufweisen (Jerome et al., 1994; Ohan et al., 2008; Sciotto et al., 2000) oder das Ziel haben, Wissen über ADHS abzufragen (Hepperlen et al., 2002; Sciotto et al., 2000). Der Fragenblock beginnt mit „Was denken Sie, wie stark tragen die folgenden Faktoren zur Entstehung von ADHS bei“, gefolgt von „ADHS wird verursacht durch...“, „genetische/biologische Faktoren (z. B. Auffälligkeiten im Neurotransmittersystem)“, „Erziehung (z. B. inkonsequentes Verhalten der Eltern)“, „Lebenserfahrungen (z. B. Traumatisierung oder Mobbing)“, „Medienkonsum (z. B. zu viel Fernsehen)“, „Ernährung (z. B. zu viel Zucker)“, „Lebensgestaltung (z. B. zu wenig Bewegung)“, „Gegebenenfalls andere Ursachen“. In den Daten zeigen sich negative Korrelationen des Items zur biogenetischen Verursachung mit den übrigen Items ($-.29 \leq r \leq -.11$). Die übrigen Items korrelieren mittel bis stark miteinander ($.33 \leq r \leq .69$). Daher werden für die Auswertung zwei Skalen gebildet: 1. biogenetische Ursachenannahmen, bestehend nur aus dem ersten Item, 2. psychosoziale Ursachenannahmen, bestehend aus den übrigen fünf Items ($\alpha = .84$), deren Mittelwert für die Auswertung genutzt wird.

Fixed Mindset. Es wurden drei Items zur Erfassung eines Fixed Mindset von ADHS, d. h. Zustimmung zur Annahme ADHS sei nicht oder nur wenig veränderbar („entity theory“), analog zur Mindset-Erfassung bezüglich Intelligenz genutzt (Dweck et al., 1995). Der Begriff „intelligence“ in den englischen Originalitems wurde durch „ADHD“ ersetzt. Eine ähnliche Methodik zur Untersuchung eines Mindset von ADHS bei Lehramtsstudierenden wird von Asbury et al. (2016) beschrieben, dabei wurde allerdings eine kurze Fallvignette eingesetzt. Die Items wurden mittels Google Übersetzer und DeepL ins Deutsche übersetzt. Das englische „you“ wurde in „man“ umformuliert (anstelle von „du“ oder „Sie“), da eine Fremdeinschätzung für eine Person mit ADHS ansonsten nicht passend wäre. Zur Überprüfung fand eine Rückübersetzung ins Englische durch eine Person statt, die in beiden Sprachen Muttersprachniveau aufweist. Ein Item wurde daraufhin leicht angepasst. Die finalen Items lauten: „Man hat ein gewisses Maß an ADHS und man kann wirklich nicht viel tun, um dies zu ändern“, „ADHS ist etwas an einem Menschen, an dem man nicht viel ändern kann“, „Man kann neue Dinge lernen, aber man kann ein grundlegendes ADHS nicht wirklich ändern“. Die Daten zeigen eine befriedigende interne Konsistenz der drei Items ($\alpha = .76$), daher wird deren Mittelwert für die Auswertung genutzt.

Abhängige Variablen

Affektive Reaktion. Um die affektive Reaktion gegenüber ADHS zu erfassen, wurde der „Emotional Reactions to the Mentally Ill Scale (Angermeyer & Matschinger, 2003) eingesetzt, der von Speerforck et al. (2019) für ADHS angepasst wurde. In der Version von Speerforck wird der Begriff ADHS nicht genannt, sondern typische Verhaltensweisen des Störungsbilds aufgezählt und im Anschluss emotionale Reaktionen gegenüber einer Person mit diesen Verhaltensweisen erfragt. Für die vorliegende

Studie wurden keine Symptome aufgezählt, sondern nur der Begriff ADHS genannt, da die mit der Diagnose verbundenen Gefühle und Erwartungen erfasst werden sollen. Es wurde folgende für Lehramtsstudierende passende Formulierung gewählt: „Stellen Sie sich vor, Sie hätten in Ihrer späteren Berufstätigkeit als Lehrer/Lehrerin einen Schüler/eine Schülerin mit ADHS in Ihrer Klasse. Welche Gefühle würde der/die Schüler/in mit ADHS bei Ihnen vermutlich hervorrufen und wie würden Sie reagieren?“ Im Anschluss sollen neun Reaktionen (z. B. „ich fühle mich durch ihn/sie genervt“) auf einer 5-stufigen Skala von 0 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 4 = trifft voll und ganz zu“ eingeschätzt werden. Speerforck et al. (2019) leiten auf Grundlage von Faktorenanalysen drei Skalen mit jeweils drei Items ab: Ärger, Angst und prosoziale Reaktionen. In der vorliegenden Stichprobe zeigen sich annehmbare interne Konsistenzen für die Skalen Angst ($\alpha = .72$) und Ärger ($\alpha = .69$), nicht jedoch für die Skala prosoziale Reaktionen ($\alpha = .43$), deren Items nicht bzw. nur schwach korrelieren ($.01 \leq r \leq .33$). Für die Auswertung wird daher jeweils der Mittelwert der Angst- bzw. Ärger-Items genutzt, während die Items zu prosozialen Reaktionen einzeln ausgewertet werden (Mitleid, Sympathie, Bedürfnis zu helfen).

Schulische Prognose. Zur Erfassung von Erwartungen der Entwicklung eines Kindes mit ADHS wurden prognostische Einschätzungen abgefragt. Diese beginnen mit „Wie gut sind aus Ihrer Sicht folgende weiterführende Schulformen für Kinder mit ADHS geeignet?“ – „Haupt-/ Realschule/ Oberschule/ Stadtteilschule“, „Förderschule“, „Gymnasium“, die jeweils auf einer 6-stufigen Skala von „sehr ungeeignet - - -“ (kodiert als 0) bis „sehr geeignet +++“ (kodiert als 5) eingeschätzt werden sollten. Weiterhin wurde gefragt „Was denken Sie, wie wahrscheinlich wird ein Kind mit ADHS in seiner Schullaufbahn Schwierigkeiten in den folgenden Bereichen haben?“ – „Mathematik“, „Deutsch“, „Englisch“, „Arbeits-

verhalten“, „Sozialverhalten“. Jeder Bereich sollte auf einer 6-stufigen Skala von „sehr unwahrscheinlich - -“ (kodiert als 0) bis „sehr wahrscheinlich +++“ (kodiert als 5) eingeschätzt werden. “. Die Einschätzungen bezogen auf die Kernfächer (Mathematik, Deutsch, Englisch) korrelieren stark ($.68 \leq r \leq .87$), so dass der Mittelwert der drei Items für die Auswertung genutzt wird ($\alpha = .90$). Die Items zum Arbeits- und Sozialverhalten werden einzeln ausgewertet, ebenso das Item zur Gymnasialeignung.

Erreichung von Lebenszielen. Mit demselben Antwortformat der schulischen Prognose wurde weiterhin gefragt, „Was denken Sie, wie wahrscheinlich ist es, dass ein Kind mit ADHS irgendwann im späteren Leben die folgenden Ereignisse erreicht?“ – „Einen Schulabschluss erlangen“, „Einer regelmäßigen Berufstätigkeit nachgehen“, „Finanziell unabhängig sein“, „Eine eigene Familie gründen. Die Items korrelieren stark ($.61 \leq r \leq .84$), so dass der Mittelwert der vier Items für die Auswertung genutzt wird ($\alpha = .91$).

Verantwortungsfähigkeit. Als weiterer Aspekt der Prognose wurde die Skala „Ability to take responsibility“ des Fragebogens zur Erfassung von Stigmatisierung von Erwachsenen mit ADHS (Fuermaier et al., 2012) eingesetzt. Die Skala besteht aus fünf Items (z. B. „Erwachsene mit ADHS sind schlechte Eltern und haben Probleme, ihre Kinder groß zu ziehen“), die auf einer 6-stufigen Skala von „stimme absolut nicht zu“ (kodiert als 0) bis „stimme sehr zu“ (kodiert als 5) eingeschätzt werden. Ein Item ist invertiert („Ich hätte keine Bedenken, von einem Arzt behandelt zu werden, der ADHS hat“). In der vorliegenden Stichprobe zeigt sich eine unbefriedigende interne Konsistenz der fünf Items ($\alpha = .29$), die insbesondere auf das invertierte Item zurückzuführen ist. Für die Auswertung wird daher der Mittelwert der fünf nicht-invertierten Items genutzt, die eine befriedigende interne Konsistenz aufweisen ($\alpha = .77$).

