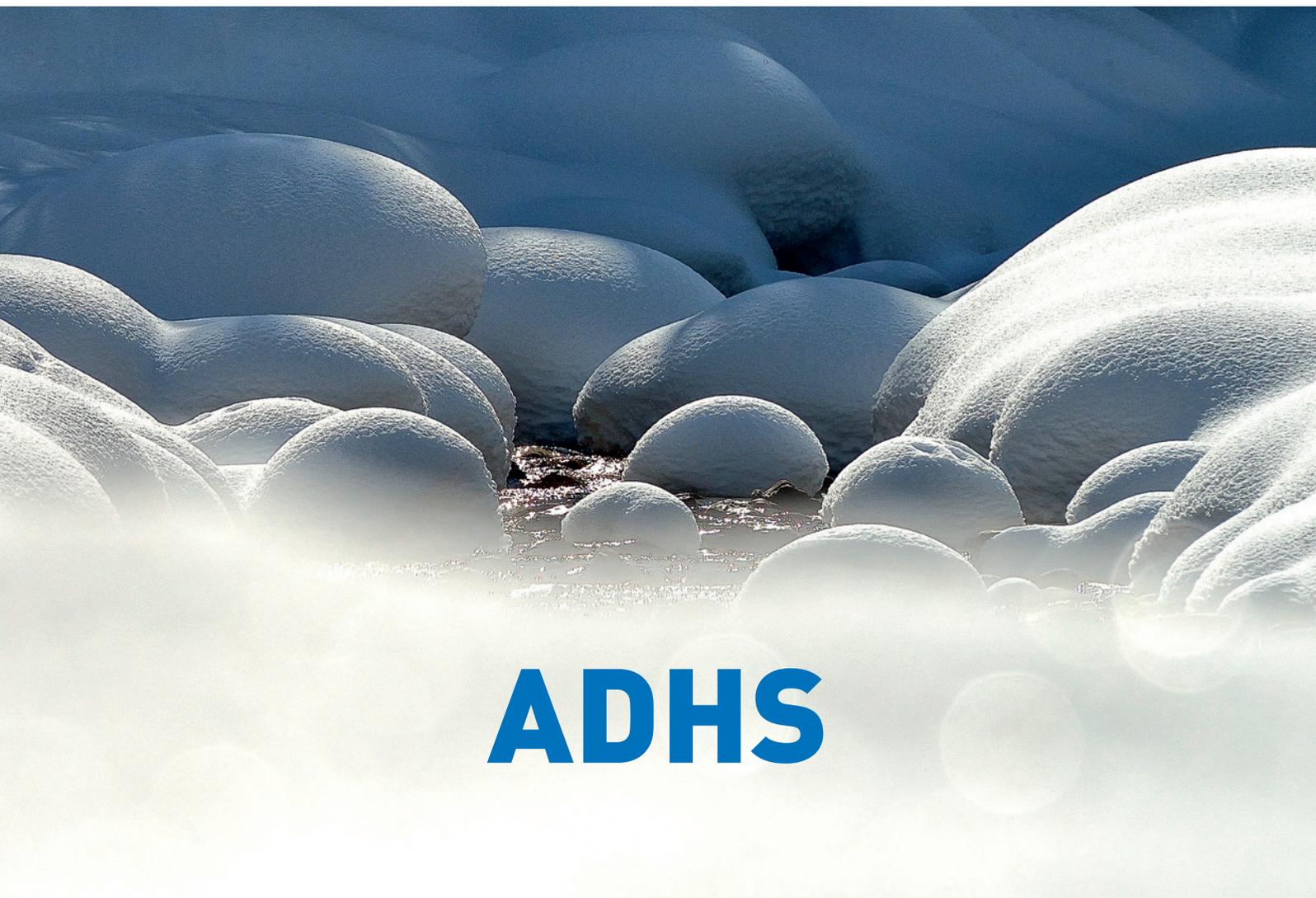


neue AKZENTE

... bietet Hilfe bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter



ADHS

- ADHS – Praktische Erfahrungen mit medikamentöser Therapie
- Rechte und Pflichten medikamentös therapierter ADHS-Patienten
- Einladung zur Mitgliederversammlung

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeitschrift



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

dies ist bereits wieder die Dezemberausgabe des Jahres 2015 unserer Vereinszeitschrift *neue AKZENTE*.

Viele Veranstaltungen liegen hinter uns, unzählige Beratungsgespräche wurden geführt, die ersten vier verbandseigenen ADHS-Informationsbroschüren wurden gedruckt (www.adhs-deutschland.de/Home/Unser-Angebot/Infobroschuere.aspx) und noch vieles mehr hat sich in diesem Jahr ereignet.

Um weiter den hohen Standard unseres größtenteils ehrenamtlichen Engagements zu leisten, ist es nun leider nach neun Jahren notwendig, den Beitrag für Familien-/Einzelmitgliedschaften von 40,00 € um 5,- € zu erhöhen. Der reduzierte Beitrag für Einkommensschwache bleibt unverändert bei 24,- €. Diese Entscheidung ist uns nicht leicht gefallen und wir werden in der kommenden Mitgliederversammlung am 23.04.2016 dieses noch einmal erläutern und um Ihre Zustimmung bitten (s. hierzu im Einzelnen unsere Einladung auf Seite 28).

Bei der Gelegenheit möchten wir Sie auch auf unser Symposium am 23.04.2016 in Königswinter hinweisen. Der Veranstaltungsflyer liegt ebenfalls diesem Heft bei. Wir freuen uns bereits heute neue Mitglieder kennenzulernen und alte wiederzusehen.

Zum Schluss möchte ich mich noch bei allen bedanken, die uns in diesem Jahr wieder tatkräftig und in vielfältiger Weise unterstützt haben.

Ich wünsche Ihnen allen einen guten Jahresausklang und ein in jeder Hinsicht erfolgreiches und gesundes 2016.

Ihre

Dr. Myriam Bea

Impressum

neue AKZENTE

Zeitschrift des ADHS Deutschland e. V.
ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger
ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61, D-13629 Berlin
Telefon: 030/85 60 59 02
Fax: 030/85 60 59 70
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

Redaktion
Dr. Myriam Bea (Leitung)
Vera-Ines Schüpferling
Petra Festini
Jürgen Gehrman
Renate Meyer
Dr. Johannes Streif
Dr. Ira Zauner
Heiko Assmann

Redaktionsanschrift
Bundesgeschäftsstelle

ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
Telefon: 030/85 60 59 02
Fax: 030/85 60 59 70

Bankverbindung ADHS Deutschland e. V.
Hannoversche Volksbank
IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

Gesamtgestaltung und Desktop-Publishing
Heiko Assmann
freiberufl. Fotograf/Fotojournalist u. Computergrafiker
www.heiko-assmann.de, foto@heiko-assmann.de

Druck
BUD, Potsdam.

Erscheinungsweise
3x jährlich
Auflage: 4000 Exemplare

Bezug
Einzelhefte auf Anfrage,
für Mitglieder des ADHS Deutschland e. V. kostenlos.

Copyright

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigung aller Art nur mit Genehmigung des Verbandes.

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:
15. März 2016

Fotonachweis

Titelbild: Renate Meyer
Aktive der Landes- und Regionalgruppen

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

FACHBEITRÄGE

Dr. Klaus Skrodzki

- 04 ADHS – Praktische Erfahrungen mit medikamentöser Therapie**

Dr. Myriam Bea, Isabell Streif

- 09 Rechte und Pflichten medikamentös therapierter ADHS-Patienten**

ALLGEMEINES

Isabell Streif, Dr. Johannes Streif

- 12 Hinweise zum Umgang mit provokanten Kindern und Jugendlichen**

Dr. Rudolf Kemmerich

- 13 T.O.V.A (Test of Variables of Attention)**

Dr. Rudolf Kemmerich

- 15 T.O.V.A. – Test, Fallbeispiele**

DP Jörg Dreher

- 15 Hilfe, ich bin in der Selbsthilfegruppe ADHS!**

Uwe Metz

- 18 Das Einzigartige an einem Leben mit ADHS – die amerikanische Lyrikerin Emily Dickinson**

Claudia Pauly

- 20 Mit der goldenen Brille Schätze suchen – Einladung zum Dialog**

Dorothee Timm, UNIVITA

- 24 Ponycoach hilft AD(H)S-gestressten Eltern**

- 26 Kriterien zur Bewertung von Kliniken**

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

ADHS Deutschland e. V.

- 28 Einladung zur ordenlichen Mitgliederversammlung 2016**

ADHS Deutschland e. V.

- 29 Spenden und Fördergelder 2014**

- 30 Der Beirat des ADHS Deutschland e. V. stellt sich vor:
Prof. Dr. Marcel Romanos**

BERICHTE

ADHS Deutschland e. V. – bundesweit, landesweit, regional

Daniela Mengel-Driefert

- 30 Loben bewirkt einen Motivationsschub bei ADHS**

Frank Häusler

- 31 LG Niedersachsen/Bremen Gelungenes ADHS-Symposium**

Dr. Johannes Streif

- 32 Das Schöne an Veranstaltungen für ADHS-Betroffene ist, ...**

Raffaella Backus, Bärbel Becker-Ahrens

- 35 Teilnehmer der Selbsthilfegruppen „Lichtblicke“ verabschieden
Ulrike Vlk, RG Mönchengladbach**

Silvia Stein, Manuela Meinhardt

- 36 „Pippi Langstrumpf“ ist eines der berühmtesten „ADHS-Kinder“**

Andrea Behrens

- 38 Workshop „Präsentation des ADHS Deutschland e. V. in der Öffentlichkeit“ vom 16.10. – 18.10.2015**

- 39 Regionalgruppenberichte**

MEDIEN REZENSIONEN

Uwe Metz

- 46 Nina Baer/Peter Kirsch „Alles nach Plan“ ADHS im Erwachsenenalter meistern**

Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr

- 47 Michael Baumgartner, Petra Koch, Souris Reiter, Silvia Thielen „Spielekartei Hund: Für die tierge stützte, pädagogische Praxis“**

TERMINE

- 49 Fortbildung
Telefonberatung
Landesgruppen
Regionalgruppen
Junges Beraternetz
E-Mail-Beratung**

VERBANDSDATEN

- 50 Geschäftsführender Vorstand
Weitere Vorstandsmitglieder
Unterstützung des Verbandes
Wissenschaftlicher Beirat
Therapeutisch-Pädagogischer Beirat
Landesgruppenleiter**

- 52 Telefonberatung**

ADHS – Praktische Erfahrungen mit medikamentöser Therapie

Einleitung

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) ist die häufigste Störung von Psyche und Verhalten im Kindes- und Jugendalter; bei 30-60 % der Betroffenen bestehen auch im Erwachsenenalter noch bedeutsame Symptome.

Die Kernsymptome – Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung – reichen für die Diagnose nicht aus. Auch die Zusatzkriterien: Dauer mehr als sechs Monate, Auftreten der Symptomatik in mehr als einem Lebensbereich und Beginn vor dem 7. Lebensjahr (in DSM V: vor dem 13. Lebensjahr) müssen erfüllt sein. Stets ist ein umfassendes diagnostisches Vorgehen nötig, orientiert an den Leitlinien und den Klassifikationskriterien nach DSM IV (seit 2013 DSM V) und/oder ICD 10, mit differentialdiagnostischer Abklärung und Erfassung assoziierter Störungen. Es gehört auch unbedingt dazu die Funktionsstörung einzuschätzen, den Schweregrad (Dimension) zu beurteilen und die Eingliederung im sozialen Umfeld zu beachten.

Keine Therapie ohne sorgfältige, umfassende Diagnostik

Die medikamentöse Therapie ist nicht die erste therapeutische Maßnahme; psychoedukative und bei Bedarf weitere nicht-medikamentöse Maßnahmen sind vorher einzusetzen. Erst bei deren Versagen in einem angemessenen Zeitraum oder bei hoch akuter Krisensituation sollten Medikamente gegeben werden. Vor jeder medikamentösen Therapie sind Eltern, ältere Kinder und Jugendliche ausführlich über die Ergebnisse der Diagnostik aufzuklären, auch über die biologischen und psychologischen Hintergründe dieser chronischen Störung und ihre Auswirkungen auf den häuslichen und schulischen Alltag sowie über die therapeutischen Möglichkeiten. Häusliche Regeln, Grenzen, Strukturen und Zeitplanung, schulische Maßnahmen (Kommunikation, Kontrolle, Hilfen) und der Umgang mit Helfern und Betreuern müssen besprochen und auch praktisch umgesetzt werden.

Indikation zur medikamentösen Behandlung

Niemals sollte eine medikamentöse Therapie überhastet – auf Drängen von Eltern, Lehrern oder Betreuern – ohne sorgfältige Diagnostik einsetzen; die Kriterien für ADHS müssen erfüllt sein.

Kriterien für die medikamentöse Behandlung des ADHS (nach DSM IV/V oder ICD10)

- Erheblicher Leidensdruck für das Kind bzw. den Jugendlichen und seine Eltern;
- deutliche Beeinträchtigungen der Leistung;

- Schwierigkeiten, sich sozial adäquat zu verhalten und einzugliedern;
- Gefahr für die weitere Entwicklung;
- hohes Risiko emotionaler und körperlicher Misshandlung;
- unzureichender Erfolg vorausgegangener Fördertherapien.

Seit vielen Jahren sind Stimulanzien Mittel 1. Wahl, aber auch Nicht-Stimulanzien haben im Therapieregime ihren Platz (Tab. 1).

Beginn der medikamentösen Behandlung

Eltern und ältere Patienten (> 8Jahre) müssen über die Art der geplanten Therapie aufgeklärt werden: Wirkungsweise, zu erwartende Veränderungen und mögliche Nebenwirkungen. Es hat sich bewährt, Eltern ein **Tagebuch** führen zu lassen, in dem allabendlich positive und negative Tagesvorkommnisse aufgezeichnet werden, verbunden mit dem Angebot, als Arzt jederzeit bei Ängsten, Fragen und beunruhigenden Veränderungen zur Verfügung zu stehen. Es ist sinnvoll, Behandlungsziele als Kontrollkriterien („Was soll besser werden?“) festzulegen.

Sowohl in der MTA-Studie (Taylor, Swanson et al.) als auch in der New York/Montreal-Studie (Abikoff, Klein et al.) hat sich gezeigt, dass die medikamentöse Therapie dann am wirksamsten ist, wenn sie mit regelmäßiger Beratung, auch in Verbindung mit der ärztlichen Verordnung, kurzfristigen Rückmeldungen und einem nötigenfalls zur Verfügung stehenden Krisenmanagement, einhergeht.

Die primäre Einstellung mit sofort freisetzenden Stimulanzien hat sich bewährt, damit am besten das Einsetzen der Wirkung, die Auswirkung der Dosishöhe und die Dauer der Wirkung beurteilt werden können!

So ist es möglich, das individuelle Ansprechen des Patienten in Bezug auf Dosis und Wirkdauer festzustellen und den individuellen Bedarf zu ermitteln.

- Methylphenidat muss auf einem Betäubungsmittelrezept verordnet werden.
- Maximale Gesamtdosis für 1 Monat: 2400 mg.
- DL-Amphetamin bis zu einer Gesamtdosis von 600 mg/Monat.