Kontrollvariable

Vorerfahrungen. Mit sieben Items im Ja-nein-Format wurden Vorerfahrungen mit ADHS erhoben. Die Teilnehmenden beantworteten die Fragen, ob sie vor der Umfrage schon einmal etwas von ADHS gehört hatten, ob sie aus den Medien etwas über ADHS gehört hatten, ob sie in ihrem Studium etwas über ADHS gehört hatten, ob sie Kinder oder Jugendliche mit ADHS kennen, ob sie Erwachsene mit ADHS kennen, ob jemand in ihrer Familie oder Freundeskreis ADHS hat oder hatte und ob sie selbst ADHS haben oder hatten. Die Antworten auf jede Frage wurden jeweils mit 0 für „nein“ und 1 für „ja“ kodiert. Für die Auswertung wird der Summenscore der sieben Items genutzt.

Statistische Analysen

Die Hypothesen werden mit multiplen linearen hierarchischen Regressionsanalysen überprüft (SPSS 27, Einschluss-Methode). Als abhängige Variablen werden Erwartungen (eigene Reaktion auf ein Kind mit ADHS und Prognosen der Entwicklung eines Kinds mit ADHS) mit mehreren separaten Analysen auf Skalenebene ausgewertet, um spezifische Zusammenhänge aufdecken zu können. In alle Regressionsanalysen gehen im ersten Schritt Kontrollvariablen ein (Geschlecht, Studienfortschritt, Vorerfahrungen mit ADHS), im zweiten Schritt die Annahmen über ADHS (Kontinuum, Ursachen, Mindset). Männliches Geschlecht wurde als -0.5 kodiert, weibliches als 0.5. Die Kategorie divers konnte nicht ausgewertet werden, da sie sehr selten ($n = 2$) gewählt wurde. Beim Studienfortschritt wird Bachelor als -0.5 kodiert und Master, Staatsexamen oder Vorbereitungsdienst als 0.5. Die kontinuierlichen unabhängigen Variablen gingen z-standardisiert in die Regressionen ein. Auf eine multivariate Auswertung wurde verzichtet, da die abhängigen Variablen nicht als homogenes Gesamtkonstrukt verstanden werden, was sich empirisch auch

in einem heterogenen Korrelationsmuster zeigt (siehe Tabelle 3).

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

Tabelle 2 zeigt die Verteilungsparameter der erfassten Variablen. Die Stichprobe weist einige Vorerfahrungen mit ADHS auf ($M = 4.76$, $SD = 1.16$). Bei den Annahmen findet sich die stärkste Zustimmung zu biogenetischen Störungsursachen ($M = 3.52$), gefolgt von der Kontinuumsannahme ($M = 3.01$), psychosozialen Störungsursachen ($M = 2.54$) und schließlich dem Fixed Mindset ($M = 1.60$). In den affektiven Reaktionen zeigen die angehenden Lehrkräfte insbesondere Hilfsbereitschaft ($M = 3.24$) und Sympathie ($M = 2.60$) für ein Kind mit ADHS. Weniger stark werden Mitleid ($M = 1.55$), Ärger ($M = 0.86$) und Angst ($M = 0.60$) erlebt. Es wird insgesamt eine gute Prognose für Kinder mit ADHS getroffen, insbesondere für erreichbare Lebensziele ($M = 4.13$) und etwas weniger stark bei der Eignung für das Gymnasium ($M = 2.96$), obwohl mehr-

heitlich das Auftreten von Problemen angenommen wird, insbesondere im Arbeitsverhalten ($M = 3.87$) und Sozialverhalten ($M = 3.40$) und weniger stark in den Kernfächern ($M = 2.64$). Eine geringe Fähigkeit von Erwachsenen mit ADHS, Verantwortung zu übernehmen, wird kaum erwartet ($M = 0.38$) – über die Hälfte der Teilnehmenden stimmen keinem der Items dieser Skala zu.

Hypothesentests

Die Voraussetzungen zur Durchführung der Regressionen sind großenteils erfüllt. Die zugehörigen VIF-Werte (1.04-1.28) und Durbin-Watson-Statistiken (1.82-2.17) sind zufriedenstellend. Die Verteilungen der Residuen zeigen leichte Abweichungen von der Normalverteilung im akzeptablen Bereich für die ersten abhängigen Variablen, allerdings starke Abweichungen für die abhängige Variable „Fähigkeit Verantwortung zu übernehmen“ aufgrund der geringen Zustimmungen.

Tabelle 3 zeigt die Korrelationen der abhängigen Variablen. Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse der Tests der Zusammenhangshypothesen zu den affektiven Reaktionen.

Tabelle 2. Verteilungsparameter der erfassten Merkmale

Konstrukt	Skala	Mögliche Werte	Beobachtete Werte	M	SD
Vorerfahrungen	Vorerfahrungen mit ADHS	0-7	2-7	4.76	1.16
Annahmen über ADHS	Kontinuum	0-5	0-5	3.01	1.48
	Psychosoziale Verursachung	0-5	0-5	2.54	1.20
	Biogenetische Verursachung	0-5	0-5	3.52	1.26
	Fixed Mindset	0-5	0-5	1.60	0.98
Erwartungen eigene Reaktion der Lehrkraft	Angst	0-4	0-3.3	0.60	0.65
	Ärger	0-4	0-3.3	0.86	0.68
	Mitleid	0-4	0-4	1.55	1.17
	Sympathie	0-4	0-4	2.60	0.83
	Bedürfnis zu helfen	0-4	0-4	3.24	0.83
Erwartungen Prognose des Kinds	Probleme in Kernfächern	0-5	0-5	2.64	1.05
	Probleme im Arbeitsverhalten	0-5	0-5	3.87	1.13
	Probleme im Sozialverhalten	0-5	0-5	3.40	1.16
	Gymnasialeignung	0-5	0-5	2.96	1.50
	Erreichung Lebensziele	0-5	0.5-5	4.13	0.84
	Geringe Verantwortungsfähigkeit	0-5	0-3.5	0.38	0.60

Tabelle 3. Korrelative Zusammenhänge der abhängigen Variablen

Konstrukt	Nr.	Skala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Erwartungen eigene Reaktion der Lehrkraft	1	Angst	X										
	2	Ärger	.49	X									
	3	Mitleid	.26	.32	X								
	4	Sympathie	-.15	-.26	.01	X							
	5	Bedürfnis zu helfen	.02	.03	.33	.30	X						
Erwartungen Prognose des Kinds	6	Gymnasialeignung	-.07	-.05	-.02	.06	-.05	X					
	7	Probleme in Kernfächern	.12	.13	.09	-.10	.04	-.27	X				
	8	Probleme im Arbeitsverhalten	.14	.20	.23	-.06	.21	-.11	.25	X			
	9	Probleme im Sozialverhalten	.08	.14	.09	-.05	.16	-.14	.10	.48	X		
	10	Erreichung Lebensziele	-.10	.02	-.11	.16	.09	.31	-.27	-.12	-.03	X	
	11	Geringe Verantwortungsfähigkeit	.20	.18	.20	-.18	.06	-.30	.05	.17	.14	-.33	X

Anmerkungen: Als Maß des Zusammenhangs ist der Pearson-Korrelationskoeffizient *r* angegeben. Die angegebenen Signifikanzen beziehen sich auf die zweiseitige Signifikanz. Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit wurden keine exakten *p*-Werte angegeben, sondern signifikante Korrelationen ($p < .05$) fett gedruckt.

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Tests der Zusammenhangshypothesen zu den Prognosen für Kinder mit ADHS. Tabelle 6 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothesentests.

Die affektiven Reaktionen Angst und Ärger zeigen keine Zusammenhänge mit den untersuchten Annahmen.