Klinische Wirkung:

Bei unretardiertem Methylphenidat sind erste Veränderungen 20-30 Minuten nach der Einnahme zu erkennen. Der Gipfel der Wirksamkeit ist nach einer Stunde und das

	Wirkungseintritt	Wirkdauer	Mittlere Tagesdosis	Dosen/d
Stimulanzien (BTM-Rezeptpflicht)				
Methylphenidat Tabletten (nicht retardiert) <i>Medikinet</i> 5, 10, 20 mg <i>Ritalin</i> 10 mg <i>Methylpheni TAD</i> 5, 10, 20 mg <i>Methylphenidat 1A Pharm</i> 10 mg <i>Methylphenidat HEXAL</i> 10 mg	Nach etwa 20 Minuten	(2-)3-4(-5) Stunden (Maximum nach 1 Stunde)	0,6 mg/kg KG	(1-)2-3
Methylphenidat Hartkapseln (retardiert) <i>Medikinet retard</i> 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg <i>Equasym retard</i> 10, 20, 30 mg <i>Ritalin LA</i> 10, 20, 30, 40 mg	Nach etwa 30 Minuten	6-8 Stunden	1 mg/kg KG	1-2, eventuell in Kombination mit nicht retardiertem MPH
Methylphenidat Hartkapseln OROS-Technik <i>Concerta</i> 18, 27, 36, 54 mg <i>Methylphenidat HCL NX</i> 18, 36, 54 mg	Nach etwa 60 Minuten	Bis 8-12 Stunden	1 mg/kg KG	1, eventuell in Kombination mit nicht retardiertem MPH
Dexamfetaminsulfat Tabletten <i>Attentin</i> 5 mg Tabletten	Nach etwa 60 Minuten	6-8 Stunden	Initialdosis 1,25-2,5 mg, maximale Dosis in der Regel 20 mg	
Lisdexamfetamin Hartkapsel <i>Elvanse</i> 30, 50, 70 mg	Nach etwa 60 Minuten	Etwa 9-13 Stunden bei Kindern	Initialdosis 30 mg, maximale Dosis 70 mg	
Nicht-Stimulanz				
Atomoxetin Hartkapsel <i>Strattera</i> 10, 18, 25, 40, 60, 100 mg (keine BTM-Rezeptpflicht)	Nach etwa 2-4 Wochen	Etwa 24 Stunden		1 oder Tagesdo- sis aufgeteilt in 2, eventuell in Kombination mit MPH
<input type="checkbox"/> Bei Stimulanzien ist keine strenge Korrelation zwischen Körpergewicht und notwendiger Dosis gegeben <input type="checkbox"/> Immer individuelle Titration zur optimalen Dosis notwendig <input type="checkbox"/> Die angegebenen mg/kg KG sind Durchschnittswerte und können individuell unter- oder überschritten werden				

Tab.1 Medikamente zur Behandlung des ADHS (Zulassungsstand: Oktober 2014)
MPH = Methylphenidat

Ende der Wirkung nach 3–4 Stunden (selten schon nach zwei Stunden) zu erwarten. Die Wirkung von Amphetamin setzt genauso schnell ein, hält aber eher 4–6 Stunden an.

Veränderung unter Stimulanzien:

- Weniger unkontrollierte motorische Aktivität;
- bessere Aufmerksamkeit, Selbststeuerung, Ausdauer und Konzentration;
- besseres Zuhören, genaueres Umsetzen des Gehörten;
- mehr Einsicht in die gestellten Aufgaben und die Zusammenhänge;
- Verständnis für Logik und Zusammenhänge wächst;
- Zahl der Leichtsinnsfehler sinkt;
- besser lesbare Schrift mit Einhaltung von Zeilen und Rand;
- bessere Körperkoordination;
- weniger unkontrolliertes Reden und weniger Geräuschproduktion;
- weniger Einnässen und Kotschmierspuren in der

Unterhose;

- mehr Motivation für Arbeit und Freude an der Leistung.

Einstellphase – praktisches Vorgehen:

Beginnend mit 5 mg (beim Frühstück), wöchentlich langsame Steigerung der Stimulanzien um jeweils 2,5-5 mg und Rücksprache mit Eltern und Betroffenen, auch anhand des Tagebuches, bis eine deutliche Wirkung erkennbar ist („adaptive individuelle Titration“). Einführung einer Mittags- und, wenn nötig, einer Zwischendosis (etwa 11 Uhr). Die regelmäßige Rücksprache ist außerordentlich wichtig für die Führung der Eltern und deren Gefühl der Sicherheit. Alle 14 Tage sollte der Lehrer befragt werden, wie sich das Kind in der Schule verhält; sein Urteil ist in das therapeutische Vorgehen mit einzubeziehen.

Ist die Zusammenarbeit mit der Schule schlecht, bietet sich ein **anderes Vorgehen** an:

- 5 mg beim Mittagessen und damit 30 Minuten vor Beginn der Hausaufgaben. Beobachtung durch die Eltern. Dann wöchentlich langsame Steigerung, bis die optimale Dosis erreicht ist;
- Morgendosis in gleicher Höhe dazu, später eventuell Einführung einer Zwischendosis

Eine langsame Steigerung (z. B. wöchentlich) ist sinnvoll, da die Beurteilung ein Durchschnittsbild vom Schulalltag bzw. vom Nachmittag und Wochenende in der Familie sein soll. Eventuelle Nebenwirkungen treten bei langsamer Steigerung der Dosis noch seltener auf.

Dauertherapie:

4-6 Wochen nach der Ersteinstellung muss die Dosis oft noch einmal geringfügig erhöht werden, um sie dann über einen langen Zeitraum konstant beibehalten zu können. Gut ist es, sich bei jedem neuen Rezept (monatlich nötig nach den Vorgaben der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) Verlauf und aktuelle Situation beschreiben zu lassen. Die Therapie sollte im Allgemeinen auch an Wochenenden und in den Ferien fortgesetzt werden („Man lernt nicht nur in der Schule“), denn die Fortschritte, die erreicht, und die Freunde, die während der Woche gefunden wurden, sollten an den Wochenenden ohne Behandlung nicht wieder verloren gehen. War aber die Schule das Hauptproblem und ist unter der Therapie diese Problematik klein geworden, kann auch die Medikation nur für die Schulzeit gegeben werden. Bei den Kindern und Jugendlichen, bei denen die Ferien problemlos verlaufen, kann auch dort auf die Medikation verzichtet werden; Ferien sollten weder für Kinder, noch für Eltern und die Umgebung zur Qual werden.

Die Dosis sollte nur in Absprache mit dem Arzt geändert werden (in kleinen Stufen!), wobei die Informationen von Lehrern oder Betreuern zur Dosisoptimierung führen können. Auslassversuche sind dann sinnvoll, wenn Eltern oder Betroffene nicht mehr sicher sind, ob die Behandlung noch notwendig oder wirksam ist. Nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sollte einmal/Jahr eine medikamentenfreie Zeit dokumentiert werden. Zeigt sich dabei, dass es auch ohne Medikation gut geht, sollte der medikamentenfreie Zeitraum im schulischen und beruflichen Alltag fortgesetzt werden.

Dabei ist zu **beachten**: Wurden Jugendliche bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös behandelt, kommt es nach Absetzen der Therapie, oft erst mit Verzögerung von 2-3 Monaten, zu einer Verschlechterung. Deshalb sollten diese Patienten in Kontrolle bleiben und weiterhin Rückspracheterminale vereinbart werden, um eine wieder notwendig werdende Therapie rechtzeitig einzuleiten. Enger Kontakt zwischen Arzt und Familie ist bei der Dauerbehandlung von großer Bedeutung. Stets sollte man sich Zeugnisse, Schulbeurteilungen und Hefte zeigen lassen und der Patient einmal im Quartal vorgestellt werden. Eine

ausgiebige neurologische und internistische Untersuchung mit Größe, Gewicht, Blutdruck, Puls ist zumindest einmal im Jahr notwendig (weitere Untersuchungen nur bei Bedarf oder zur Absicherung).

Beim Leistungssport gelten alle Stimulanzien als Dopingmittel. Bei der NADA (Nationale Anti-Doping-Agentur) kann ein Antrag auf Ausnahmeregelung bei ADHS gestellt werden. Bei polizeilichen Kontrollen beim Führen eines Kraftfahrzeuges kann der Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit für Stimulanzien und deren ärztliche Verordnung notwendig werden.

Komorbidität

Auch während der fortlaufenden Behandlung ist auf assoziierte oder komorbide Erkrankungen zu achten. Manche dieser Störungen treten erst im Laufe der weiteren Entwicklung (z. B. Tics, Ängste, Zwänge, Depressionen) in Erscheinung. Haben diese Begleiterkrankungen bedeutende Auswirkungen, müssen auch sie behandelt werden. Dies erfordert oft die Kooperation mit einem sozialpädiatrischen Zentrum, einem Kinder- und Jugendpsychiater, wenn ein Bedarf nach spezieller Diagnostik und Therapie besteht, etwa zur Begleitmedikation oder zu einrichtungsgebundenen sozial flankierenden Maßnahmen.

Umstellung auf Präparate mit verzögerter Freisetzung:

Bei vielen größeren Kindern und Jugendlichen ist die selbständige Einnahme einer 2. oder 3. Dosis mit großen Problemen behaftet: sie vergessen die Einnahme oder vermeiden sie aus Scheu, weil ihre Klassenkameraden dies mitbekommen könnten. Da damit der Therapieerfolg infrage gestellt wäre, sollte nach Möglichkeit auf ein Präparat mit **Langzeitwirkung** umgestellt werden. Die gleichmäßige Wirkung über einen längeren Zeitraum ist auch für Kognition und Verhalten in Schule und eventuell Berufsausbildung von Bedeutung.

Die Einführung von mittellang und lang wirksamen Präparaten mit unterschiedlicher Galenik gibt die Möglichkeit auf individuell unterschiedliche Anforderungen zu reagieren. Die einmalige Einnahme wird von den meisten Patienten und Eltern als segensreiche Erleichterung angesehen, und das gleichmäßige Wirkprofil mit langsamem Abklingen bedeutet oft ausgezeichnete Wirksamkeit und beste Verträglichkeit, meist für den ganzen Tag.

Welche Präparate sind für welchen Bedarf geeignet?

Mittellang wirksame Präparate mit einer Verteilung von unretardiert und retardiert 50:50 % stellen für Vormittag und Nachmittag gleiche Substanzmenge zur Verfügung, mit einer Dauer von 6-8 Stunden (*Medikinet retard*, *Ritalin LA*). Die Art der Freisetzung ist unterschiedlich – *Medikinet retard* sollte nicht ohne Frühstück eingenommen werden, da sonst eventuell die 2. Dosis früher freigesetzt (nach Magen-Darm-Passage) und die Wirkdauer damit verkürzt

wird.

Präparate mit der Verteilung 30:70 % (*Equasym retard*) zeigen ihre Stärke besonders bei den nachmittäglichen Aktivitäten.

Lang wirksame Präparate (*Concerta*) zeigen bis in den Abend Wirkung (10-12 Stunden), aber ein nicht unerheblicher Anteil der umgestellten Patienten berichtet über einen verzögerten Wirkungseintritt oder sogar über fehlende Wirkung am Morgen. *Concerta* setzt nur 22 % Methylphenidat (MPH) sofort frei, d. h. etwa 4 mg bei der 18-mg-Kapsel (8 mg bei 36 mg und 12 mg bei 54 mg); deshalb muss oft – für ausreichende Wirkung am Vormittag – unretardiertes MPH morgens dazugegeben werden.

Bei dem größten Teil der Patienten sehen wir unter dieser individuellen Einstellung mit MPH eine gute Wirkung. Sprechen Patienten, trotz sonst optimalem Therapieregime und genügend langer Behandlung, nicht ausreichend gut an, sind andere medikamentöse Maßnahmen zu überlegen.

Mittel der 2. Wahl: Atomoxetin ist ein Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, nicht über BtM-Rezept zu verordnen und anders einzustellen. Auch hier beginnt man mit der kleinstmöglichen Dosis (10-mg-Packung mit sieben Kapseln) und wöchentlicher Steigerung (18, 25, 40, 60, 80 mg), bis etwa 1,2-1,4 mg/kg KG. Die Wirkung ist kaum vor 4-6 Wochen zu erwarten, hält aber etwa 24 Stunden an (Spiegelbildung). Zur Verbesserung der Aufmerksamkeit wirkt Atomoxetin weniger stark als MPH, hat aber oft gute Wirkung auf die Emotionalität – besonders bei Jugendlichen. Da Atomoxetin gelegentlich etwas müde machen kann, ist manchmal die abendliche Gabe von Vorteil. Bei komorbider Tic-Symptomatik, Tourette-Syndrom und Angst-Symptomatik sind Atomoxetin und Stimulanzien als gleichwertig anzusehen. Mittel 1. Wahl kann bei Patienten mit Drogenkonsum in der Familie Atomoxetin sein.

Bei sehr starker Aufmerksamkeitsschwäche, extrem unruhigem Verhalten morgens vor und abends nach Ende der MPH-Medikation ist folgende Kombination zu empfehlen: morgens MPH retard, abends Atomoxetin. Dabei kann manchmal die Einzeldosis jedes Medikamentes geringer sein als vorher bei Einzelgabe.

Patienten, bei denen weder MPH noch Atomoxetin eine optimale Wirkung zeigen, können mit Amfetamin behandelt werden. Gerade bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hyperaktiv-aggressivem Verhalten ist mit Dexamfetamin häufig eine bessere Symptomkontrolle zu erreichen. Die Einzel- und Tagesgesamtdosis liegt im Allgemeinen bei etwa zwei Drittel der MPH-Dosis.

Ein neues Medikament 2. Wahl aus dem Stimulanzienbereich ist **Lisdexamfetamin** (*Elvanse*); eine Pro-Drug, was

bedeutet, dass die wirksame Substanz (Dexamfetamin) erst im Erythrozyten in die aktive Substanz umgewandelt wird. Das hat mehrere **Vorteile:** An- und Abfluten der Wirksamkeit verläuft langsamer und weniger abrupt. Die Wirkung hält bis zu 12 Stunden an. **Nachteil** kann sein, dass durch die längere Wirkung noch weniger gegessen wird, die Gewichtsabnahme und Verlangsamung des Wachstums stärker ist und auch Einschlafstörungen möglicherweise vermehrt auftreten. Die Dosis sollte je nach Wirkung von 30 über 50 bis auf 70 mg gesteigert werden. Leider gibt es bisher keine bessere Abstufung. (Zum Behelf folgende, nicht „offizielle“ Möglichkeit: Substanz in Wasser auflösen und von dieser Lösung entsprechende Anteile geben). Die Auswirkungen sind individuell sehr unterschiedlich – für manche Patienten aber eine deutliche Verbesserung, besonders durch die Wirkung bis in den Abend.

Da im AMNOG-Prozess (Arzneimittel-Neuordnungs-Gesetz) über IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) und G-BA bisher kein Zusatznutzen anerkannt wurde, sollte man bei Umstellung auf Elvanse die Gründe dafür gut dokumentieren, um Regresse zu vermeiden.

Durch die längere Behandlungsdauer mit verzögert freisetzenen Präparaten und die gelegentliche Kombination mit unretardierten Präparaten steigt die Gesamttagesdosis. Damit wird manchmal die Tageshöchstdosis von 1 mg/kg KG überschritten. Außerdem entstehen deutlich höhere Therapiekosten, die das Budget des niedergelassenen Arztes belasten.

Nebenwirkungen

Im üblichen Dosisbereich um 1 mg/kg KG/d treten nur selten und meist nur zu Beginn der Behandlung Nebenwirkungen auf. Sie sind meist abhängig von der Höhe der Dosis und der Geschwindigkeit der Dosissteigerung. Die meisten Nebenwirkungen lassen sich durch Verminderung der Dosis, Änderung der Verabreichungszeiten oder Wechsel des Medikamentes beherrschen.

Stets sollte gezielt nach möglichen Nebenwirkungen des jeweiligen Medikamentes durch den Behandler erfragt werden.

Die **häufigste** Nebenwirkung – bei zwei Drittel der Patienten zu beobachten – ist Appetitlosigkeit während der Medikamentenwirkung. Meist essen diese Kinder dann nachmittags und abends mehr. Da viele Kinder mit ADHS sowieso schlechte oder schwierige Esser sind, ist das Essverhalten vor der medikamentösen Einstellung abzufragen. Gewichtsreduktion ist eher selten, häufiger stagniert die Gewichtszunahme. Wichtige Empfehlung ist, auf das Einnehmen des Frühstücks zu achten (auch wenn das besonders bei Jugendlichen sehr schwierig sein kann).

Die Wachstumsgeschwindigkeit sinkt oft unter medikamentöser Behandlung in den ersten beiden Jahren. Nach unserem heutigen Wissen erreichen die Patienten aber die familiäre Zielgröße. Körpergewicht und Körperlänge sollten deshalb bei Kindern und Jugendlichen alle drei Monate nach Beginn der medikamentösen Therapie erfasst und in alters- und geschlechtsentsprechende Perzentilenkurven eingetragen werden.

Beobachtet werden gelegentlich, vor allem in der Einstellphase, Kopf- und Bauchschmerzen, leichtes Unwohlsein, Pupillenerweiterung und geringes Fingerzittern. Bei solchen Angaben ist es wichtig, nach der Uhrzeit zu fragen, um klären zu können, ob es sich tatsächlich um Wirkungen des Medikaments handelt oder unabhängig davon auftritt. Einschlafstörungen am Ende der Stimulanzienwirkung können vorkommen, zum Teil als Reboundphänomen. Manche Kinder profitieren am Abend von einer niedrigen Stimulanzien-dosis (2,5-5 mg) und können dann besser ein- und durchschlafen. Atomoxetin zeigt gelegentlich eine leicht müde machende Wirkung und kann wegen seiner Wirkung über 24 Stunden dann auch mit gutem Erfolg am Abend gegeben werden.

Berichte über kardiovaskuläre Störungen haben vor einigen Jahren zu großer Verunsicherung geführt. Im Durchschnitt geringfügige Erhöhungen von Blutdruck und Puls spielen normalerweise keine Rolle, können aber bei einzelnen Patienten, besonders bei familiärer Vorbelastung, problematisch werden. Deshalb ist anamnestisch genau nach kardio- und zerebrovaskulären Störungen und Ereignissen in der Herkunftsfamilie zu fragen und RR und Puls regelmäßig - mindestens halbjährlich - zu überprüfen. Bei familiärer Belastung und selbstverständlich bei kardiovaskulären Auffälligkeiten beim Patienten selbst, sollte mindestens ein EKG – besser eine kinder-kardiologische Diagnostik einsetzen und die Auffälligkeiten regelmäßig kontrolliert werden.

Die regelmäßige Überprüfung von Laborwerten, EKG und EEG ist nur bei spezifischen Fragestellungen, nicht routinemäßig, nötig. Dies gilt auch für die Überprüfung der Leberfunktion bei Atomoxetin. Patienten und Angehörige sollten vor Beginn einer Medikation mit Atomoxetin über die sehr seltene Möglichkeit einer Leberschädigung aufgeklärt werden; bei z. B. Ikterus oder Dunkelfärbung des Harns sollte das Medikament sofort abgesetzt und entsprechende Untersuchungen veranlasst werden.

Stimulanzien und Atomoxetin können sehr selten depressive Verstimmung, suizidale Gedanken oder psychotisches Erleben bei den Patienten hervorrufen oder verstärken. Deshalb sollten vor Beginn der Behandlung Hinweise auf eine solchen Symptomatik beachtet und bei den Kontrollterminen danach gefragt werden.

Patienten mit bekannter Epilepsie können bei Bedarf nach

guter Einstellung der Epilepsie ebenfalls mit Methylphenidat oder Atomoxetin behandelt werden – in Zusammenarbeit mit dem Neuropädiater oder Epileptologen.

Tics können unter Therapie mit Stimulanzien neu auftreten oder sich verstärken. Meist handelt es sich um eine Schwankung in der Stärke der Tics – unabhängig von der ADHS-Medikation. Bei sehr ausgeprägten Tics kann eine Kombination mit Tiaprid (off label!), gelegentliches Umsetzen der Medikation von Stimulanzien auf Atomoxetin, versucht werden.

In Langzeitstudien konnten keine negativen psychischen oder somatischen Auswirkungen durch eine Stimulanzientherapie festgestellt werden, eine Suchtentwicklung (körperliche oder psychische Abhängigkeit) und die Gefahr des Drogenmissbrauchs werden eher gemindert (Biederman 2008, Huss 2002, Barkley 2003, Dalsgaard 2014).

Fazit für die Praxis

- In Zukunft werden weitere Präparate auf den Markt kommen, die die therapeutische Palette erweitern und die Einstellungsmöglichkeiten noch weiter verbessern.
- Nur die sorgfältige, individuelle Einstellung jedes einzelnen Patienten, der einer medikamentösen Therapie bedarf, mit der Auswahl des passenden Präparates, eingebettet in ein therapeutisches Gesamtprogramm mit Psychoedukation und bei Bedarf weiteren nicht-medikamentösen Maßnahmen, führt zu optimalen Ergebnissen.
- Bei sorgfältigem, überlegtem Einsatz ist die Medikation der ADHS eine sichere und höchst wirkungsvolle Therapie.
- Betroffenen bietet die Medikation die Chance, die eigenen Fähigkeiten zeigen und einsetzen zu können, eine adäquate Schul- und Berufsausbildung zu erreichen und ihre persönliche Bindungen und soziale Eingliederung zu verbessern.

Zusammenfassung

Seit etwa 60 Jahren werden Stimulanzien in der Therapie des ADHS eingesetzt. Die Palette der medikamentösen Möglichkeiten hat sich inzwischen deutlich erweitert. Trotz zahlreicher nicht-medikamentöser Therapieangebote hat sich die medikamentöse Behandlung in allen vergleichenden Studien als wirksamste Maßnahme erwiesen. Für eine optimale Therapie sind nach sorgfältiger Diagnosestellung und umfassender Aufklärung eine gute Führung von Patient und Familie, Zusammenarbeit mit Schule und Ausbildungsstätte und eine differenzierte, individuelle Medikamenteneinstellung mit kontinuierlicher Betreuung und Kontrolle erforderlich.

■ Dr. Klaus Skrodzki

Erschienen in: pädiatrische praxis 83, 377-385 (2014/2015); Hans Marseille Verlag GmbH München

Literatur beim Verfasser

Rechte und Pflichten medikamentös therapierter ADHS-Patienten

Im Rahmen einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) stellen sich nicht nur medizinische, sondern auch eine Reihe von rechtlichen Fragen. Insbesondere die Themenbereiche Verkehr, Beruf, Reisen, Sport und Versicherung können bei einer ADHS, die medikamentös therapiert wird, relevant sein.

Grundsätzlich sind Krankheiten, deren Diagnose und Therapie, Privatsache jedes Einzelnen. Niemand ist verpflichtet, andere von der Erkrankung in Kenntnis zu setzen. Von diesem Grundsatz gibt es jedoch Ausnahmen, die vor allem zum Tragen kommen, wenn durch die bestehende Krankheit berechnete Interessen anderer Menschen oder der Öffentlichkeit tangiert werden. Einfaches Beispiel: Jeder möchte, dass ein Busfahrer, der Personen befördert, über ausreichende Sehkraft verfügt, damit er nicht aus diesem Grund einen Unfall verursacht. Daher werden an Personen, die einen Führerschein erwerben wollen, gewisse Anforderungen gestellt, vor allem, wenn dieser zur Beförderung Dritter dient, um die Sicherheit und dem Schutz aller im Straßenverkehr Beteiligten zu gewährleisten.

ADHS und Verkehr

Das Straßenverkehrsgesetz (StVG) schreibt die Eignung als Voraussetzung für das Führen von Fahrzeugen vor. Diese Eignung setzt die Erfüllung der notwendigen körperlichen, geistigen und charakterlichen Anforderungen an den Fahrzeuglenker voraus. Es handelt sich hierbei um eine individuell dauerhaft vorhandene Fähigkeit. In Anlage 4 zu §§ 11, 13 und 14 Fahrerlaubnisverordnung werden alle Krankheiten, Behinderungen oder Medikamente aufgelistet, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Nicht aufgenommen sind Erkrankungen, die seltener vorkommen oder nur kurzzeitig andauern (z. B. grippale Infekte, akute infektiöse Magen-/Darmstörungen, Migräne, Heuschnupfen, Asthma). Da ADHS nicht in dieser Anlage aufgeführt ist, liegt bei dieser Erkrankung keine grundsätzliche Einschränkung der Fahreignung vor, sodass beim Erwerb der Fahrerlaubnis der Behörde grundsätzlich nichts mitgeteilt werden muss.

Oftmals kommt es, insbesondere auch bei Polizisten, zu Missverständnissen, da in dieser Anlage unter Punkt 9.1 die Eignung bei „Einnahme von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes“ ausgeschlossen ist. In Punkt 9.4 wird des Weiteren die Eignung ausgeschlossen bei „missbräuchlicher Einnahme von psychoaktiv wirkenden Arzneimitteln und anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen“.

Dazu ist wie folgt zu differenzieren (wie auch durch diverse Gerichtsurteile bestätigt): unter Punkt 9.1 fallen nur Betäubungsmittel, bei denen es sich nicht um Arzneimittel handelt, sondern die nur illegal erworben werden können. Bei Methylphenidat in medikamentöser Darreichungsform zur Behandlung einer ADHS handelt es sich um ein psychoaktiv wirkendes, verschreibungspflichtiges Arzneimittel. Soweit das Medikament entsprechend ärztlicher Verordnung eingenommen wird, ist die Einnahme nicht rechtsmissbräuchlich im Sinne des Punktes 9.4., sodass die Eignung nicht einschränkt oder gar ausgeschlossen wird. Daraus folgt, dass auch die ärztlich verordnete und der Verordnung entsprechende Einnahme von Methylphenidat nicht beim Erwerb der Fahrerlaubnis angegeben werden muss.

Fahreignung und Fahrtüchtigkeit

Oftmals wird der Begriff der Fahreignung mit dem der Fahrtüchtigkeit verwechselt. Bei letzterem handelt es sich um die momentane Fähigkeit zum Führen eines Fahrzeugs, diese ist also zeit- und situationsbezogen. Auch die Fahrtüchtigkeit kann durch Erkrankungen als auch durch Medikamente oder Drogen beeinträchtigt sein. Jeder Fahrzeugführer muss sich vor Fahrtantritt sicher sein, fahrtüchtig zu sein. Praktische Relevanz kann sich zum Beispiel bei einem Medikamentenwechsel, einer Neutitration oder zusätzlichen Erkrankungen ergeben.

Im Falle der ADHS kann eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit beispielsweise bestehen, wenn die Aufmerksamkeit durch fehlende Einnahme des verschriebenen Medikamentes und der einhergehenden Ablenkbarkeit so stark eingeschränkt wird, dass eine Gefährdung Dritter entstehen kann. Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass die Einnahme von Methylphenidat die Fahrtüchtigkeit sogar eher verbessert, als die einschränkt.

Es ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, als Fahrzeugführer eine Bescheinigung über seine Erkrankung oder Medikamenteneinnahme mit sich zu führen. Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, ob dies sinnvoll ist. Aus Erfahrungsberichten ist zu ersehen, dass eine solche Bescheinigung in einer Verkehrskontrolle hilfreich sein kann, aber auch das Gegenteil ist schon berichtet worden. Vorteilhaft kann eine entsprechende Bescheinigung insbesondere sein, wenn ein Drogentest vorgenommen wird und dieser die Einnahme von Amphetamin ergibt. Die positive Testung kann in diesem Fall durch die Einnahme von Methylphenidat erklärt werden. Hingegen besteht bei

fehlender Aufgeklärtheit der kontrollierenden Polizisten die Möglichkeit, dass nicht nur die Fahrtüchtigkeit, sondern fälschlicherweise sogar die Fahreignung angezweifelt wird. Eine entsprechende Meldung bei der zuständigen Verkehrssicherheitsbehörde kann zu einer Überprüfung bis hin zur Anordnung einer Begutachtung führen.

Auskunftspflicht

Grundsätzlich gilt für eine Verkehrskontrolle, dass Ausweis, Führerschein und Fahrzeugschein auf Verlangen vorgezeigt werden müssen. Auch darf zum Beispiel die Technik des Wagens überprüft werden. Der Fahrer muss keine Auskunft darüber erteilen, ob er ADHS hat oder Medikamente eingenommen hat, und kann jeglichen Test durch die Polizei verweigern. Auf entsprechende Fragen kann er zum Beispiel antworten: „Hierzu möchte ich mich jetzt nicht äußern.“ Ebenso darf ein Alkohol- und Drogenschnelltest abgelehnt werden. Jedoch sollte sich der Fahrer darüber bewusst sein, dass die Polizei eine entsprechende Kontrolle durch Blutentnahme unter bestimmten Umständen anordnen kann. Einer Testung im Krankenhaus oder einer Blutabnahme durch den Arzt (unter bestimmten weiteren rechtlichen Voraussetzungen) kann sich der Fahrzeuglenker letztendlich nicht entziehen.

ADHS und Beruf

Eine ADHS-Erkrankung stellt keinen grundsätzlichen Ausschlussgrund dar, einen bestimmten Beruf erlernen zu können, Ausnahmen bilden grundsätzlich die Einstellung bei der Bundeswehr und die Verbeamtung. Es ist allerdings allgemein bekannt, dass in einigen Berufsgruppen ADHS-Betroffene nicht eingestellt werden, auch wenn die Ablehnung der Bewerbung offiziell aus anderen Gründen erfolgt.

Bei einer Bewerbung besteht keine Verpflichtung, Erkrankungen oder eine regelmäßige Medikamenteneinnahme dem potenziellen Arbeitgeber mitzuteilen. Während des Bewerbungsgesprächs oder im Rahmen einer Untersuchung ist die Frage, ob eine Erkrankung bzw. Gesundheitsstörung vorliegt oder zu erwarten ist, zulässig, soweit diese die Leistungsfähigkeit oder Eignung für die geplante Tätigkeit einschränken könnte. Für die Beantwortung dieser Frage ist die subjektive Sicht des Bewerbers entscheidend.

In einzelnen Berufsgruppen wird im Rahmen des Bewerbungsverfahrens beziehungsweise der Einstellung eine ärztliche Untersuchung durchgeführt. Eine solche Untersuchung ist grundsätzlich nur in dem Rahmen zulässig, in welchem dem Arbeitgeber auch ein Fragerecht zukäme. Die Untersuchung darf sich nur auf die gegenwärtige Eignung des Bewerbers für den zu besetzenden Arbeitsplatz beziehen. Der Arzt allein beurteilt hierbei, ob der Bewerber den Anforderungen des Arbeitsplatzes genügt. Er darf dem Arbeitgeber lediglich Auskunft über die Tauglichkeit des

Bewerbers, nicht aber über einzelne Untersuchungsergebnisse erteilen.