Kontinuumsannahme (Hypothese 1)

Erwartungskonform hängt die Zustimmung zur Kontinuumsannahme tendenziell negativ mit erwarteten Problemen im Sozialverhalten zusammen ($\beta = -.15, p = .05$). Erwartungswidrig ist die Kontinuumsannahme mit keiner günstigen affektiven Reaktion verbunden, sondern im Gegenteil negativ mit dem Bedürfnis, Kindern mit ADHS zu helfen ($\beta = -.15, p < .05$).

Psychosoziale Störungsursachen (Hypothese 2)

Erwartungskonform hängt die Annahme psychosozialer Störungsursachen negativ mit der Gymnasialeignung ($\beta = -.19, p = .02$), positiv mit einer angenommenen geringen Verantwortungsfähigkeit ($\beta = .19, p$

$= .02$) und tendenziell positiv mit dem Auftreten von Problemen in den Kernfächern ($\beta = .16, p = .05$) sowie negativ mit der Erwartung, bestimmte Lebensziele zu erreichen ($\beta = -.15, p = .06$), zusammen. Erwartungswidrig hängt die Zustimmung zu psychosozialen Störungsursachen nicht mit ungünstigen affektiven Reaktionen zusammen, sondern im Gegenteil positiv mit Mitleid ($\beta = .20, p = .02$) und tendenziell mit dem Bedürfnis zu helfen ($\beta = .16, p = .05$).

Biogenetische Störungsursachen (Hypothese 3)

Erwartungskonform hängt die Zustimmung zu biogenetischen Störungsursachen mit größerer Sympathie gegenüber einem Kind mit ADHS ($\beta = .21, p = .01$) und dem Bedürfnis ihm zu helfen ($\beta = .21, p = .01$) zusammen. Weiterhin erwartungskonform hängt die Annahme biogenetischer Störungsursachen positiv mit erwarteten Problemen im Arbeitsverhalten zusammen ($\beta = .17, p = .02$) und tendenziell ($\beta = .14, p = .07$) auch mit erwarteten Problemen in den Kernfächern.

Tabelle 4. Regressionsanalytische Ergebnisse der Tests der Zusammenhänge zwischen Annahmen über ADHS und affektiven Reaktionen der Lehrkraft auf ein Kind mit ADHS unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen

	Angst				Ärger				Mitleid			
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Kontrollvariablen												
Geschlecht	-.08	-1.11	.27	-.06	.02	0.23	.82	.01	-.09	-1.19	.24	-.06
Studienfortschritt	.06	0.78	.44	.03	.11	1.41	.16	.09	-.08	-1.05	.30	-.09
Vorerfahrungen	-.16	-2.21	.03	-.15	-.06	-0.81	.42	-.05	.01	0.14	.89	-.01
Unabhängige Variablen												
Kontinuumsannahme	-.04	-0.48	.63	.01	.05	0.62	.54	.07	-.08	-1.06	.29	-.02
Psychosoziale Ursachenannahme	.11	1.39	.17	.11	.08	0.94	.35	.08	.20	2.47	.02	.15
Biogenetische Ursachenannahme	-.02	-0.27	.79	-.07	.01	0.14	.89	-.03	.04	0.46	.64	.01
Fixed Mindset	.01	0.04	.97	-.02	.03	0.40	.69	.01	.05	0.69	.49	.02
					Sympathie				Bedürfnis zu helfen			
					β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Kontrollvariablen												
Geschlecht	.10	1.37	.17	.08	.01	0.08	.94	.03				
Studienfortschritt	.11	1.46	.15	.07	.03	0.46	.65	-.01				
Vorerfahrungen	.03	0.34	.74	.06	.01	.15	.88	.03				
Unabhängige Variablen												
Kontinuumsannahme	-.02	-0.23	.82	-.04	-.15	-1.98	.05	-.12				
Psychosoziale Ursachenannahme	.05	0.63	.53	-.03	.16	1.95	.05	.07				
Biogenetische Ursachenannahme	.21	2.76	.01	.19	.21	2.89	.01	.19				
Fixed Mindset	.08	1.08	.28	.08	-.07	-0.90	.37	-.07				

Anmerkungen: Dargestellt sind die Ergebnisse von separaten Regressionsanalysen für jede abhängige Variable. Die Variable Geschlecht wurde kodiert mit männlich = -0.5 und weiblich = 0.5. Die Variable Studienfortschritt wurde kodiert mit Bachelor = -0.5 und Master (oder vergleichbar) = 0.5. Signifikante und tendenziell signifikante Ergebnisse ($p < .10$) sind fett gedruckt.

Tabelle 5. Regressionsanalytische Ergebnisse der Tests der Zusammenhänge zwischen Annahmen über ADHS und der Prognose für Kinder mit ADHS unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen

	Probleme in Kernfächern			Probleme im Arbeitsverhalten			Probleme im Sozialverhalten					
	β	t	p	r	β	t	p	r	β	t	p	r
Kontrollvariablen												
Geschlecht	-.06	-0.77	.44	-.05	.13	1.83	.07	.14	.04	0.56	.57	.07
Studienfortschritt	.06	0.83	.41	.03	.03	0.43	.67	-.03	-.05	-0.61	.54	-.06
Vorerfahrungen	-.10	-1.38	.17	-.08	-.04	-0.57	.57	-.04	.04	0.49	.63	.03
Unabhängige Variablen												
Kontinuumsannahme	.03	0.34	.74	.06	.02	0.26	.79	.02	-.15	-1.94	.05	-.15
Psychoziale Ursachenannahme	.16	1.95	.05	.11	.12	1.53	.13	.08	-.01	-.04	.97	-.03
Biogenetische Ursachenannahme	.14	1.81	.07	.08	.17	2.9	.02	.14	.06	0.84	.40	.08
Fixed Mindset	.07	0.95	.35	.04	.08	1.04	.30	.05	-.14	-1.91	.06	-.12
	Gymnasialeignung			Erreichung Lebensziele			Geringe Verantwortungsfähigkeit					
	β	t	p	r	β	t	p	r	β	t	p	r
Kontrollvariablen												
Geschlecht	-.01	-0.21	.90	-.04	.06	0.86	.39	-.01	-.09	-1.24	.22	-.02
Studienfortschritt	.06	0.87	.38	.08	.16	2.19	.03	.18	-.18	-2.45	.02	-.21
Vorerfahrungen	-.04	-0.54	.59	-.01	.13	1.77	.08	.17	-.15	-2.06	.04	-.18
Unabhängige Variablen												
Kontinuumsannahme	-.02	-0.23	.82	-.09	.07	0.87	.39	.01	-.02	-0.30	.76	.04
Psychoziale Ursachenannahme	-.19	-2.31	.02	-.22	-.15	-1.89	.06	-.16	.19	2.40	.02	.21
Biogenetische Ursachenannahme	-.01	-0.13	.90	.04	.04	0.59	.57	.07	.02	0.25	.80	-.03
Fixed Mindset	.11	1.51	.13	.16	.02	0.22	.83	.05	-.06	-0.81	.42	-.10

Anmerkungen: Dargestellt sind die Ergebnisse von separaten Regressionsanalysen für jede abhängige Variable. Die Variable Geschlecht wurde kodiert mit männlich = -0.5 und weiblich = 0.5. Die Variable Studienfortschritt wurde kodiert mit Bachelor = -0.5 und Master (oder vergleichbar) = 0.5. Signifikante und tendenziell signifikante Ergebnisse ($p < .10$) sind fett gedruckt.

Tabelle 6. Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothesentests

		Erwartungen		
		Ungünstige affektive Reaktion	Pessimistische Prognose	
Annahmen über ADHS	Hypothese 1	Kontinuum	erwartungswidrig entgegengesetzter Zusammenhang +	erwarteter Zusammenhang -
	Hypothese 2	Psychosoziale Verursachung	erwartungswidrig entgegengesetzter Zusammenhang -	erwarteter Zusammenhang +
	Hypothese 3	Biogenetische Verursachung	erwarteter Zusammenhang -	erwarteter Zusammenhang +
	Hypothese 4	Fixed Mindset	erwartungswidrig kein Zusammenhang	erwartungswidrig kein Zusammenhang

Anmerkungen: Festgestellte positive Zusammenhänge sind mit „+“ gekennzeichnet, festgestellte negative Zusammenhänge mit „-“.