Blut- und Urintests sind nur auf freiwilliger Basis möglich.

Ausnahmen bestehen bei gesetzlich angeordneten Untersuchungen, wie etwa:

- Jugendliche unter 18 Jahren müssen gemäß den Vorschriften des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) vor Aufnahme einer Berufstätigkeit zwingend von einem Arzt untersucht werden.
- Beschäftigte der Lebensmittelbranche müssen ihre Eignung durch ein Gesundheitszeugnis nachweisen.
- Arbeitsmedizinische Untersuchungen sind für Personen, die Strahlung ausgesetzt sind, nach den Vorschriften der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) vorgeschrieben.

Verbeamtung

Eine Verbeamtung erfolgt nur bei Personen, die eine entsprechende körperliche, geistige und charakterliche Eignung aufweisen, dies wird durch eine amtsärztliche Untersuchung geprüft. Nach neuester Rechtsprechung kann der Dienstherr einem Bewerber die gesundheitliche Eignung für die angestrebte Laufbahn nur dann absprechen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte die Annahme rechtfertigen, er werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze wegen dauernder Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt oder er werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis zur Pensionierung über Jahre hinweg regelmäßig krankheitsbedingt ausfallen und deshalb eine erheblich geringere Lebensdienstzeit aufweisen. Dabei kann die gesundheitliche Eignung nur im Hinblick auf (insbesondere chronische) Erkrankungen verneint werden, nicht aber unter Berufung auf gesundheitliche Folgen, die mit dem allgemeinen Lebensrisiko, wie zum Beispiel einem Unfall bei sportlichen Aktivitäten des Bewerbers, verbunden sind.

Bei einer Verbeamtung sind daher weitergehende Fragen zulässig als bei einer „normalen“ Einstellung. Im Rahmen der amtsärztlichen Untersuchung wird die gesamte Lebenshistorie abgefragt, also auch Erkrankungen und Therapien, die länger zurück liegen und unter Umständen schon seit Jahren abgeschlossen sind. Auch über diese ist vollständig und wahrheitsgemäß Auskunft zu geben. Anderenfalls kann es bei späterem Bekanntwerden von Erkrankungen oder Therapien, die verheimlicht wurden, zu einer Entlassung aus dem Beamtendienst unter Aberkennung des Beamtenstatus kommen.

Vertrauensverhältnis beachten

Auch wenn somit in der Regel keine Verpflichtung besteht, eine ADHS gegenüber dem Arbeitgeber offenzulegen, sollte sich der Betroffene je nach Umständen des Einzelfalls

überlegen, ob eine frühzeitige Anzeige das Vertrauensverhältnis nicht befördern kann. Denn möglicherweise führt ein späteres Bekanntwerden zwar nicht zum Verlust des Arbeitsplatzes, jedoch gegebenenfalls zu einem erheblichen Vertrauensverlust des Arbeitgebers und einer damit verbundenen Verschlechterung des Arbeitsklimas.

ADHS und Sport

Bei Methylphenidat-Präparaten handelt es sich um verbotene Substanzen im Sinne des Dopinggesetzes. Daher ist vor der Teilnahme an Wettkämpfen oder Wettbewerben ein Antrag auf medizinische Ausnahmegenehmigung zu stellen (online auf www.nada.de, unter *Medizin*, unter *im Krankheitsfall*).

Soweit es sich um einen nationalen Wettkampf handelt und der Patient nicht älter als 18 Jahre ist, kann der entsprechende Antrag direkt auf Deutsch bei der Stiftung Nationale Anti Doping Agentur Deutschland (NADA) gestellt werden. Bei Antragstellung ist unter anderem ein aktueller Arztbrief mit Behandlungsverlauf vorzulegen, der eine Begründung für eine durchgängige Einnahme beinhalten muss. Abzustellen hierbei ist auf die Frage, ob die Symptomatik (das heißt die motorische Unruhe und die mangelnde Aufmerksamkeit) so ausgeprägt ist, dass eine adäquate Teilnahme am Wettkampfsport nicht möglich ist.

Für Athleten, die auf internationaler Ebene starten oder die einem internationalen Testpool angehören, ist der internationale Sportfachverband zuständig. Ausnahmsweise kann die NADA mit dem vorherigen Einverständnis des internationalen Fachverbandes Ausnahmegenehmigungen auch für die internationalen Sportler erteilen.

ADHS und Reisen

Bei Reisen ins Ausland können ADHS-Medikamente mitgenommen werden, wenn entsprechende Bescheinigungen mitgeführt werden. Welche Unterlagen erforderlich sind, hängt von der Dauer und dem Ziel der Reise ab.

Bei Reisen bis zu 30 Tagen durch oder in Länder des Schengener Abkommens reicht eine vom Arzt ausgefüllte Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln aus, die durch die zuständige Oberste Landesgesundheitsbehörde oder eine von ihr beauftragten Stelle beglaubigt wird. Das entsprechende Formular kann bei der Bundesopiumstelle angefordert oder von der Internetseite des BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinproduk-

te) heruntergeladen werden.

Bei allen anderen Staaten empfiehlt es sich in jedem Fall, eine mehrsprachige ärztliche Bescheinigung mitzunehmen, die Angaben zu Einzel- und Tagesdosierungen, Wirkstoffbezeichnung und Dauer der Reise enthält. Darüber hinaus sollten Sie sich vor Antritt der Reise bei der zuständigen diplomatischen Vertretung des Reiselandes in Deutschland über die jeweiligen Einfuhrbestimmungen erkundigen.

Weitere Informationen finden Sie auf der Seite des BfArM unter

www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen/_node.html

ADHS und Versicherungen

Es gibt bis auf wenige Ausnahmen keinen Kontrahierungszwang für Versicherungen, das heißt diese sind in ihrer Entscheidung frei, ob und zu welchen Konditionen sie einen Vertrag abschließen. Bei privaten Kranken(zusatz)versicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen, Lebensversicherungen und Unfallversicherungen wird vor Abschluss der Versicherung der Gesundheitszustand des Antragstellers abgefragt oder durch entsprechende Untersuchungen und Unterlagen überprüft. Diese Fragen sind wahrheitsgemäß zu beantworten, sonst kann die Versicherung fristlos kündigen und des Weiteren eine Anzeige wegen Betrugsversuchs stellen.

In der Regel sind Erkrankungen und Unfälle der letzten fünf bzw. zehn Jahre anzugeben. Eine ADHS-Diagnose und Therapie sind oftmals ein Grund für die Versicherung, einen Vertragsabschluss abzulehnen oder einen Risikozuschlag zu verlangen. Dies stellt keine unzulässige Diskriminierung der Betroffenen, sondern eine übliche Handhabung auch bei anderen chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Psoriasis oder Allergien dar, da einer Ablehnung oder einer Erhöhung der Versicherungsgebühr sachliche Gründe (erhöhtes Risiko des Eintritts des Versicherungsfalles) zugrunde liegen.

Wer kann bei speziellen Problemen Rat erteilen?

ADHS Deutschland e. V. – www.adhs-deutschland.de

Zentrale ADHS Netz – www.zentrales-adhs-netz.de

■ Dr. Myriam Bea, Isabell Streif

Literatur bei den Autorinnen

Hinweise zum Umgang mit provokanten Kindern und Jugendlichen

Die folgenden Hinweise zum Umgang mit provokanten Kindern und Jugendlichen beziehen sich auf in hohem Maße provokativ-ablehnend gegenüber Eltern und/oder Geschwistern eingestellte Kinder und Jugendliche mit ADHS bzw. isolierter Sozialverhaltensstörung. Sie setzen an einem Punkt an, zu dem die Eltern bereits viel auf pädagogischem, therapeutischem und medizinischem Feld unternommen haben, um das Problemverhalten innerhalb der Familie in den Griff zu bekommen. In diesem Sinne stellen die Hinweise eine Ultima Ratio im Bemühen um eine letzte Korrektur des Problemverhaltens innerhalb der Familie dar und sollten keinesfalls leichtfertig zu einem früheren, mit einer Mischung aus Zuwendung und Grenzsetzung besser zu adressierenden Stadium der familiären Probleme zum Einsatz kommen.

1. Umgang mit den Kindern/Jugendlichen selbst

Wichtig im Umgang mit extrem provokanten Kindern und Jugendlichen ist eine klare, für die Kinder absehbare Herangehensweise im Fall seit längerem bestehender Provokationen, insbesondere wenn sie von Jugendlichen ausgehen. Die Eltern sollten über die Probleme und das inakzeptable Verhalten offen mit dem Kind/Jugendlichen sprechen. Fühlen die Eltern sich unsicher oder glauben sie, dass ihnen die nötige Autorität fehlt, entschieden gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen aufzutreten, sollten sie zum Gespräch eine im Vorfeld gut informierte, dem Kind bzw. Jugendlichen vertraute Person hinzuziehen. In einem solchen Gespräch sollten die Eltern klar darlegen, dass es keinen Zwang gibt, im Haushalt der Familie zu leben, so dass es dem Kind/Jugendlichen offen steht, sich in Absprache mit dem Jugendamt beispielsweise eine Heimunterbringung anzuschauen. Hierdurch zeigen die Eltern, dass sie nicht um jeden Preis an der Gemeinschaft mit dem Kind in der Familie festhalten wollen und werden.

Um die Ernsthaftigkeit der Situation gegenüber dem Kind oder Jugendlichen zu verdeutlichen, sollte von den Eltern in Erwägung gezogen werden, mit dem Nachwuchs direkt zum Jugendamt zu gehen und dort mit dem/der zuständigen Sachbearbeiter/in sprechen. Hierbei sollte von den Eltern nachgerade das Thema der Fremdunterbringung angesprochen werden. Oft hat es bereits heilsame Wirkung, wenn den Kindern bzw. Jugendlichen klar wird, dass die Eltern nicht erpressbar sind.

Provokantes Verhalten kann neben einer Aggressivität gegenüber Eltern und/oder Geschwistern auch in einer Verbreitung von unwahren Aussagen über die eigenen Eltern

liegen. Besteht die Gefahr, dass Kinder oder Jugendliche sich abwertend oder verleumderisch über ein Elternteil äußern (z. B. Freunden, Nachbarn, Lehrern oder anderen Personen entgegen der Wahrheit berichten, dass sie zuhause eingesperrt, geschlagen, missbraucht oder in einer dem Alter nicht angemessenen Weise zu Arbeiten herangezogen werden), so sollten Eltern dieses Verhalten gegenüber dem eigenen Kind/Jugendlichen offen thematisieren und signalisieren, dass sie vor solchen unbegründeten Anschuldigungen keine Angst haben, da sich die Wahrheit erweisen werde. Zugleich müssen die Eltern deutlich machen, in welchem Maße diesbezügliche Aussagen einen Vertrauensbruch darstellen, der die familiäre Gemeinschaft mit dem Kind/Jugendlichen grundsätzlich infrage stellt.

2. Hilfe von Institutionen wie Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt oder Gericht

Ansprechpartner für externe Hilfen sind Erziehungsberatungsstellen, das Jugendamt, aber auch sowohl den Eltern als auch den Kindern vertraute dritte Personen, mit welchen offen über die Anschuldigungen und die möglichen Konsequenzen gesprochen werden sollte. Denkbare dritte Personen können, sofern sie dazu bereit sind, Großeltern, Geschwister der Eltern oder auch die Eltern von Freunden des Kindes/Jugendlichen sein, die über die Problematik Bescheid wissen und bereit sind, auch gegenüber dem Kind Position zu beziehen.

Um die Situation nicht weiter eskalieren zu lassen und eine anwachsende Hilflosigkeit zu vermeiden, erscheint es sinnvoll, frühzeitig eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen und dort offen über die Optionen im Rahmen der gegebenen Familiensituation zu sprechen. Wichtig ist, dass die Eltern die Familiensituation in all ihren Schwierigkeiten möglichst realitätsnah schildern, da nur eine solche gleichermaßen angemessene wie schonungslose Darstellung Dritten das Ausmaß der Problematik zu verdeutlichen vermag. Eine umfassende Darstellung der bereits innerhalb und außerhalb der Familie ergriffenen Maßnahmen macht es Fachpersonen zudem leichter, abzuschätzen, welche weiteren Schritte vor dem geschilderten Hintergrund noch Erfolg versprechend sind. Keinesfalls sollten Maßnahmen jenseits der Familie wie beispielsweise alternative Formen der Unterbringung ausgeklammert werden. Ziel muss jedoch stets eine angemessene Kommunikation zwischen Eltern und Kind/Jugendlichem sein.

Ein resoluter Umgang mit Provokationen und ein frühzeitiges Aufsuchen von Beratungsstellen sowie Einschalten von

Behörden, auch des Jugendamts, mit einer offenen Kommunikation sind daher am ehesten geeignet, die Situation nachhaltig zu verbessern. Insbesondere bei massiven Drohungen des Kindes/Jugendlichen gegen Eltern und/oder Geschwister, aber beispielsweise auch gegenüber Lehrern, sollte nach gründlicher Abwägung der Ernsthaftigkeit nicht davor zurückgeschreckt werden, einen Notarzt, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder die Polizei einzuschalten. Dies gilt umso mehr, hat ein Kind/Jugendlicher bereits früher oder in der Situation selbst sich und/oder andere verletzt. Auch massive Zerstörungen, denen die Eltern nicht selbst Einheit gebieten können, sollten zur Einschaltung der Polizei führen.

3. Maßnahmen und deren Folge

Auf Antrag können den Eltern durch das Jugendamt unterstützende Maßnahmen gewährt werden. Diese können von einer ambulanten Familienhilfe bis zu einer mit Zustimmung der Eltern erfolgten Fremdunterbringung reichen. Hierbei behalten die Eltern ihr Sorgerecht uneingeschränkt und können jederzeit auf Änderungen der Maßnahmen drängen.

Zögern Eltern hingegen, kann es über die Auswirkungen auf das Eltern-Kind-Verhältnis hinaus zu einer kritischen Eskalation der Familiensituation kommen, die das Jugendamt zum Eingreifen veranlasst, wenn beispielsweise Nachbarn, Lehrer oder Erzieher massives Problemverhalten melden. In diesem Fall kann sich eine vorangegangene Untätigkeit der Eltern negativ auf die Einschätzung der Erziehungsfähigkeit auswirken. Wird das Familiengericht eingeschaltet, kann eine gerichtliche Entscheidung zu einem (Teil-)Entzug der elterlichen Sorge führen. Mag hiervon bisweilen auch eine Entlastung für die Eltern im Hinblick auf ihre Hilflosigkeit und Erpressbarkeit ausgehen, stellt ein gerichtliches Verfahren eine einschneidende Erfahrung sowie Veränderung der Familiensituation dar.

Eltern mögen in vielen Fällen dem Jugendamt nicht trauen und aufgrund eines negativ besetzten Bildes, welches häufig mit dem Jugendamt verbunden ist, zögern, das Jugendamt einzuschalten. Das Zögern kann sich jedoch sehr schnell gegen sie wenden, sei es durch eine Eskalation des Konflikts, die Aufmerksamkeit und Meldung Dritter sowie die Verzögerung notwendiger Maßnahmen.

■ Isabell Streif, Dr. Johannes Streif

T.O.V.A (Test of Variables of Attention)

Ausgangslage

Sie kennen alle das Problem:

Eine schlechte Aufmerksamkeit und Selbststeuerung des Menschen können zwar aus vielen Hinweisen vermutet, aber nur begrenzt objektiv gemessen werden. Das wird uns sowohl bei der Erstuntersuchung wie auch bei der Therapieüberwachung immer wieder bewusst. Die Berichte der Eltern, Lehrer oder Partner sind nicht in jedem Falle zuverlässig. Eine Serumspiegelbestimmung der eingesetzten Medikamente ist nicht sinnvoll, weil nur eine geringe Beziehung zwischen der Höhe des Serumspiegels und der tatsächlichen Wirkung besteht.

Goldstandard der Aufmerksamkeitsuntersuchung ist die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung nach Zimmermann und Fimm, **TAP**, 1992 und 2012. Das Verfahren ist aufwendig und wird fast nur in der Klinik eingesetzt.

Andere Messverfahren, wie zum Beispiel der Aufmerksamkeitsbelastungstest nach Brickenkamp, **Test d2**, zeigen große Schwankungen in den Ergebnissen. Hinzu kommt, dass oft bei der zweiten oder dritten Wiederholung eines Testverfahrens ein überraschend gutes Ergebnis zustande kommt, obwohl Aufmerksamkeit und Selbststeuerung nach dem Bericht der Eltern, Lehrer oder anderer Bezugspersonen gar nicht gut sind. Die Erklärung: Die intelligente ADHS-Persönlichkeit hat rasch gelernt, worauf es bei dem jeweiligen Test ankommt. Der Lerneffekt wirkt sich damit positiv auf das Ergebnis aus.

sonen gar nicht gut sind. Die Erklärung: Die intelligente ADHS-Persönlichkeit hat rasch gelernt, worauf es bei dem jeweiligen Test ankommt. Der Lerneffekt wirkt sich damit positiv auf das Ergebnis aus.

Der andere Fall ist eher selten: Das Kind oder der Jugendliche setzt absichtlich Fehler, um sich auf die „Ruhebank“ zurückzuziehen: „Ich habe ADHS. Also brauche ich mich gar nicht so arg anstrengen!“

Der TOVA-Test

Als praktischer Ausweg aus der diagnostischen Zwickmühle hat sich der **TOVA-Test** erwiesen. T.O.V.A. steht für: Test of Variables of Attention.

Im Test werden

- die Kurz- und Langzeitaufmerksamkeit und
- die Selbststeuerung

des Menschen gemessen. Wir erhalten also Auskunft über die beiden wichtigsten Eigenschaften des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms, die verkürzte Aufmerksamkeit und die Impulssteuerungsschwäche.

Den Test gibt es seit 2007. Seit 2010 wird er in unserer Praxis eingesetzt. Die Erfahrung zeigt, dass wir hier eine objektive, zuverlässige Methode gefunden haben, mit Hilfe der elek-

tronischen Datenverarbeitung (EDV) die wichtigsten Parameter des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms ohne oder mit Hyperaktivität (ADHS) zu bestimmen oder auszuschließen.

Durchführung

Der Test kann bei Kindern ab vier Jahren, bei Jugendlichen und bei Erwachsenen eingesetzt werden. Normalwerte für alle Altersstufen und für beide Geschlechter liegen vor. Benötigt werden die CD mit dem Programm und ein Klapprechner (Laptop) oder ein fest stehender PC. Das Hochfahren des Programms, die Einführung für den Probanden und der Probelauf dauern zusammen ungefähr 15 Minuten. Der Test selbst nimmt 22 Minuten in Anspruch. Kinder unter sechs Jahren arbeiten nur 11 Minuten. Für die Auswertung der Testergebnisse müssen nochmals 15 Minuten angesetzt werden.

Der Test wird in unserer Praxis von der ärztlichen Assistentin durchgeführt. Alle Mitarbeiterinnen beherrschen inzwischen das Verfahren. Den Test empfinden sie als angenehme Abwechslung vom täglichen Telefon- und Terminterror. Der Proband sieht in der Assistentin nicht die strenge Prüfinstanz. Er kann daher die Arbeit am Bildschirm locker und entspannt angehen. Die Assistentin führt nach einem vorgeschriebenen Muster Protokoll. Das Verhalten des Probanden wird über die gesamte Messzeit festgehalten. Das Protokoll erlaubt zusätzliche Rückschlüsse auf das Verhalten des Probanden.

Das Testverfahren

Im Test werden einfache geometrische Figuren verwendet. Der Proband soll durch einen Knopfdruck auf die Maus die Zielfigur kennzeichnen. In der ersten Testhälfte wird die Aufmerksamkeit geprüft. Die Zielfigur taucht nur selten auf dem Bildschirm auf. Der Proband empfindet den Vorgang als eintönig und langweilig. Dennoch muss er aufmerksam bleiben, um die Zielfigur nicht zu verpassen. Auslassfehler (Omission Errors) beweisen Unaufmerksamkeit.

In der zweiten Testhälfte erscheint die Zielfigur häufig auf dem Bildschirm. Das führt beim Probanden zu der Erwartung, die Zielfigur ständig zu erblicken. Er muss aber immer wieder durch Selbststeuerung verhindern, die falsche Figur anzuwählen. Eine Falschantwort wird als Über-

schussfehler (Commission Errors) bewertet. Überdurchschnittlich viele Überschussfehler weisen auf ungenügende Selbststeuerung bzw. auf ungesteuerte Impulsivität hin. Vier Messwerte werden im Test ermittelt:

1. Reaktionszeit (Response Time)
2. Schwankungen der Reaktionszeit (Variability) = wichtigster Parameter
3. Auslassfehler (Omission Errors)
4. Überschussfehler (Commission Errors)

Auswertung

Das Programm errechnet aus den einzelnen Messwerten selbstständig den Aufmerksamkeitsindex (Attention-Index). Ein Index unter 0 gilt als ADHS-verdächtig. Personen mit guter Aufmerksamkeit erreichen ADHS-Indices zwischen + 4.00 und + 6.00.

Sämtliche Werte einschließlich des Aufmerksamkeitsindex können graphisch eindrucksvoll dargestellt und ausgedruckt werden. Der Proband kann das Ergebnisblatt mit nach Hause nehmen.

Achtung:

Der Test ersetzt nicht die allgemeine Diagnostik mit Anamnese, körperlicher, neurologischer, psychologischer und Laboruntersuchung.

■ Dr. Rudolf Kemmerich

Kinder- und Jugendarzt, Umweltmedizin, 71384 Weinstadt

Technische Daten

Bezugsquelle: TOVA-Company, USA, www.tovatest.com

Preis: Rund 850.- US-Dollar + 10.- US-Dollar je Test

Abrechnung:

Der Test ist keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)!

1. Einzeltest GOÄ Nr. 856 (2.5) = 52,60 Euro
2. Test ohne und mit Medikament am selben Tag
GOÄ Nr. 856 (2.5), 857 (2.5), 1 = 80,22 Euro

Literatur: www.tovatest.com/research-and-education/annotated_bibliography/ (als Textdatei)

oder: www.tovatest.com/research-and-education/TOVA_References.pdf (als pdf-Datei)

Unordnung
ist die Wonne
der Phantasie.

Paul Claudel

T.O.V.A. – Test, Fallbeispiele

1. Mädchen, 9.7 Jahre
Erstuntersuchung
Th.: Bisher keine Behandlung
Aufmerksamkeitsindex – 1.19
Dg. ADS, Hans-guck-in-die-Luft
Th: 10 – 5 – 0 mg MPH retardiert
Aufmerksamkeitsindex 6 Wochen nach Therapiebeginn: + 3,8, Dosis ausreichend!
 2. Junge, 8.3 Jahre
Untersuchung abgeschlossen
Diagnose ADHS, hyperkinetisches Syndrom, Zappelphilipp.
Th: Elternberatung, Alltagsstrukturierung, motorische Entlastung durch Sport ohne ausreichenden Erfolg, daher Neurotransmitterersatz
Ersteinstellung auf MPH (schnell freisetzend), 2.5 mg/d
Medikament wurde vereinbarungsgemäß 90 min vor Testbeginn eingenommen.
Aufmerksamkeitsindex – 4.61, Dosis zu niedrig!
 3. Gleiches Kind wie bei Nr. 2, 8.3 Jahre
Th.: MPH (schnell freisetzend) 5.0 mg/d
Aufmerksamkeitsindex – 2.45, Dosis zu niedrig!
 4. Gleiches Kind wie in Nr. 2 und 3, 8.5 Jahre
Th.: MPH (schnell freisetzend) 7.5 mg/d
Aufmerksamkeitsindex – 2.05, Dosis zu niedrig!
 5. Gleiches Kind wie in Nr. 2 – 4, 8.7 Jahre
Th.: MPH (verzögert freisetzend, Retard-Form) 10.0 mg/d
Aufmerksamkeitsindex + 1.51, Dosis befriedigend
 6. Gleiches Kind wie in Nr. 2 – 5, 9.1 Jahre
Th.: MPH (verzögert freisetzend) 15.0 mg
Aufmerksamkeitsindex + 4.00, Dosis passt!
- Dr. Rudolf Kemmerich
Kinder- und Jugendarzt, Umweltmedizin, 71384 Weinstadt

Hilfe, ich bin in der Selbsthilfegruppe ADHS!

Nach einigen Jahren in der SHG ADHS bin ich zu der Einsicht gekommen, dass es gar nicht so einfach ist, sich selbst am eigenen Schopf aus dem (ADHS-)Sumpf zu ziehen. Der erwachsene Betroffene hat ja meist in der Kindheit und auch später einige schlechte Erfahrungen gesammelt. Manchmal entwickelt er daraus eine positive Kompensation seiner Schwierigkeiten, nicht selten aber machen seine eigenen Bewältigungsversuche alles nur noch schlimmer. Nimmt man dann noch die neurobiologischen Besonderheiten des ADHS-Gehirns dazu, kann dies zu einem schwierigen Wahrnehmungs- und Kommunikationsstil führen und nicht selten kommt es dann zu weiteren Problemen mit den lieben Mitmenschen.

Diesen persönlichen Kommunikationsstil bringt er nun auch mit in die SHG. Dort sind dann Streit, Missverständnisse und Scheitern von Projekten vorprogrammiert. Cordula Neuhaus spricht deshalb vom „Syndrom der Missverständnisse“; ADHSler werden häufig missverstanden und verstehen auch andere häufig falsch – Kommunikation in der SHG wird so zum Hindernislauf.

Gleichzeitig bringt der ADHSler natürlich auch die positiven Seiten mit in die Gruppe: Er ist einsatzbereit, gerechtigkeitsliebend, kreativ, häufig intelligent, empathisch, begeisterungsfähig, sozial, spontan und assoziativ-tiefsinnig. Gerade wenn seine Begeisterungsfähigkeit aktiviert wird, kann er ja bekanntermaßen „alles“.

In diesem Text möchte ich einige dieser kleineren oder größeren „Macken“ vorstellen, damit unsere so wichtige SHG-Arbeit produktiver wird, diese Arbeit vor allem viel Freude und Spaß bereitet und auch, damit wir uns gegenseitig etwas helfen können. **Jede ADHS-Familie ist übrigens immer auch eine Art „Selbsthilfegruppe“.**

Wenn man in der Gruppe (oder der eignen Familie) mal einen Schubser bekommt, etwa wenn etwas nicht richtig oder zu spät gemacht worden ist, kann dies auch richtig weh tun. Für uns alle gilt wohl, was Fußballtrainer Otto Rehaegel schön formuliert hat: „Niemand hatte eine dicke Haut.“ Wir sind eben häufig super-sensibel und deshalb auf die Unterstützung und den liebevollen Umgang der Mitmenschen mit uns sehr angewiesen.

¹ Cordula Neuhaus: Syndrom der Missverständnisse; Psychoscope 11/2004, Vol. 30, S. 12-15

ADHS-Wahrnehmungs- und Kommunikationsstile:

- a. **Aufbrausend-impulsiver Stil (der Klassiker):** Ohne Vorankündigung wird aus der Hüfte geschossen, losgeschimpft und Vorwürfe werden „vom Stapel gelassen“. Man wird vom ADHSler manchmal spontan angesch nauzt; die Entschuldigung wird manchmal gleich nachgeliefert. Mitglieder von ADHS-Familien entschuldigen sich häufig; manchmal gibt es eine richtige Entschuldigungskultur.
- b. **Externalisierender Stil:** Weil man im Leben eventuell sehr häufig der Versager oder das Problemkind war, hat man gelernt, den Spieß schnell umzudrehen: „Du hast Mist gebaut – ich habe keine Schuld“. Auch wenn es sehr offensichtlich ist, können nicht nur ADHS-Kinder jegliche Schuld von sich weisen und die Verantwortung für negative Ereignisse anderen geben. Dies ist wohl eine Art Rettung des eigenen Selbstwertgefühls; man wird ja sowieso ständig beschuldigt und kritisiert. Leider kann dieses „Externalisieren“ bis zum Schummeln und auch zum Verleumden gehen. Hauptsache die Schuld ist weg.
- c. **Chaotisch-verzettelnder Stil:** Insbesondere, wenn die Medikation nicht eingenommen worden ist, ihre Wirkung eventuell schon wieder nachlässt oder der „Rebound“ schon eingetreten ist, können oft keine sinnvollen Gespräche geführt werden. Das kennt auch jeder Nicht-ADHSler – z. B. bei Übermüdung. Man fängt vieles an, bringt nichts fertig und kann nichts Produktives leisten. Irgendwie dreht sich alles im Kreis.
Praktische Hinweise: Zur Selbststrukturierung kann man Wiedervorlagesysteme einführen (evtl. App: Any.do + Kalender von Any.do, Link: www.any.do/) oder einen anderen Menschen um Fremdstrukturierung bitten; er kann einem „Schubser“ – z. B. mit der Arbeit zu beginnen – geben. Der ADHSler braucht manchmal zeitlebens hilfreiche Partner und Freunde; deshalb hat Christine Beerwerth recht, wenn sie sagt: „Suche dir Menschen, die dir gut tun“². Gegenseitiges Verständnis, Akzeptanz und hilfreiches Miteinander brauchen manchmal Jahre, bis sie voll entwickelt sind.
- d. **Bejahend-abwesender Stil:** Abwesend-verträumt signalisiert der ADHSler immer Zustimmung, bekommt jedoch nichts mit und das Gegenüber nimmt an, dass alles verstanden und allem zugestimmt worden ist. Dann gibt es später Ärger: „Du hast mir wieder nicht zugehört! Ich habe so entschieden, weil du mir dein OK, gegeben hast! Du hast wieder nichts getan, obwohl wir dies am Sonntag so besprochen hatten.“ Der Klassiker dabei ist das Frühstück am Sonntagmorgen: Ein Mann bespricht mit seiner Frau etwas. Sie als ADHSlerin hält immer Blickkontakt mit ihm und sagt immer JA, JA oder Mhmh. Dabei schaut sie durch ihn hindurch und ist irgendwo ganz anders.
- e. **Begeistert-idealistischer Stil:** Überschwänglich nimmt man sich ein ganz großes Projekt vor, scheitert eventuell schon aber am ersten Schritt. In Sektklaune verkündet man die baldige Besteigung des Mount Everest, fliegt dann aber bei der ersten Kurve aus der Bahn und gibt schnell auf. Das hängt eng mit dem fehlenden Zeitgefühl zusammen, mit der fehlenden Fähigkeit, einen langfristigen Plan zu erstellen und diesen dann auch Schritt für Schritt umzusetzen.
Exkurs: „Positive Wahrnehmungsverzerrung“ nach Carsten Dietrich: Sachverhalte oder eigene Fähigkeiten werden immer sehr positiv und unproblematisch eingeschätzt. Man klettert immer wieder eine Wand hoch und fällt immer wieder runter; trotzdem spricht man von sich in den höchsten Tönen: „Alles kein Problem, kriege ich hin, überhaupt keine Schwierigkeit!“ Es gibt wohl fast nichts Traurigeres als diese ADHS-Macke. Menschen mit dem größten Optimismus ins Messer laufen zu sehen, ist auch für die Beobachter deprimierend.
Konsequenz: Der ADHSler sollte auf andere hören und gemeinsam mit ihnen realistische Erwartungen entwickeln. Aus einem Scheitern können auch Schlussfolgerungen gezogen werden, statt dass man frohgemut erneut ins Messer läuft. Andere Menschen werden irgendwie immer in die Probleme von ADHSlern verwickelt und sind auch meist an deren Lösung beteiligt. So sehr der ADHSler gern selbständig und frei wäre, so sehr ist er in der Realität auf andere angewiesen.
- f. **Impulsiv-schwatzhafter Stil:** Andere werden unterbrochen; dann peitscht man am Stück die eignen Themen ohne Unterbrechung durch. Häufig endet das „Gespräch“ mit folgendem Satz: „Wollte sonst noch jemand was sagen?“
- g. **Zwanghaft-unsicherer Stil:** Um Scheitern zu vermeiden bzw. um nicht so häufig zu scheitern, versucht man, sehr genau zu sein, wiederholt immer wieder Kontrollvorgänge und ist sich nie sicher, ob auch alles stimmt und klappt. Dies führt zu Langsamkeit, Umständlichkeit und Konflikten mit anderen. Blöderweise gibt es trotz diesem „übergenaue“ Kontrollieren dann doch immer noch die Schusseligkeiten und Flüchtigkeitsfehler.
Konsequenz: Deshalb sollte man nicht noch mehr kontrollieren und prüfen: Einmal checken ist OK, zweimal ist schon ein Zwang, d. h. man muss die Spannung aushalten und darf nicht erneut alles überprüfen. Je mehr man erneut kontrolliert, desto unsicherer wird man; dies kann zu einer Endlosschleife werden. Eventuell sollte der ADHSler seine Leidtoleranz (d. h. Leiden im Leben ist normal, ich halte es aus, so wie es nun mal halt ist) erhöhen, denn er verliert, vergisst, verlegt, versäumt und verbummelt immer mal wieder etwas. Wenn man drüber lachen kann, hilft das am meisten.
- h. **Trotzig-sturer-besserwisserischer Stil:** Es gibt ADHSler, die desto mehr gegen eine Sache sind, je zahlreicher die stichhaltigen Argumente dafür sprechen (Be-