Fixed Mindset (Hypothese 4)

Erwartungswidrig hängt die Zustimmung zu einem Fixed Mindset zu ADHS mit keiner der affektiven Reaktionen oder der Prognosen zusammen.

Kontrollvariablen

Bei den Kontrollvariablen zeigt sich, dass der Studienfortschritt (Master o. ä. im Vergleich zu Bachelor) positiv mit der Erwartung der Erreichung von Lebenszielen ($\beta = .16, p = .03$) sowie negativ mit der Erwartung einer geringen Verantwortungsfähigkeit von Erwachsenen mit ADHS zusammenhängt ($\beta = -.18, p = .02$). Weiterhin hängen mehr Erfahrungen mit ADHS negativ mit dem eigenen Erleben von Angst ($\beta = -.16, p = .03$) und negativ mit der Erwartung einer geringen Verantwortungsfähigkeit als Erwachsene ($\beta = -.15, p = .04$) zusammen. Tendenziell hing zudem weibliches Geschlecht positiv mit erwarteten Problemen im Arbeitsverhalten zusammen ($\beta = .13, p = .07$).

Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die Zusammenhänge zwischen mit ADHS verbundenen Annahmen und Reaktionen auf ein Kind mit ADHS sowie Erwartungen zur Entwicklung der betroffenen Kinder anhand einer online erhobenen Stichprobe mit angehenden Lehrkräften der Sonderpädagogik. Im Durchschnitt geben die angehenden Lehrkräfte positive Reaktionen bei der Vorstellung an, ein Kind mit ADHS zu unterrichten. Es zeigen sich wenig Angst und Verärgerung, etwas Mitleid, stärker aber Sympathie und Hilfsbereitschaft. Dass wenig Verärgerung genannt wird, kann damit zusammenhängen, dass Studierende noch kaum Erfahrungen im Unterrichten von Kindern mit ADHS haben, oder auch mit sozialer Erwünschtheit bzw. einem optimistischen Selbstbild von der eigenen Rolle als Lehrkraft. Übereinstimmend mit der erstgenannten Vermutung fand eine australische Studie positivere Gefühle Kindern mit ADHS gegenüber bei Lehrkräften ohne Lehrerfahrung als bei solchen mit Lehrerfahrung (Anderson et al., 2012).

Als Prognose für Kinder mit ADHS zeigt sich im Mittel, dass Schwierigkeiten er-

wartet werden, insbesondere im Arbeitsverhalten, etwas schwächer im Sozialverhalten und noch etwas schwächer in den Kernfächern (Deutsch, Mathe, Englisch). Diese Reihung stimmt insofern mit der ADHS-Literatur überein, als problematisches Arbeitsverhalten direkt als ADHS-Symptom verstanden werden kann, während unangemessenes Sozialverhalten und schlechte Schulleistungen als Folge der Kernsymptomatik aufgefasst werden (Rapport et al., 2001; Schmidt & Petermann, 2008). Trotzdem wird das Gymnasium im Durchschnitt als geeignete Schulform eingeschätzt und es wird davon ausgegangen, dass wichtige Lebensziele erreicht werden können. Insbesondere bei der Gymnasialeignung variieren die Einschätzungen deutlich. Die Erwartung von Problemen ist stark ausgeprägt, so ist die häufigste Antwort darauf, ob Probleme im Arbeitsverhalten zu erwarten sind, mit „sehr wahrscheinlich“ die extremste von drei zustimmenden Antwortmöglichkeiten. Auch, wenn Probleme im Arbeitsverhalten der ADHS-Kernsymptomatik Unaufmerksamkeit naheliegen (so werden z. B. häufige Flüchtigkeitsfehler als ein mögliches Symptom in der Störungsdefinition explizit genannt), sind sie für eine Diagnose nicht zwingend erforderlich. Im DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2018) wird ein vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild definiert (früher „Subtypus“), bei dem keine übermäßige Unaufmerksamkeit vorliegt. Probleme im Arbeitsverhalten sind wahrscheinlich, allerdings könnte eine Restoffenheit bestehen bleiben, die bei der extremen Antwortmöglichkeit ausgeschlossen scheint. Probleme im Sozialverhalten werden seltener genannt als Probleme im Arbeitsverhalten, allerdings immer noch als sehr wahrscheinlich eingeschätzt.

Kontinuumsannahme

Die Annahme eines ADHS-Kontinuums hängt erwartungswidrig nicht mit einer günstigen affektiven Reaktion zusammen, entgegen Forschungsergebnissen aus dem

Bereich Schizophrenie (Schomerus et al., 2013; Wiesjahn et al., 2015) und ADHS im Erwachsenenalter (Speerforck et al., 2019). Stattdessen hängt die Zustimmung zur Kontinuumsannahme negativ mit dem Bedürfnis zusammen, Kindern mit ADHS zu helfen. Ein Grund für das Auftreten dieses gegensätzlichen negativen Zusammenhangs könnte darin liegen, dass bisherige Forschungsergebnisse mit Erwachsenen außerhalb des schulischen Kontexts gewonnen wurden. Lehrkräfte müssen angesichts begrenzter Ressourcen entscheiden, welche Schüler:innen eine (besondere) Unterstützung benötigen und welche auch ohne größere Unterstützung erfolgreich am Unterricht teilnehmen können. Der Befund deutet darauf hin, dass dann, wenn ADHS eher als eine normale Verhaltensvariante verstanden wird, angehende Lehrkräfte bei betroffenen Kinder einen geringeren Unterstützungsbedarf sehen, als wenn sie ADHS als eine abgrenzbare Störung betrachten. Der Bezug zur Schulsituation impliziert begrenzte Ressourcen und Verteilungsfragen, anders als bei der Abfrage allgemeiner prosozialer Verhaltenstendenzen gegenüber Erwachsenen mit ADHS (Speerforck et al., 2019).

Erwartungsgemäß hängt die Annahme eines ADHS-Kontinuums tendenziell mit weniger erwarteten Problemen im Sozialverhalten zusammen, allerdings nicht mit anderen prognostischen Einschätzungen. Hier könnte die Einschätzung, dass ADHS-Symptome etwas sind, das jeder von sich selbst kennt, zu einer größeren wahrgenommenen Nähe zu Kindern mit ADHS beitragen. Wenn Menschen mit ADHS als ähnlich wie man selbst eingeschätzt werden, wird weniger davon ausgegangen, dass es soziale Schwierigkeiten mit ihnen geben könnte. Dieser Befund passt wiederum zur den Ergebnissen der Stigmatisierungsforschung und dem Mixed-blessings-Modell (Haslam & Kvaale, 2015), die eine schwächere soziale Distanz(ierung) bei Zustimmung zu einem Störungskontinuum feststellen (Schomerus et al., 2013; Speerforck et al., 2019; Wiesjahn et al., 2015).

Ursachenannahmen

Die Hypothese zu biogenetischen Ursachenannahmen bestätigt sich für einige, aber nicht für alle der untersuchten Erwartungen. Wenn ADHS als biogenetisch verursacht angesehen wird, werden die betroffenen Kinder als sympathischer eingeschätzt und es wird ein stärkeres Bedürfnis ihnen zu helfen angegeben; andererseits zeigen sich erwartungsgemäß aber auch Zusammenhänge mit einer als schwerwiegender erwarteten Problematik im Lern-Leistungsbereich. Ein vermuteter physiologischer Hintergrund könnte dazu beitragen, dass die Störung eher als tatsächlich existierende Gegebenheit verstanden wird, die betroffenen Kindern ernstzunehmende Schwierigkeiten bereitet, ohne dass diese Schuld daran tragen. Wenn Lehrkräfte ADHS als eine gravierende, unverschuldet entstandene Problematik verstehen, erklärt das ihre zugewandte affektive Reaktion und Hilfsbereitschaft. Der Befund stimmt mit Studien überein, die eine höhere Bereitschaft feststellen, Interventionen zu implementieren, wenn eine ADHS-Diagnose vorliegt (Ohan et al., 2011) bzw. wenn Lehrkräfte mehr (biogenetisch geprägtes) Wissen über ADHS haben (Botnick-Gallant et al., 2015; Jones & Chronis-Tuscano, 2008) und dem im Mixed-blessings-Modell postulierten positiven Effekt einer biogenetischen Störungserklärung (Haslam & Kvaale, 2015).