² Christine Beerwerth: Suche dir Menschen, die dir guttun; Freiburg: Herder Verlag, 2013

ratungsresistenz).

- i. **Emotional instabiler Stil:** Betroffene können in einer ständigen Stimmungssachterbahnfahrt unterwegs sein - mal bester Laune, dann 20 Minuten später wieder gereizt, mislaunig, argwöhnisch; diese Stimmungsschwankungen bringt natürlich das Gegenüber auch-durcheinander. Werden anderen dann böse Motive zu unterstellt oder werden einseitige Schuldzuweisungen gemacht, führt dies dann zu einer Totalblockade der Kommunikation. Als ob man eine geladene Pistole unter dem Tisch hat, wenn man miteinander redet. Solche Spannungen müssen zuerst bearbeitet werden, um wieder arbeiten zu können.

Konsequenz für die anderen: Sich wieder zu öffnen, wenn man angegriffen wurde, ist nicht leicht, insbesondere wenn dies an der Tagesordnung ist. Aber das Miteinander-Reden ist der einzige, wenn auch nicht leicht zu gehende Weg. Auch hier ist eine Erhöhung der Leidtoleranz evtl. hilfreich. Aus Erfahrung wissen alle, dass man gelegentlich zum „Feind“, aber auch wieder zum Freund werden kann. Wenn man selbst in keiner guten Verfassung ist, kann man auch (räumlich) Abstand nehmen, um eine Eskalation zu vermeiden und auch um sich zu schützen.

- j. **Egozentrischer Stil:** Man sieht die Welt nur durch die eignen Augen, der Perspektivwechsel misslingt also. Man ist ganz erstaunt, wie die anderen reagieren. Eine spontan-impulsive Idee wird vorgetragen oder eine impulsive Handlung durchgeführt. Man hat selbst nicht richtig darüber nachgedacht. Leider gibt es die Probleme mit dem Perspektivwechsel auch bei lang überlegten und gut vorbereiteten Aktionen. Nur die eigene egozentrische Perspektive ist einem dann richtig klar. Reagiert das Umfeld anders, als man wollte, hat es Einwände gegen das eigene „Projekt“, bleibt einem nur noch das erstaunte „DAS wollte ich doch gar nicht!“

Exkurs: ADHSler können schwer erkranken, häufiger als Nicht-Betroffene. Neben dem ADHS-Blues, einer gelegentlichen Down-Stimmung, die Stunden oder auch Tage andauern kann, gibt es auch die deutlich andere schwere depressive Verstimmung, die länger andauert und viel heftiger ist. Bei einer schweren Depression führt dann meist kein Weg an einer hochdosierten antidepressiven Medikation vorbei. Diese kann man selbst eventuell gar nicht richtig einschätzen. Insofern braucht man auch hier einen anderen Menschen, der einen einmal bei Seite nimmt und einem in einem persönlichen Gespräch die Augen öffnet.

- k. **Freiheitsliebender, distanzierter Stil:** Viele der schlechten Erfahrungen von ADHSlern haben dazu geführt, dass sie sich im Beruf in die Selbständigkeit „retten“: „Ich mach mein Ding lieber alleine. Komme mir also nicht zu nahe! Schränke mich nicht ein und bevorumde mich ja nicht!“ Besonders heftig kann dies dann werden, wenn ein spontan-distanzloser Kommunikati-

onsstil auf den freiheitsliebenden trifft. Eventuell gibt es dann eine Phase der „Verliebtheit“, in der man sich erst einmal das Leben erzählt und sich einander nahe fühlt. Es kann weh tun, wenn die freiheitsliebende Person einen am nächsten Tag nicht einmal mehr richtig grüßt.

Konsequenz: In diesem Fall hilft es, Folgendes zu denken: „Sie hat wahrscheinlich gute Gründe für die Distanz; früher hat ihr vielleicht jemand sehr weh getan, so dass sie jetzt diese Freiheit braucht.“ Wir sind alle verletzte Kinder!³

- l. **Narzisstischer Stil:** Insofern jemand eine narzisstische Persönlichkeit hat, wird er von anderen Bewunderung und Unterwerfung verlangen. Mit Manipulationen, also allen erdenklichen Mitteln, werden andere klein und gefügig gemacht. Der Narzisst kann andere für seine Manipulationszwecke sehr gut wahrnehmen, kennt die Schwächen der anderen, die er ausnützen kann, manchmal auch für Racheaktionen. Er ist selbst empfindlich, hat aber kein (ehrliches) Mitgefühl und kein Verständnis für andere. Leichte Formen dieses Stils sollen bei ADHSlern häufig vorkommen. Nicht zu verwechseln mit dem (manchmal übergroßen) Grundbedürfnis von vielen Betroffenen, einfach nur gemocht zu werden und auch (viel) Anerkennung zu bekommen, nach all den Versagererlebnissen und Zurückweisungen.

Manche von unseren Freunden in der Selbsthilfegruppe haben sehr wahrscheinlich gar keine Ahnung, wie sie auf ihre Gesprächspartner wirken; Selbst- und Fremdwahrnehmung stimmen eventuell überhaupt nicht überein. Es ist natürlich heikel, jemanden auf etwas anzusprechen, was er selbst nicht vermutet. Trotzdem sollte man es dem Gegenüber „spiegeln“, falls er z. B. einen vorwurfsvollen Unterton hat und ihm dadurch mitteilen, dass man sich dadurch angegriffen fühlt.

Auch bei unserer Arbeit gilt der wichtige Grundsatz, dass Störungen der Kommunikation immer Vorrang haben, also auch vor der Arbeit an den Projekten. Wenn jemand die Kommunikation stark belastet, sollte zuerst die Situation geklärt werden, bevor man weitermacht. Um es in einer Metapher zu sagen: Der Himmel sollte immer klar und hell sein, wenn Wolken aufziehen, redet man lieber direkt darüber. Manchmal haben wir aber auch schon das Kunststück fertig gebracht, ein komplettes schweres Gewitter zu übersehen. Insofern sollten wir unserem Bauchgefühl trauen, wenn etwas Atmosphärisches nicht stimmt, und sofort nachfragen - „Störungen haben Vorrang“.

Damit Störungen erst gar nicht entstehen, sollten wir den anderen signalisieren, wenn wir aktuell „schlecht

3 Die Kernmotivation für viele von uns, uns in der SHG zu engagieren, ist folgender Wunsch: „Niemand soll einem ADHSler so weh tun wie mir selbst oder meinen Kindern. Eltern können für ihre Kinder wie Löwen sein - das ist doch häufig der Motor unserer so wichtigen Arbeit.“

drauf“ sind. So können sie etwaige „flapsige Bemerkungen“ oder einen zu scharfen Ton anders einordnen. **Und bitte denken Sie daran: Nicht zuletzt spielt ein besseres Klima bei unseren Veranstaltungen für die Gewinnung von neuen Mitgliedern, die wir dringend brauchen, eine gewichtige Rolle.**

Hier nun einige Tipps für ein besseres Gelingen von Sitzungen der SHG:

- Unpünktlichkeit vermeiden, die Verspätung mit Humor nehmen oder diese einfach einplanen;
- Tagesordnung zügig durcharbeiten, damit das Ende pünktlich erreicht werden kann und noch Zeit für das so wichtige Schwätzchen nebenbei ist;
- nach dem Subsidiaritätsprinzip handeln (nicht alles muss von allen gewusst und entschieden werden; manche Dinge delegieren);
- spontan-impulsive Entscheidungen meiden (lieber einmal darüber schlafen); (Entscheidungs-Drama Nr. 1);
- sich nach den Gedankenprozessen und Diskussionen festlegen (ewige Ambivalenzen hinter sich lassen; statt etwas aufzuschieben, auch mal was entscheiden und bitte auch nicht wieder zurücknehmen); (Entscheidungs-Drama Nr. 2);
- Störungen sofort angehen (dazu die eigentliche Besprechung unterbrechen; dies sollte von dem gefordert werden, der diesen „Widerstand“ zuerst bemerkt; jeder muss dazu auf sein „Bauchgefühl“ achten);
- nicht miteinander reden, wenn die Gefühle hochkochen; kurze Pausen können die Situation retten;
- daran denken, dass dem ADHS-Betroffenen manchmal „die Bremse fehlt“ (im Präfrontalen Cortex). Insofern könnten wir frei nach Cordula Neuhaus **„einfach mal die Klappe halten“**.

In ADHS-Familien, wie auch in der SHG-Arbeit kann – nach gemeinsamer Absprache – auch eine **Zeichensprache** eingesetzt werden, die wir sowieso schon häufig verwenden. Einer kann ein Zeichen mit der Hand geben, andere können sich mit derselben Geste anschließen, wenn sie auch so

empfinden. Natürlich kann eine mündliche Äußerung folgen, insbesondere dann, wenn der Angesprochene nicht sofort versteht.

6 Handzeichen:

1. „Bitte kürzer fassen, nicht so lange und so viel reden!“: mit Zeige- und Mittelfinger eine Schere andeuten;
2. „Zur Sache kommen!“ oder „Eine Entscheidung sollte getroffen werden!“: mit dem Zeigefinger fest auf einen Punkt auf dem Tisch tippen;
3. „Emotional weniger heftig vorgehen!“: mit der flachen Hand beschwichtigend auf- und abwedeln;
4. „Ich bin verletzt, müde oder erschöpft; schont mich jetzt!“: die flache Hand heben und entgegenstreckend schwenken;
5. „Das ist gut; das unterstütze ich!“: leicht auf den Tisch klopfen;
6. „Ich spüre einen Widerstand, lasst uns dies zuerst klären!“: Hand zu einem T-Zeichen formen (wie beim Volley-Ball).

Jeder ADHSler kennt aber manchmal auch dies: Wenn man sich mit einem anderen Betroffenen unterhält, dann kann es auch ganz unerwartet zu einem tiefen und berührenden Einvernehmen und großer Nähe kommen.

Dann merkt man: „Wir ticken sehr ähnlich!“ und spüren „Wir gehören zusammen!“.

■ DP Jörg Dreher für Juvemus

P.S.: Leider sind wir bei der Aufklärungsarbeit über ADHS in Deutschland im Schnecken tempo unterwegs. Viele Ärzte und Psychologen erkennen es immer noch zu selten oder lehnen es sogar ganz ab. Viele Hunderttausende ADHSler werden immer noch wie die Lemminge über die Klippen getrieben. Das macht unsere Arbeit immer auch etwas traurig und belastend.

Wir werden aber um jeden Lemming kämpfen!

Das Einzigartige an einem Leben mit ADHS – die amerikanische Lyrikerin Emily Dickinson

Was ist das Einzigartige an meinem ADHS-Sein, an dieser besonderen Weise der Wahrnehmung? Diese Fragen beschäftigen mich schon seit vielen Jahren. Sie haben mich zu einem erweiterten Ansatz gebracht, über ADHS nachzudenken, einen Ansatz, der über die Beschäftigung mit ADHS als behandlungsbedürftige Krankheit hinausgeht. Ich nen-

ne ihn den lebensgeschichtlichen Ansatz.

ADHS tritt in meinem Leben nicht als eine Ansammlung von Symptomen auf, die ich abgrenzen und abgegrenzt wahrnehmen kann. ADHS betrifft mich als Ganzes. Es gehört zu mir von Kindheit an und betrifft mich in allem. Deshalb fas-

zinieren mich Menschen, die ebenfalls ADHS in sich trugen. Was waren es für Menschen und wie lebten sie mit dem, was wir heute ADHS nennen?

Ich möchte Ihnen eine Persönlichkeit vorstellen, von der ich glaube, dass sie wahrscheinlich von ADHS betroffen war: die amerikanische Dichterin Emily Dickinson. Ich sage deswegen wahrscheinlich, weil, betrachtet man ihr Leben, sehr vieles darauf hindeutet, dass sie von ADHS betroffen war. Man darf natürlich nicht den großen zeitlichen Abstand außer Acht lassen – Dickinson lebte im 19. Jahrhundert (1830 – 1886). Doch – wie gesagt – legen manche Hinweise in ihrer Biographie den Schluss nahe, dass sie – bei allem Vorbehalt – von ADHS betroffen gewesen ist.

Ich habe Emily Dickinson ausgewählt, weil sie mich auf den Titel „Die Hellsicht des Zwiespaltes“¹ brachte. Ihre Gedichte sprechen vom Zwiespalt, vom Dazwischen-Sein, vom Anschein der Empfindungen und Eindrücke. Sie erschafft Bilder von Dingen, die nur vage wahrnehmbar sind und unsere sicheren Wahrnehmung von den Dingen wie unscharfe Spiegelungen erscheinen lassen. Dies aber tut sie in einer beeindruckenden Klarheit und sprachlicher Ausdruckskraft, die zutiefst bewegt, erfüllt und überzeugt. Dickinson ist die Dichterin des Dazwischens und sie zeigt uns so Details der Wirklichkeit, die wir ohne ihre Worte nicht sehen und begreifen könnten.

Was war sie für ein Mensch? Sie lebte äußerst zurückgezogen, mied Gesellschaft bis auf wenige vertraute Menschen. Sie stammte aus einer hochgebildeten, neuenglischen Familie, calvinistisch-puritanischer Abstammung. Man erkannte früh ihre besondere Begabung und förderte sie. Sie wurde natürlich, wie es für die damalige Zeit üblich war, gemäß des Vorbildes einer höheren Tochter, also auf Haus und Familie erzogen. Aber darüber hinaus erhielt sie auch eine ausgezeichnete Bildung, was mit dem Umstand zusammenhing, dass ihr Großvater das Amherst-College mitgründete, eine Elite-Ausbildungsstätte, dessen Rektor Emily Dickinsons Vater wurde. Die ersten Jahre verbrachte Emily dort, wurde in Latein, Mathematik, Geschichte, Literatur und Sprachen unterwiesen. Mit 17 wechselte sie auf das nicht minder renommierte Mount Holyoke Female Seminary, das sie jedoch nach einem Jahr abbrechen musste. Sie war zwar intelligent, litt aber unter so erheblichen körperlichen und seelischen Beschwerden, dass sie ihr Studium nicht fortsetzen konnte. Körperlich war ihre Konstitution schwach, seelisch litt sie unter einem nervösen, übersensiblen Gemüt und einer Neigung zu Depression. Ein überstarkes Gemütsmerkmal war Dickinsons Zurückgezogenheit und Introvertiertheit. Zeit ihres Lebens hielt sie sich in Amherst, ihrer Geburtsstadt auf. Sie heiratete nie, verließ nur selten ihr Haus und blieb meistens

auf ihrem Zimmer, um zu schreiben. Selbst vertraute Personen, mit denen sie in intensiver Brief-Verbindung stand, begegneten ihr selten oder gar nicht. Demgegenüber steht die Weite und Tiefe ihrer Gedichte. In ihrer Vorstellungskraft überschritt sie die engen, selbstgewählten Grenzen ihres Lebens, schuf eine andere Form der Poesie und wurde so zu einer Wegbereiterin der Moderne.

Was lässt sie in die Nähe dessen rücken, das wir heute ADHS nennen und wie wirkte es auf ihr Leben ein? Menschen mit ADHS neigen zu einer oszillierenden, schillernd-unscharfen Wahrnehmung. Offensichtliches erkennen sie nicht, doch sie nehmen beinahe unsichtbare Dinge wahr, die Menschen ohne ADHS zu übersehen neigen. Ein schönes Beispiel für diese besondere Form der Wahrnehmung finden wir in Dickinsons Gedicht „Bei einem flieh'nden Licht“

*Bei einem flieh'nden Licht
wird schärfer das Gesicht
als bei dem Docht, der bleibt.
Des Lichtes Flieh'n verspricht
uns weite klare Sicht –
geschmückt gezeigt.*

Das Licht geht, ist unscharf und unklar. Doch eben diese Lichtverhältnisse lassen die Konturen des Gesichts deutlicher hervortreten.

Ein weiteres Merkmal der besonderen ADHS-Wahrnehmung ist, dass sämtliche Reize ungefiltert auf einen Menschen mit ADHS einströmen. Auch davon gibt Dickinsons Werk Zeugnis:

*I felt a cleaving in my mind
As if my brain had split;
I tried to match it, seam by seam
But could not make it fit
*
Ich fühlte ein Zwischen in meinem Geist
als bräche mein Hirn entzwei.
Ich säumte, nähte, flocht
doch zu fügen vermocht ich nichts.²*

Emily Dickinsons Weise, dem Ungestüm der Reize zu entgehen, war, sich ganz zurückzuziehen. Das ist typisch für Menschen, die von der hypoaktiven Variante des ADHS, der Träumer-Variante betroffen sind: Sie entziehen sich, verstummen, lassen ihre ausgestreute Gedanken fahren und träumen sich davon. Sie wirken introvertiert und ruhig. Tatsächlich aber sind ihre Sinne und Stimmungen in großer Bewegung, indes einer Bewegung, die sie nicht halten können. Emily Dickinson vermochte diese Bewegung in Worte umzusetzen; Kreativität ist ein auffallend häufiges Merkmal bei Menschen mit ADHS. Es ist so auffallend häufig, dass

¹ U. Metz, Die Hellsicht des Zwiespaltes, Aachen 2007.

² Zit. In: Edward M. Hallowell, John Ratey, Zwanghaft zerstreut, Hamburg 1999.

Kreativität nicht selten als unmittelbares ADHS-Merkmal betrachtet wird. Das aber geht m. E. über das Gebotene hinaus. Jeder Mensch hat Kreativität in sich. Betroffene aber sind zutiefst von ihr abhängig, weil sie ihnen die Möglichkeit gibt, ihrem So-Sein einen Ausdruck zu geben. **Nicht ADHS ist die Ursache von Kreativität, sondern die Möglichkeit sich dadurch auszudrücken und zu entfalten.**

Dieser Umstand ist der größte Gewinn für einen Menschen mit ADHS. Und tatsächlich ist es kein Zufall, dass unter den innovativen, schöpferischen Geistern zahlreiche Personen mit ADHS sind. Emily Dickinson galt als hochsensibel und neigte zu depressiven Verstimmungen. Ihre Schwester bezeichnete sie als einen Menschen von „zarter“ Verfassung. In dieser Umschreibung könnte sich jene für Menschen mit ADHS typische Stimmungs- und Affektlabilität widerspiegeln. Dass die Dichterin niemals reiste und so gut wie gar nicht ihre bekannte und geordnete Umgebung verließ, scheint auch der Kompensation gedient zu haben: Strenge, ja starre äußere Stabilität wirkte der fehlenden inneren ausgleichend entgegen. Dieser festgefügte Rahmen ließ sich jedoch nicht mehr aufrecht halten, als einige von Emily Dickinsons besonders nahestehende Freunde und Verwandte verstarben, etwa ihre Mutter und ihr Neffe. Ihre ohnehin gebrechliche Verfassung verschlechterte sich zusehends, bis sie schließlich im Mai 1886 verstarb (als Todesursache wurde das „Bright Syndrom“ angegeben, ein Nierenleiden, dessen Aussagekraft allerdings umstritten ist, da diese Diagnose zum damaligen Zeitpunkt häufig gestellt wurde).³

Hat sie deswegen ein tragisches Leben gehabt und ist

Ursache davon womöglich ADHS? Beide Fragen greifen zu kurz. Dickinson hatte die Möglichkeit, ein Leben ihrer besonderen Verfassung gemäß zu führen. Sie folgte keinen Konventionen, die ihrem Naturell widersprachen – und offenbar brauchte sie dies auch nicht. Sie veröffentlichte zu Lebzeiten nur sieben Gedichte ihres sehr umfangreichen Werkes, was aber nicht Ausdruck dafür ist, dass man ihre Dichtkunst für unbedeutend hielt. Denn in dem kleinen Kreis ihrer Freunde und Vertrauten schätzte man ihre Sprachbegabung und ihre Dichtung überaus. Dickinson litt unter Depressivität und viele ihrer Gedichte thematisieren Tod und Vergänglichkeit. Doch ebenso drücken sie Hoffnung, Schönheit und Vitalität aus. Ein depressiver Mensch muss kein Pessimist sein.

Ich möchte noch einmal, bezogen auf Emily Dickinson die Frage stellen: Was ist das Einzigartige am ADHS-Sein, an dieser besonderen Weise der Wahrnehmung? Sie ist bereichernd, insofern man ihr Potential erkennt und sie nicht den Konventionen zum Opfer fallen lässt, mit denen wir umgeben sind. Emily Dickinson scheint diese Freiheit gehabt zu haben. Ihr beinahe exzentrisch zurückgezogenes Leben ermöglichte ihr, jenes außergewöhnliche Werk zu schreiben. Menschen mit ADHS faszinieren. Sie beunruhigen, sind zerstreut, getrieben, kraftraubend. Und sie setzen Kräfte frei, sie sind – im wahrsten Sinn des Wortes – tatkräftig bzw. können es sein. Von Emily Dickinsons Werk geht eine große, inspirierende Kraft aus. Dafür brauchen Menschen mit ADHS andere, die ihnen Stand geben und sie lieben. Emily Dickinson hatte Menschen, solche Menschen. Freunde, Verwandte und Vertraute, die sie wertschätzten und sie in ihrem So-Sein beließen.

³ Emily Dickinson and Death, <http://www.emilydickinsonmuseum.org/ed/node/126>

■ Uwe Metz

Mit der goldenen Brille Schätze suchen – Einladung zum Dialog

I. Kurzvorstellung des Projekts:

Mit der goldenen Brille Schätze suchen

1. Rahmenbedingungen:

Auf ehrenamtlicher Basis leite ich als Regionalgruppenleiterin des ADHS Deutschland e. V. den „ADHS-Stützpunkt Baden-Baden“. Dieses Angebot richtet sich an Eltern, deren Kinder von dem Störungsbild AD(H)S betroffen sind. Es steht jedoch nicht die Diagnose des Kindes im Vordergrund, sondern der familiäre Leidensdruck der Eltern. Das Angebot ist Teil eines kooperierenden Netzwerks von Schulen, Ärzten, Therapeuten und Jugendämtern der Region. Im Rahmen der Selbsthilfe finden regelmäßige Gruppen-

treffen für Eltern mit unterschiedlichen Themen-Schwerpunkten statt. Neben einem regelmäßigen Gesprächskreis runden Referenten-Vorträge, Präsentationen und Besuche von Fach-Veranstaltungen das Angebot ab. Das Hilfsangebot wird vom Landratsamt Rastatt-Baden-Baden gefördert. Im Rahmen dieser monatlichen Gruppentreffen wurden die Eltern zum Dialog eingeladen.

2. Zielsetzung:

Die häusliche Situation und das soziale Umfeld der Eltern sind in der Regel geprägt von Auseinandersetzungen und kontroversen Diskussionen. Die Eltern suchen oftmals verzweifelt nach Lösungen. Vor diesem Hintergrund wollte ich

bewusst mit den Eltern eine andere Haltung einnehmen und gemeinsam einen Perspektivenwechsel versuchen, ihre Kinder in einem anderen Licht zu sehen – als Haltung, nicht als Lösung.

Das verfolgte Ziel ist mit der dialogischen Vorgehensweise den Eltern ein Werkzeug an die Hand zu geben, Verhalten zu hinterfragen und Bedürfnisse besser verstehen zu können. Ich möchte mit diesem Projekt Eltern ermöglichen (wieder) mit ihren Kindern ins Gespräch zu kommen und eine positive unvoreingenommene Haltung selbst zu spüren.

3. Teilnehmende:

Es haben mit mir acht Elternteile an dem Abend teilgenommen. Davon waren zwei Elternpaare. Das Alter der Kinder variierte von Grundschulalter bis hin zu jungen Erwachsenen.

4. Zeitraum:

Für die Veranstaltung waren zwei Zeitstunden angesetzt, was den Eltern im Vorfeld kommuniziert wurde.

5. Einbindung im Sozialraum / Netzwerk:

Die Einladung zum Dialog erfolgte im Rahmen der monatlichen Gruppentreffen. Es handelt sich dabei um eine offene Gruppe ohne Anmeldung. Diese Form ist bewusst gewählt, da keine Verpflichtung in irgendeiner Form gewollt ist. Daher weiß ich als Gruppenleiterin vorher nicht, welche oder wie viele Eltern kommen werden.

6. Durchführung:

Erster Schritt: Die Eltern im E-Mail-Verteiler wurden eine Woche vorher **per E-Mail zum Dialog und unter dem Motto „Mit der goldenen Brille Schätze suchen“ eingeladen.**

In der Einladung war die Bitte enthalten ein Foto des Kindes mitzubringen. Einen Tag vorher wurden die Eltern nochmals an den Termin erinnert und gebeten an das Foto zu denken. Die Einladung wurde bewusst kurz gehalten, da viele Eltern zu viel Information schlecht aufnehmen bzw. nicht lesen.

Am 5. Mai um 20:00 Uhr fand der **Dialog-Abend mit den Eltern** statt. Es folgten sieben Personen der Einladung, so dass wir insgesamt zu acht waren.



Claudia Pauly

Der Raum war anders gestaltet als üblicherweise zu unse-

ren Gruppenstunden. Wir haben uns im hinteren Teil des Raumes in einen Halbkreis gesetzt, so dass die Eltern eine gute Sicht auf das Flipchart hatten, auf dem nochmals das Thema des Abends stand. An der Wand hinter dem Flipchart waren durch Comics bebilderte Dialog-Regeln aufgehängt.

Ich erzählte den Eltern von meiner Weiterbildung zur Elternbegleiterin und lud sie ein daran teilzuhaben. Zuvor holte ich mir das Einverständnis der Eltern und stellte sicher, dass kein dringender Redebedarf unberücksichtigt bleibt. Anhand der visualisierten Regeln an der Wand erläuterte ich die zehn wichtigsten Dialogfähigkeiten zur Einstimmung in das Thema.

Da zwei neue Eltern anwesend waren, lud ich alle zu einer **Vorstellungsrunde anhand von Erinnerungsbildern** ein. Nachdem jeder eine ihn in der Kindheit prägende Person/Sache gefunden hatte, schilderte er kurz die damit zusammenhängende Erinnerung. Dann stellte er sich namentlich vor und schrieb seinen Namen zusammen mit dem Bild auf das Flipchart (30 min).

Nach Beleuchtung der Frage, ob wir mit unseren Kindern im Dialog sind oder wir uns eher auf Diskussionen mit ihnen einlassen, erarbeiteten wir gemeinsam die **Unterschiede zwischen Dialog und Diskussion** am Flipchart (15 min).

Darauf baute eine **Partnerarbeit** auf. Ich lud die Eltern ein sich in Zweier-Teams zusammenzufinden und jeweils drei Minuten im Wechsel über die Situation des eigenen Kindes zu reden und seine störenden und als negativ empfundenen Verhaltensweisen kurz zu erklären. Es erging die Bitte an die Eltern sich mit einem möglichst unbekanntem Partner zusammen zu tun. Dafür erhielten alle Eltern eine Moderationskarte und wurden gebeten maximal drei Verhaltensweisen ihrer Kinder in Stichworten aufzuschreiben.

Es war gewünscht, dass der Übungs-Partner jeweils **aktiv zuhört** und nicht kommentiert. Danach teilte ich ein Blatt aus mit Begriffen unter dem **Defizit- und Ressourcenblickwinkel** und bat die Eltern mit diesem Perspektivenwechsel nochmals ins Gespräch zu kommen. Anschließend legten wir die Karten mit den Statements auf dem Tisch aus und alle Eltern hatten Gelegenheit die Karten der anderen zu betrachten.