Biogenetische Ursachenannahmen hängen zwar mit erwarteten Lern-Leistungsproblemen zusammen, allerdings nicht mit den übrigen erfassten Erwartungen der schulischen und außerschulischen Entwicklung. Eine Erklärung könnte sein, dass es zu den professionellen Annahmen angehörender sonderpädagogischer Lehrkräfte gehört, dass auch trotz biogenetisch bedingter Erkrankungen oder Besonderheiten (wie z. B. auch Trisomie 21) durch angemessene Förderung eine gute Entwicklung erreicht werden kann, so dass bei ihnen kein prognostischer Pessimismus vorliegt (zu „Beliefs“ von sonderpädagogischen Lehrkräften siehe auch: Kuhl et al., 2013).

Hypothesenwidrig hängen psychosoziale Ursachenannahmen positiv mit günstigen affektiven Reaktionen zusammen. Es wird Kindern mit ADHS mehr Mitleid entgegengebracht – allerdings anders als bei biogenetischen Ursachenannahmen nicht mehr Sympathie – und tendenziell ein stärkeres Hilfsbedürfnis. Dieser erwartungswidrige Effekt könnte damit zusammenhängen, dass bisherige Studien (Moldavski & Sayal, 2013; Nussey et al., 2013; Schmiedeler, 2013; Sciotto et al., 2016) nicht explizit sonderpädagogischen Lehrkräfte untersucht haben. Möglicherweise fühlen sich (angehende) Lehrkräfte der Sonderpädagogik – anders als Regelschullehrkräfte – von einer psychosozialen Problemlage gerade angesprochen bzw. in ihrer professionellen Rolle gefordert, so dass sie ein stärkeres Hilfsbedürfnis empfinden. So beschreiben beispielsweise Kuhl et al. (2013) die Orientierung von Förderschulkräften in Vergleich zu anderen Lehrkräften als eine „individuell förderbezogene, lebenslagenbezogene und dialogische“ (S. 22). Die individuelle Lebenslage beinhaltet solche psychosozialen Aspekte, die als Ursache für ADHS abgefragt wurden. Die vorliegende Untersuchung ermöglichte, gleichzeitig mehrere Faktoren als Ursachen von ADHS anzugeben, also sowohl biogenetischen als auch psychosozialen Ursachen zuzustimmen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass je mehr unterschiedliche Ursachen gesehen werden, auch ein stärkeres Hilfsbedürfnis erlebt wird. Dies erscheint intuitiv verständlich, zumindest dann, wenn man davon ausgeht, dass eine größere und breitere Verursachung einer Problematik auch einen größeren Förderbedarf mit sich bringt.

Die Hypothese, dass psychosoziale Ursachenannahmen mit einer ungünstigen Prognose zusammenhängen, wird weniger stark für konkrete Schulprobleme gestützt, aber deutlich für die Erwartung der schulischen und außerschulischen Entwicklung. Dieses Ergebnis passt zu früheren Befunden einer stärkeren Gefahr der Stigmatisierung, d. h. Zuschreibung ungünstiger Attribute und Er-

wartungen, bei Annahme psychosozialer Ursachen von ADHS (Moldavski & Sayal, 2013; Nussey et al., 2013). An dieser Stelle zeigt sich die Gefahr für einen „Golem-Effekt“ (Babad et al., 1982) am deutlichsten: Wenn Lehrkräfte von einer psychosozialen Verursachung von ADHS ausgehen, tendieren sie eher zu einer pessimistischen Erwartung der Entwicklung eines betroffenen Kindes, die sich im ungünstigen Fall als negative selbsterfüllende Prophezeiung auswirken kann.

Fixed Mindset

Die Hypothese zum Fixed Mindset erfüllt sich nicht – erwartungswidrig hängt die Annahme ADHS sei unveränderbar weder mit affektiven Reaktionen noch mit den Prognosen zusammen. Eine Erklärung könnte sein, dass die aus der Intelligenzforschung stammenden Mindset-Items in der Anpassung auf ADHS nicht genau das erfassen, was sie sollten, auch wenn eine andere Studie ähnlich vorgegangen ist (Asbury et al., 2016). Das Item „Man kann neue Dinge lernen, aber man kann ein grundlegendes ADHS nicht wirklich ändern“ kann so verstanden werden, dass Kinder auch trotz ADHS lernen können, was nicht unbedingt pessimistische Erwartungen nahelegt. Eine leichte Umformulierung des Items in „Auch, wenn man ein grundlegendes ADHS nicht wirklich ändern kann, kann man neue Dinge lernen.“ drückt eine realistisch-optimistische Erwartungshaltung aus, die nicht zur Vorstellung eines Fixed Mindset passt. Hier werden Unterschiede in der Anwendung des Mindset-Konzepts auf Intelligenz, die auf Kompetenzen basiert, im Vergleich zu ADHS, das eher einer Persönlichkeitseigenschaft ähnelt, deutlich. Die Vorstellung „trotz ADHS etwas lernen können“ weist auf eine komplexere Annahme zur Veränderbarkeit mit zwei Teilen hin, nämlich ADHS als grundlegende, überdauernde Besonderheit der Kinder, die ein Risiko anzeigt, gute Entwicklung und Lernerfolge allerdings nicht ausschließt. Zukünftige Stu-

dien sollten andere Instrumente zur Erfassung der (Un-)Veränderbarkeit von ADHS nutzen.

Limitationen

Bei den eingesetzten Instrumenten ist zu berücksichtigen, dass die meisten Skalen übersetzt oder angepasst werden mussten, da keine geeigneten deutschsprachigen Instrumente vorliegen. Für die inhaltliche Validität spricht, dass das zu erhebende Konstrukt (Zustimmungen zu mit ADHS verbundenen Annahmen und Erwartungen) genauso erhoben wird (im Sinne einer operationalen Definition; Hartig et al., 2012): Es werden Annahmen und Erwartungen im Zusammenhang mit ADHS präsentiert und von den Teilnehmenden nach ihrer Zustimmung eingeschätzt. Einige der eingesetzten Instrumente bestehen nur aus einem Item, weil das Originalinstrument es so vorsah (bei der Kontinuumsannahme) und/oder weil die Item-Zusammenhänge nicht den Erwartungen entsprachen. Auch wenn der Einsatz von Skalen mit mehreren Items in der Literatur mehrheitlich empfohlen wird (z. B. Sarstedt & Wilczynski, 2009), können auch Einzelitem-Instrumente valide sein, insbesondere dann, wenn das zu erfassende Merkmal einen engen Anwendungsbereich aufweist, eindimensional, eindeutig und konkret ist (Bergkvist, 2014; Bergkvist & Rossiter 2007, 2009; Gardener et al., 1998; Rossiter, 2002; Sackett & Larson, 1990). Dies kann für die von uns erfassten Konstrukte als zutreffend angenommen werden. Einzelitem-Instrumente kommen auch zur Einschätzung von Lern- und Arbeitsverhalten zum Einsatz (z. B. im Rahmen des Direct Behavior Rating; Casale et al., 2019) oder in der klinisch-psychologischen Forschung, auch zur Erfassung komplexer Konstrukte wie einer Depression (Carey et al., 2014; Huang et al., 2020). Da nur Selbsteinschätzungen erhoben wurden, können Effekte sozial erwünschten oder selbstwertdienlichen Antwortverhaltens nicht ausgeschlossen werden. Allerdings handelt es sich um

eine anonyme Online-Studie, in der Teilnehmende nicht darauf achten müssen, was ein direktes Gegenüber über sie denkt.

Es handelt sich um ein querschnittliches Design, so dass keine kausalen Aussagen getroffen werden können. Weiterhin wissen wir nicht, ob die erhobenen Annahmen und Erwartungen zeitstabil sind oder fluktuieren. Die Befunde dieser Studie sollten daher in längsschnittlichen oder experimentellen Studien überprüft werden. Insgesamt zeigen die untersuchten Annahmen eher kleine Zusammenhänge mit den Reaktionen und Erwartungen, was auf die Existenz weiterer, bislang unbekannter Einflussgrößen hinweist. Die Stichprobe ist etwas kleiner als angestrebt, dies könnte erklären, warum einige Effekte die Signifikanz knapp verfehlen. Es handelt sich um eine Stichprobe mit Studierenden, daher können die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf Lehrkräfte übertragen werden. Es ist zu erwarten, dass einige der abgefragten Erwartungen im Laufe der Berufstätigkeit durch Erfahrungen mit Kindern mit ADHS im eigenen Unterricht gefestigt oder auch modifiziert werden (Anderson et al., 2012). Zukünftige Studien sollten die Generalisierbarkeit der Ergebnisse anhand von Stichproben mit praktizierenden Lehrkräften überprüfen. Zudem sollten angehende und praktizierende Lehrkräfte anderer Studienrichtungen berücksichtigt werden, insbesondere aus dem Grundschullehramt und unterschiedlichen sonderpädagogischen Fachrichtungen. Die meisten Teilnehmenden der Studie sind weiblich, deshalb sollten zukünftige Studien Stichproben mit größeren Anteilen anderer Geschlechtszuordnungen untersuchen, um auch hier die Generalisierbarkeit zu überprüfen. Es zeigen sich in dieser Studie allerdings keine Effekte der Geschlechtszuordnung.

Fazit

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die gängige Annahme von ADHS als einer biogenetisch verursachten Störung mit

günstigen affektiven Reaktionen verbunden ist. Dieser Effekt mag zur Verstärkung und Aufrechterhaltung einer solchen Ursachenzuschreibung beitragen. Weiterführend zu untersuchen wäre, ob die Ablehnung einer biogenetischen Störungsverursachung auch mit einem Risiko einhergeht, dass Kindern mit ADHS weniger Hilfsbereitschaft und Unterstützung zukommt, als sie möglicherweise benötigen. Es deutet sich allerdings auch an, dass bei einer biogenetischen Ursachenzuschreibung eine schwerere Problematik erwartet wird, was im ungünstigen Fall als selbsterfüllende Prophezeiung wirken könnte. Wenn von psychosozialen Störungsursachen ausgegangen wird, zeigen sich zwar tendenziell auch günstigere affektive Reaktionen, allerdings ebenso eine pessimistische Erwartung der Entwicklung dieses Kinds in schulischen und außerschulischen Bereichen. Die Studie liefert also Hinweise auf die Gefahr eines mit einer ADHS-Diagnose verbundenen „Golem-Effekts“, der weiter untersucht werden sollte.

Die in der Forschung weitgehend akzeptierte Vorstellung eines ADHS-Kontinuums zeigt in dieser Studie zwar einen Zusammenhang mit einer tendenziell günstigeren Sozialprognose, allerdings auch mit einer geringeren Hilfsbereitschaft. Eine unreflektierte Übertragung der wissenschaftlichen Kontinuumsvorstellung – beispielsweise im Rahmen universitärer Lehrveranstaltungen – könnte das Risiko mit sich bringen, dass die Schwierigkeiten von Kindern mit ADHS unterschätzt werden und sie keine ausreichende Unterstützung bekommen. Zur weiteren Erforschung der Auswirkung von Annahmen zur (Un-)Veränderbarkeit von ADHS könnten andere Konzepte als das Fixed/Growth Mindset erprobt werden. Zukünftige Studien mit Lehrkräften sollten die Ergebnisse überprüfen, um gewonnene Erkenntnisse zu Aus- und Fortbildungszwecken für angehende und praktizierende Lehrkräfte zu nutzen. Dabei sollte ein komplexes Verständnis von ADHS und der damit verbundenen Annahmen und Erwartungen sowie Konsequenzen und Möglich-

keiten für inklusive Lehr- und Lernsettings vermittelt werden.

Einschränkend ist allerdings zu sagen, dass die vorliegende Studie einen explorativen Charakter aufweist und die psychometrische Güte der eingesetzten Instrumente empirisch noch nicht ausreichend abgesichert wurde. Daher ist es an dieser Stelle zu früh, um Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Kindern mit ADHS im Unterricht und konkrete Gestaltungsvorschläge für den Umgang mit dem Thema in der Lehramtsausbildung abzuleiten.

Literatur

- Abelein, P. (2017). „Ich sehe was, was du nicht siehst?!“ Subjektive und fremde Wahrnehmung der sozialen Integration bei Schülern mit AD(H)S. Eine empirische Untersuchung an bayrischen Grundschulen. Schneider.
- Abelein, P. & Stein, R. (2016). Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Kohlhammer.
- Ahrbeck, B. (2016). ADHS und Evidenzbasierung. In: B. Ahrbeck, S. Ellinger, O. Hechler, K. Koch & G. Schad (Hrsg.): *Evidenzbasierte Pädagogik? Erziehung geht anders* (85–100). Kohlhammer.
- Anderson, D. L., Watt, S. E., Noble, W. & Shanley, D. C. (2012). Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and attitudes toward teaching children with ADHD: The role of teaching experience. *Psychology in the Schools*, 49(6), 511–525. <https://doi.org/10.1002/pits.21617>
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304–309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2017). 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 44(7), 377–392. <https://doi.org/10.1055/s-0043-105723>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017). *Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“*.
- Asbury, K., Klassen, R., Bowyer-Crane, C., Kyriacou, C. & Nash, P. (2016). National differences in mindset among students who plan to be teachers. *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(3), 158–164. <https://doi.org/10.1080/21683603.2015.1075164>
- Babad, E. Y., Inbar, J. & Rosenthal, R. (1982). Pygmalion, Galatea, and the Golem: Investigations of biased and unbiased teachers. *Journal of Educational Psychology*, 74(4), 459–474. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.74.4.459>
- Bachmann, C. J., Philipsen, A. & Hoffmann, F. (2017). ADHD in Germany: Trends in diagnosis and pharmacotherapy. *Deutsches Ärzteblatt international*, 114(9), 141–148. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0141>
- Batstra, L., Nieweg, E. H. & Hadders-Algra, M. (2014). Exploring five common assumptions on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatrica*, 103(7), 696–700. <https://doi.org/10.1111/apa.12642>
- Batzle, C. S., Weyandt, L. L., Janusis, G. M. & DeVietti, T. L. (2009). Potential impact of ADHD with stimulant medication label on teacher expectations. *Journal of Attention Disorders*, 14(2), 157–166. <https://doi.org/10.1177/1087054709347178>
- Bergkvist, L. (2014). Appropriate use of single-item measures is here to stay. *Marketing Letters*, 26(3), 245–255. <https://doi.org/10.1007/s11002-014-9325-y>

- Bergkvist, L. & Rossiter, J. R. (2007). The predictive validity of multiple-item versus single-item measures of the same constructs. *Journal of Marketing Research*, 44(2), 175–184. <https://doi.org/10.1509/jmkr.44.2.175>
- Bergkvist, L. & Rossiter, J. R. (2009). Tailor-made single-item measures of doubly concrete constructs. *International Journal of Advertising*, 28(4), 607–621. <https://doi.org/10.2501/S0265048709200783>
- Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H. & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child Development*, 78(1), 246–263. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00995.x>
- Blotnicky-Gallant, P., Martin, C., McGonnell, M. & Corkum, P. (2015). Nova Scotia teachers' ADHD knowledge, beliefs, and classroom management practices. *Canadian Journal of School Psychology*, 30(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/0829573514542225>
- Brandt, M. J. (2017). Predicting ideological prejudice. *Psychological Science*, 28(6), 713–722. <https://doi.org/10.1177/0956797617693004>
- Callard, F., Bracken, P., David, A. S. & Sartorius, N. (2013). Has psychiatric diagnosis labelled rather than enabled patients? *BMJ*, 347(f4312). <https://doi.org/10.1136/bmj.f4312>
- Carey, M., Jones, K. A., Yoong, S. L., D'Este, C., Boyes, A. W., Paul, C., Inder, K. J., Sanson-Fisher, R. (2014). Comparison of a single self-assessment item with the PHQ-9 for detecting depression in general practice. *Family Practice*, 31(4), 483–489. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu018>
- Casale, G., Volpe, R. J., Briesch, A. M., Hennemann, T. & Grosche, M. (2019, online first). Dependability of direct behavior rating single- and multi-item scales across raters and occasions in two school subjects. *Assessment for Effective Intervention*. <https://doi.org/10.1177/1534508419836498>
- Caye, A., Spadini, A. V., Karam, R. G., Grevet, E. H., Rovaris, D. L., Bau, C. H. D., Rohde, L. A. & Kieling, C. (2016). Predictors of persistence of ADHD into adulthood: A systematic review of the literature and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1151–1159. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0831-8>
- Corrigan, P. W., Schmidt, A., Bink, A. B., Nieweglowski, K., Al-Khouja, M. A., Qin, A. & Discont, S. (2017). Changing public stigma with continuum beliefs. *Journal of Mental Health*, 26(5), 411–418. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207224>
- Dauman, N., Haza, M. & Erlandsson, S. (2019). Liberating parents from guilt: A grounded theory study of parents' internet communities for the recognition of ADHD. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 14(1) (1564520). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1564520>
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2019). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP* (6. Aufl.). Beltz.
- Downey, J. L. & Christensen, L. (2006). Belief persistence in impression formation. *North American Journal of Psychology*, 8(3), 479–488.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Ballantine Books.
- Dweck, C. S., Chiu, C. Y., & Hong, Y. Y. (1995). Implicit theories: Elaboration and extension of the model. *Psychological Inquiry*, 6(4), 322–333. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_12
- Eisenberg, D. & Schneider, H. (2007). Perceptions of academic skills of children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 390–397. <https://doi.org/10.1177/1087054706292105>

- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., Zaudig, M. & American Psychiatric Association (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (2. korr. Aufl., deutsche Ausg.). Hogrefe.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Frigerio, A., Montali, L. & Fine, M. (2013). Attention deficit/hyperactivity disorder blame game: A study on the positioning of professionals, teachers and parents. *Health*, 17(6), 584–604. <https://doi.org/10.1177/1363459312472083>
- Fuermaier, A. B., Tucha, L., Koerts, J., Muel-ler, A. K., Lange, K. W. & Tucha, O. (2012). Measurement of stigmatization towards adults with attention deficit hyperactivity disorder. *PloS one*, 7(12), e51755. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051755>
- Gardner, D. G., Cummings, L. L., Dunham, R. B. & Pierce, J. L. (1998): Single-item versus multiple-item measurement scales: An empirical comparison. *Educational and Psychological Measurement*, 58(6), 898–915. <https://doi.org/10.1177/0013164498058006003>
- Gebhard, S., Happe, C., Paape, M., Riestenpatt, J., Vögler, A., Wollenweber, K. U. & Castello, A. (2014). Merkmale und Bewertung der Kooperation von Sonderpädagoginnen und Regelschullehrkräften in inklusiven Unterrichtsettings. *Empirische Sonderpädagogik*, 1, 17–32. <https://doi.org/10.25656/01:9243>
- Gentrup, S., Lorenz, G., Kristen, C. & Kogan, I. (2020). Self-fulfilling prophecies in the classroom: Teacher expectations, teacher feedback and student achievement. *Learning and Instruction* 66, 101296. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2019.101296>
- Göbel, K., Baumgarten, F. & Kuntz, B., Hölling, H. & Schlack, R. (2018). ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3). 46–53. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-078>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Grobe, T. G. (2017). Regionale Unterschiede von ADHS-Diagnoseraten in Krankenkassendaten 2005 bis 2015. *Bundesgesundheitsblatt*, 60. 1336–1345. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2640-8>
- Gudmundsdottir, B. G. (2014). The psychometric properties of the ADHD beliefs scale-revised. *Open Access Master's Theses* (paper 297). University of Rhode Island.
- Hartig, J., Frey, A. & Jude, N. (2012). Validität. In: H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (143–171). Springer.
- Haslam, N. & Kvaale, E. P. (2015). Biogenetic explanations of mental disorder: The mixed-blessings model. *Current Directions in Psychological Science*. 24(5), 399–404. <https://doi.org/10.1177/0963721415588082>
- Hattie, J. & Zierer, K. (2018). *10 Mindframes for Visible Learning: Teaching for Success*. Routledge.
- Heidbreder, R. (2015). ADHD symptomatology is best conceptualized as a spectrum: A dimensional versus unitary approach to diagnosis. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(4), 249–269. <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0171-4>
- Hennig, T., Jaya, E. & Lincoln, T. M. (2017). Bullying mediates between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in childhood and psychotic experiences in early adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, 43(5), 1036–1044. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw139>

- Hennig, T., Koglin, U., Schmidt, S., Pe-termann, F. & Brähler, E. (2017). Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and life satisfaction in a representative adolescent and adult sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9), 720–724. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000700>
- Hepperlen, T. M., Clay, D. L., Henly, G. A. & Barké, C. A. (2002). Measuring teacher attitudes and expectations toward students with ADHD: Development of the Test of Knowledge about ADHD (KADD). *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 133–142. <https://doi.org/10.1177/108705470200500301>
- Huang, Z., Kohler, I. V. & Kämpfen, F. A. (2020). A single-item visual analogue scale (VAS) measure for assessing depression among college students. *Community Mental Health Journal*, 56(2), 355–367. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00469-7>
- Jerome, L., Gordon, M. & Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian Teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(9), 563–567. <https://doi.org/10.1177/070674379403900909>
- Johnston, C. & Freeman, W. (2002). Parents' beliefs about ADHD: Implications for assessment and treatment. *The ADHD Report*, 10(1), 6–9. <https://doi.org/10.1521/adhd.10.1.6.20567>
- Jones, H. A. & Chronis-Tuscano, A. (2008). Efficacy of teacher in-service training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 45(10), 918–929. <https://doi.org/10.1002/pits.20342>
- Koonce, D. A., Cruce, M. K., Aldridge, J. O., Langford, C. A., Sporer, A. K. & Stinnett, T. A. (2004). The ADHD label, analogue methodology, and participants' geographic location on judgments of social and attentional skills. *Psychology in the Schools*, 41(2), 221–234. <https://doi.org/10.1002/pits.10150>
- Kuhl, J., Moser, V., Schäfer, L. & Redlich, H. (2013). Zur empirischen Erfassung von Beliefs von Förderschullehrerinnen und -lehrern. *Empirische Sonderpädagogik*, 5(1), 3–24. <https://doi.org/10.25656/01:8907>
- Kvaale, E. P., Haslam, N. & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782–794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Latouche, A. P. & Gascoigne M. (2017). In-service training for increasing teachers' ADHD knowledge and self-efficacy. *Journal of Attention Disorders*, 23(3), 270–281. <https://doi.org/10.1177/1087054717707045>
- Lauth, G. W. & Schlottko, P. F. (2019). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* (7. Aufl.). Beltz.
- Lebowitz, M. S. (2013). Stigmatization of ADHD: A developmental review. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 199–205. <https://doi.org/10.1177/1087054712475211>
- Lebowitz, M. S., Rosenthal, J. E. & Ahn, W. (2016). Effects of biological versus psychosocial explanations on stigmatization of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 250–250. <https://doi.org/10.1177/1087054712469255>
- Linderkamp, F., Hennig, T. & Schram, S. A. (2011). *ADHS bei Jugendlichen: Das Lerntraining LeJA*. Beltz.
- Lütje-Klose, B. & Neumann, P. (2015). Die Rolle der Sonderpädagogik im Rahmen der Lehrerinnen- und Lehrerprofessionalisierung für eine inklusive schulische Bildung. In: T. Häcker & M. Walm (Hrsg.). *Inklusion als Entwicklung: Konsequenzen für Schule und Lehrerbildung* (101–116), Klinkhardt.

- Martinussen, R., Tannock, R. & Chaban, P. (2011). Teachers' reported use of instructional and behavior management practices for students with behavior problems: Relationship to role and level of training in ADHD. *Child Youth Care Forum*, 40(3), 193–210. <https://doi.org/10.1007/s10566-010-9130-6>
- Meerman, S. t., Batstra, L., Grietens, H. & Frances, A. (2017). ADHD: A critical update for education professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 12(sup1), 1298267. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>
- Mehta, S. & Farina, A. (1997). Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(4), 405–419. <https://doi.org/10.1521/jscp.1997.16.4.405>
- Melzer, C. & Hillenbrand, C. (2015). Aufgabenprofile. Welche Aufgaben bewältigen sonderpädagogische Lehrkräfte in verschiedenen schulischen Tätigkeitsfeldern? *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 66(5), 230–242.
- Melzer, C., Hillenbrand, C., Sprenger, D. & Hennemann, T. (2015). Aufgaben von Lehrkräften in inklusiven Bildungssystemen – Review internationaler Studien. *Erziehungswissenschaft*, 26(51), 61–80. <https://doi.org/10.25656/01:11577>
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193–210. <https://doi.org/10.2307/4609267>
- Metzger, A. N. & Hamilton, L. T. (2020). The stigma of ADHD: Teacher ratings of labeled students. *Sociological Perspectives*, 64(2), 258–279. <https://doi.org/10.1177/0731121420937739>
- Moldavsky, M. & Sayal, K. (2013). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its treatment: The views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals. *Current Psychiatry Reports*, 15, 377. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0377-0>
- Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J. & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(3), 101–114. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3>
- Nussey, C., Pistrang, N. & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of psychoeducational approaches in TS and ADHD. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 617–627. <https://doi.org/10.1111/cch.12039>
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A. W. & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436–449. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.3.436>
- Ohan, J., Visser, T., Strain, M. & Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology*, 49(1), 81–105. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.10.001>
- Petermann, F. (2019). Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 67(4), 199–202. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000390>
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 25(8), 430–431. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(02\)02209-9](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(02)02209-9)
- Pit-ten Cate I. M. & Krischler M. (2020) Stereotype hinsichtlich Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf: Lehrkraftüberzeugungen, -erwartungen und -gefühle. In: S. Glock. & H. Kleen (Hrsg.). *Stereotype in der Schule* (S. 191–224). Springer.

- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Rangel, U. & Keller, J. (2011). Essentialism goes social: Belief in social determinism as a component of psychological essentialism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(6), 1056–1078. <https://doi.org/10.1037/a0022401>
- Rappaport, M. D., Chung, K.-M., Shore, G. & Isaacs, P. (2001). A conceptual model of child psychopathology: Implications for understanding attention deficit hyperactivity disorder and treatment efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 48–58. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001_6
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the ‘mental illness is an illness like any other’ approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303–318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Reininger, K. M., Schaefer, C. D., Zitzmann, S. & Simon, B. (2020). Dynamics of respect: Evidence from two different national and political contexts. *Journal of Social and Political Psychology*, 8(2), 542–559. <https://doi.org/10.5964/jsp.p.v8i2.1199>
- Richard, S., Eichelberger, I., Döpfner, M. & Hanisch, C. (2015). Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen: Ein Überblick. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 29(1), 5–18. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000141>
- Rossiter, J. R. (2002). The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing. *International Journal of Research in Marketing* 19(4), S. 305–335. [https://doi.org/10.1016/S0167-8116\(02\)00097-6](https://doi.org/10.1016/S0167-8116(02)00097-6)
- Ruhmland, M. & Beckerle, C. (2015). Konzepte und Umgangsweisen von Erzieherinnen und Grundschullehrkräften zum Thema ADHS. In D. Blömer, M. Lichtblau, A.-K. Jüttner, K. Koch, M. Krüger & R. Werning (Hrsg.). *Perspektiven auf inklusive Bildung* (84–92). Springer.
- Ruhmland, M. & Christiansen, H. (2017). Konzepte zu Grundlagen von ADHS und Interventionen im Unterricht bei Grundschullehrkräften. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 64(2), 109–122. <http://dx.doi.org/10.2378/peu2016.art29d>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sackett, P. R., & Larson, J. R., Jr. (1990). *Research strategies and tactics in industrial and organizational psychology*. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (419–489). Consulting Psychologists Press.
- Sarstedt, M. & Wilczynski, P. (2009). More for Less? A Comparison of single-item and multi-item Measures. *Die Betriebswirtschaft*, 69(2). 211–227.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 265–274. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.4.265>
- Schmiedeler, S. (2013). Wissen und Fehlannahmen von deutschen Lehrkräften über die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 60(2), 143–153. <http://dx.doi.org/10.2378/peu2013.art12d>

- Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2013). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Research, 209*(3), 665–669. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.006>
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D. & Frank, A. S. B. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 37*(2), 115–122. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6807\(200003\)37:2<115::AID-PITS3>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<115::AID-PITS3>3.0.CO;2-5)
- Sciutto, M. J., Terjesen, M. D., Kučerová, A., Michalová, Z., Schmiedeler, S., Antonopoulou, K., Shaker, N. Z., Lee, J.-y., Alkahtani, K., Drake, B. & Rossouw, J. (2016). Cross-national comparisons of teachers' knowledge and misconceptions of ADHD. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation, 5*(1), 34–50. <https://doi.org/10.1037/ipp0000045>
- Seaton, F. S., (2018). Empowering teachers to implement a growth mindset. *Educational Psychology in Practice, 34*(1), 41–57. <https://doi.org/10.1080/02667363.2017.1382333>
- Speerforck, S., Stolzenburg, S., Hertel, J., Grabe, H. J., Strauß, M., Carta, M. G., Angermeyer, M. C. & Schomerus, G. (2019). ADHD, stigma and continuum beliefs: A population survey on public attitudes towards children and adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research, 282*, 112570. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112570>
- Steinhausen, H.-C., Döpfner, M. & Schubert, I. (2016). Zeitliche Trends bei den Häufigkeiten für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Stimulanzienbehandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 44*(4), 275–284. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000432>
- Vereb, R. L., & DiPerna, J. C. (2004). Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD, and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review, 33*(3), 421–428. <https://doi.org/10.1080/02796015.2004.12086259>
- Wang, S., Rubie-Davies, C. M. & Meissel, K. (2018). A systematic review of the teacher expectation literature over the past 30 years. *Educational Research and Evaluation, 24*(3-5), 124–179. <https://doi.org/10.1080/13803611.2018.1548798>
- Weiß, E. (2015). Inklusionsideologie und pädagogische Realität: Das Beispiel ADHS. In S. Kluge, A. Liesner & E. Weiß (Red.). *Jahrbuch für Pädagogik, 1*, 91–106. Lang. https://doi.org/10.3726/267059_91
- Wienen, A. W., Sluiter, M. N., Thoutenhoofd, E., de Jonge, P. & Batstra, L. (2019). The advantages of an ADHD classification from the perspective of teachers. *European Journal of Special Needs Education, 34*(5), 649–662. <https://doi.org/10.1080/08856257.2019.1580838>
- Wiesjahn, M., Jung, E., Kremser, J. D., Rief, W. & Lincoln, T. M. (2015). The potential of continuum versus biogenetic beliefs in reducing stigmatization against persons with schizophrenia: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 50*, 231–237. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.09.007>
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics, 9*(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Yeager, D. S., Hanselman, P., Walton, G. M., Murray, J. S., Crosnoe, R., Muller, C., ... & Dweck, C. S. (2019). A national experiment reveals where a growth mindset improves achievement. *Nature, 573*, 364–369. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1466-y>

Korrespondenzadresse:**Dr. Timo Hennig***Universität Hamburg**Fakultät für Erziehungswissenschaft**Bogenallee 11**D-20144 Hamburg**timo.hennig@uni-hamburg.de*

Erstmalig eingereicht: 09.12.2020

Überarbeitung eingereicht: 04.05.2021

Angenommen: 20.07.2021

Die Studie ist an der Universität Hamburg im Projekt „Professionelles Lehrerhandeln zur Förderung fachlichen Lernens unter sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen (Profale)“ entstanden. Das Projekt Profale wird im Rahmen der gemeinsamen Qualitätsoffensive Lehrerbildung von Bund und Ländern aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert.

Wir danken Leonie Melcher und Sophia Wagner für ihre Unterstützung bei der Durchführung der Online-Umfrage und der Vorbereitung des Manuskripts und Dr. Sandra Opoka für ihre Unterstützung bei den Übersetzungen.