Dann tauschten wir uns in gemeinsamer Runde aus, wie wir uns mit der Übung gefühlt haben und was ein **Perspektivenwechsel** bei uns bewirkt hat. Dies ließen wir einen Moment auf uns wirken (20 min).

Anschließend regte ich die Eltern an, ihre mitgebrachten **Fotos** herauszuholen. Ich versicherte ihnen nochmals, dass Farbe und Größe des Fotos für diese Übung keine Rolle spielen. Alle Eltern hatten Fotos ihrer Kinder dabei; einige brachten sogar mehrere Bilder mit, da sie sich nicht festlegen konnten. Diese Eltern wurden von mir gebeten sich für ein Foto zu entscheiden.

Nun ermunterte ich die Eltern sich die **goldene Brille** aufzusetzen und damit die **Schätze zu suchen**, die in den Bildern ihrer Kinder verborgen sind. Die folgende Betrachtung erfolgte aus dem **Ressourcenblickwinkel**. Jedes Elternteil (oder Elternpaar) erhielt sechs Moderationskarten für die sechs Bilder, die es zu betrachten galt. Jedes Foto sollte konkret auf die folgenden drei Fragen hin angeschaut werden, die auf dem Flipchart standen:

- Was sehe ich in diesem Kind?
- Was fällt mir dazu ein?
- Was bewundere ich an diesem Kind?

Nacheinander wurden die Eltern eingeladen, das Bild ihres Kindes an das Flipchart zu heften. Die anderen Eltern schrieben ihre Antworten jeweils auf eine Moderationskarte. Die Betrachtung sollte ohne Kommentare erfolgen, wobei alle nah herankommen konnten, um in Ruhe und aus der Nähe das Foto anzuschauen.

Nachdem alle Eltern das Bild betrachtet und ihre Antworten aufgeschrieben hatten, wurden diese laut vorgelesen und die Karten dem jeweiligen Elternteil (oder Elternpaar) als Geschenk überreicht.

Nachdem alle Bilder angeschaut wurden, tauschten wir uns in der Runde darüber aus, wie wir uns mit dem Geschenk der anderen Eltern gefühlt haben und was dies bei uns bewirkte.

Zum Schluss regte ich die Eltern dazu an, die Karten ihren Kindern vorzulesen oder sie als Geschenk zu verpacken, wovon auch einige Eltern Gebrauch machten.

In einer kurzen Feedbackrunde holte ich mir schriftlich Rückmeldung zu der Veranstaltung, indem ich die Eltern bat mir mitzuteilen, was ihnen gefallen hat, was sie sich gewünscht hätten und was sie für sich mitnehmen (60 min). Um 22:15 Uhr war die Veranstaltung zu Ende.



II. Persönliche Reflexion des Projekts:

1. Elemente des Gelingens:

Die detaillierte **Vorbereitung** hat maßgeblich zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen. Im Vorfeld habe ich Flipchart, Moderationskoffer, Texte und Blätter sowie einen Ablaufplan des Abends vorbereitet. Letzterer gab mir Sicherheit bei der Durchführung. Die Arbeitsmaterialien und Übungen hatte ich versucht abwechslungsreich zu

gestalten, so dass auch immer wieder Zeit zum Reflektieren oder einfach zum Innehalten gegeben war.

Die **Einladung** schien mir in Inhalt, Kürze und Zeitabfolge für die Zielgruppe passend zu sein, da sich auch neue Eltern angesprochen fühlten und zu der Veranstaltung kamen. Die Eltern, mit Ausnahme der neuen, sind es von der Gruppe gewohnt ca. eine Woche vor der Gruppenstunde nochmals eine Einladung oder Ankündigung zu erhalten. Dies hatte sich auch für diesen Abend bewährt. Dass alle Elternteile die Bilder ihrer Kinder dabei hatten, führe ich auf die zweite Erinnerung zwei Tage vorher zurück und zeigte mir, dass die Eltern das Thema ernst nahmen und sich im Vorfeld zumindest kurz damit beschäftigt hatten.

Die erreichte Gruppengröße war mit acht Personen angenehm und für die geplanten Übungen genau richtig.

An einer Wand hatte ich die zehn bebilderten Dialogregeln angebracht mit der Absicht, dass die Eltern sich vor der Kennenlernrunde etwas einstimmen und schmunzeln konnten.



Die **Vorstellungsrunde anhand von Erinnerungsbildern**

lockerte die Gruppe schnell auf und erzeugte Nähe, da jeder bereit war die anderen an etwas sehr Persönlichem teilhaben zu lassen. Gemeinsam stellten wir fest, dass in dieser Runde die Großeltern eine ganz wichtige Rolle gespielt haben und in der Kindheit sehr prägend waren.

Mit der Vorstellung machte ich den Anfang, was hilfreich für das Verständnis war und sofort aufgegriffen wurde. Anhand der Bilder kamen wir direkt ins Fühlen. Dadurch dass jeder seinen eigenen Namen mit dem Bild auf das Flipchart schrieb, waren die Eltern auch etwas in Bewegung, was zur Lockerung beitrug.

Die **Zeitplanung** war insgesamt passend für den Inhalt des Abends und hat die Eltern nicht überfordert. Letztendlich habe ich dann 10 Minuten mehr benötigt als veranschlagt.

Das **Thema** selbst kam offenbar gut an, denn die Eltern waren sehr motiviert mitzuarbeiten. Der Austausch in der großen, ebenso wie in der Zweiergruppe, war sehr rege und getragen von Verständnis. Ich hatte das Gefühl, dass

an dem Abend alle Teilnehmer auf Augenhöhe waren. Dadurch entstand ein natürlicher Kommunikations-Fluss und ein ergänzendes Miteinander aller Eltern, getragen durch eine spürbar positive Grundhaltung.

Die Äußerungen in der Gruppe waren wertschätzend und von Respekt geprägt.

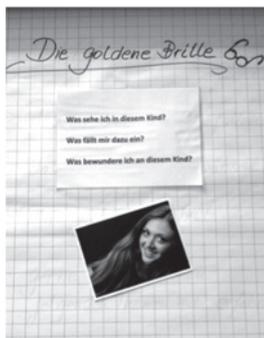
Diese dialogische Haltung und Umgangsform konnte jeder der Anwesenden spüren. Die Sitzordnung hat dies meines Erachtens sehr unterstützt. Denn so förderte es das aktive Zuhören und die Zugewandtheit. An anderen Gruppenabenden sitzen die Eltern an einem großen Tisch weiter auseinander; am Projektabend saßen wir im Halbkreis enger beieinander, sodass mehr Nähe entstand.

So konnten wir mit viel Spaß die Unterschiede zwischen Dialog und Diskussion beleuchten. Die Diskussion war für alle alltäglich und der Dialog viel weniger im Bewusstsein verankert, gerade in Bezug auf die oft schwierige häusliche Situation. Allein die Gegenüberstellung stimmte schon einige nachdenklich und rief sofort Assoziationen wach.

Somit war dies eine gute Vorbereitung und Einstimmung für die anschließende Übung in Zweiergruppen. Bisher war der Verlauf des Abends geprägt durch viel Interaktion und ohne Zeitdruck. Ich selbst war bemüht Ruhe auszustrahlen, trotz Blick auf die Uhr.

Deswegen hatte ich mir überlegt, was ich gegebenenfalls ausfallen lassen könnte, wenn es eng würde. Aber die Notwendigkeit bestand gar nicht. Eins floss ins andere.

Mit der Einladung zur Gruppenübung in Zweiertteams strebte ich die Erarbeitung eines Perspektivenwechsels an. Wir sind gestartet bei einer negativen Sichtweise und auffälligen sowie störenden Verhaltensweisen unserer Kinder, was uns auch ein schlechtes Gefühl bescherte.



Um nun den Perspektivenwechsel zu unterstützen hatte ich den Eltern ein Blatt an die Hand gegeben mit möglichen Ressourcen. Unter diesem positiven Blickwinkel tauschten wir uns dann nochmals im Team aus und beleuchteten die Eigenschaften. Alle haben sich also den Perspektivenwechsel im Team erarbeitet und anschließend die anderen daran teilhaben lassen. Die beschriebenen Karten wurden ausgelegt und konnten von allen in Ruhe betrachtet werden, bevor wir uns in der großen Gruppe darüber unterhielten, was das bei uns bewirkt hat.

An diesem Abend war das zentrale Thema „Achtsamkeit“, mir selbst und den anderen gegenüber. Durch unsere Achtsamkeit wurde die Wahrnehmung aller geschärft, was sich ganz besonders in der Übung „Schatzsuche mit der goldenen Brille“ zeigte. Dies waren besondere Augenblicke des Staunens über das Besondere in unseren Kindern. Alle Eltern traten in Beziehung zueinander, indem wir uns füreinander und unsere Kinder interessierten.

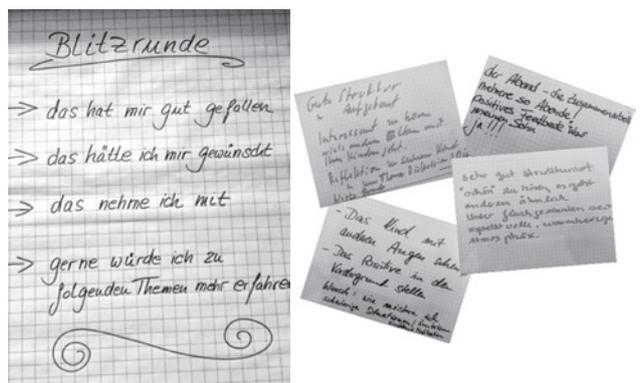
Jeder konnte sein Kind (wieder) mit offenen Augen und unvoreingenommen sehen ohne die verschleiernenden Alltagsmuster. Wir haben uns gefragt „Wie begegne ich meinem Kind?“ und damit wurde vielleicht bei dem einen oder anderen ein ganz persönlicher Prozess in Gang gesetzt.

Die drei Fragen waren der Schlüssel zu den Stärken der Kinder, die die Eltern in ihren Bildern sehen konnten. Ohne Fragestellungen wäre eine Reflexion sehr viel schwieriger gewesen. Als dann nacheinander alle Karten mit den Antworten laut vorgelesen und den Eltern als Geschenk überreicht wurden, konnten alle die Liebe darin spüren und wir alle haben es von Herzen genossen.

Einige Eltern folgten der Anregung die von den anderen Eltern überreichten Karten ihren Kindern als Geschenk zu verpacken.

Der geschützte Raum lud zum Erkennen von Eigen- und Fremdwahrnehmung ein. Im Verlauf des Abends nahm die Geschwindigkeit ab und das Maß an Reflexion zu. In der Erarbeitung der Unterschiede zwischen Dialog und Diskussion blitzte manchmal die Lust an Kontroversen auf.

Der Dialog miteinander war der Anfang eines Prozesses, der mit dem Ende des Abends noch lange nicht zu Ende war und der die Eltern gestärkt nach Hause gehen ließ.



Visionen / weiterführende Projektideen:

Die positiven Rückmeldungen der Eltern an dem Abend ermutigen in Abständen solche „Dialog-Abende“ durchzuführen. Die eigene Biografie in Augenschein zu nehmen, vielleicht verbunden mit einer Wendepunkt-Übung, könnte ein Thema für den nächsten Dialog-Abend sein.

Bezug zu den vermittelten Inhalten in der Weiterbildung:

■ Claudia Pauly

Ponycoach hilft AD(H)S-gestressten Eltern

„Ich liebe mein Kind – aber der Umgang mit ihm macht mich einfach fertig ...“ Eltern mit hyperaktiven oder hochsensiblen Kindern mit AD(H)S-Symptomen können ein Lied davon singen.

Um einen Ausweg aus der alltäglichen Chaos-Spirale zu finden, ist es wichtig, die Welt des betroffenen Kindes überhaupt erst zu verstehen. „Obwohl ich viel gelesen und viele Gespräche geführt habe, hatte ich keine Ahnung, was es für mein Kind bedeutet, AD(H)S zu haben“, erzählen Eltern oft. Wie erleben AD(H)S-Kinder ihre Umwelt? Warum lassen sie sich so leicht ablenken? Was bedeutet es für sie, sich in einer Gemeinschaft mit anderen Kindern zu bewegen? Warum reagieren sie auf ihre eigene Art und Weise? Wenn Eltern in die AD(H)S-Welt eintauchen, helfen ihnen diese Erlebnisse, ihr Kind und seine Reaktionen besser verstehen zu können. Das Wissen um die spezielle Wahrnehmung eines AD(H)S-Kindes ermöglicht mehr Verständnis.

Es hat sich beispielsweise bewährt, dass es Kindern mit AD(H)S-Symptomen hilft, wenn sie sich innerhalb klar vorgegebener Strukturen und einer stressreduzierten Umgebung bewegen können. Neben dem Einsatz von Tages- und Wochenplänen nehmen ganz besonders Konsequenz, Motivation und richtig dosiertes Lob und Belohnung einen großen Stellenwert in der Erziehung dieser besonderen Kinder ein. Viele Eltern versuchen dies bereits umzusetzen. Es gibt jedoch noch mehr, was sie tun können. Eltern sind sich ihrer Wirkung auf ihr Kind sehr oft nicht bewusst. Wenn die Körpersprache eine mündlich gegebene Anweisung nicht unterstützt, sondern vielleicht sogar das Gegenteil ausdrückt, werden AD(H)S-Kinder die für sie angenehmste Aussage lesen und gar nicht oder nicht wie gewünscht reagieren. Teilnehmer von theoriefundierten Weiterbildungen haben später in Alltagssituationen oft große Schwierigkeiten, sich an vermittelte Informationen und erarbeitete Handlungsmodelle zu erinnern und in einer Stresssituation mit ihrem AD(H)S-Kind abzurufen. Impulsive Reaktionen werden aus dem Unterbewusstsein gespeist und sind in stressigen Situationen selten bewusst kontrollierbar. Hier leistet das tierunterstützte Training einen großen Mehrwert.

Die Mutter/Vater-Kind-Kurklinik UNIVITA Gut Holmecke hat ein besonderes, tierunterstütztes Programm für das AD(H)S-Elterntaining entwickelt. Die Kinder sind beim Training nicht mit dabei, um sie emotional nicht zu belasten. Stattdessen helfen an ihrer Stelle Shetland-Ponys den Eltern, konfliktbehaftete Emotionen in Alltagssituationen selber soweit aufzudecken, wie sie bereit sind, Erkenntnisse zuzulassen.



Gut Holmecke und Gelände

Stimmungen, aber auch Gedanken, Gefühle und Glaubenssätze machen sich über unsere Körpersprache wie Mimik, Gestik, Körperspannung, Atmung bemerkbar und verraten viel über unseren innersten Seelenzustand. Equiden (pferdeartige Säugetiere) haben als Fluchttiere meisterliche Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeiten entwickelt. Diese Fähigkeiten, gepaart mit ihrem freundlichen, uns Menschen wohlgesonnenen Verhalten, nutzt Tabea Hettler als pädagogische Therapeutin bei Ihrer Arbeit auf Gut Holmecke: Co-Therapeuten sind ihre Shetland-Ponys. Durch ihr einfach strukturiertes, reaktives Verhalten decken die Tiere das auf, was oft tief verwurzelt und unerkannt in der Seele schlummert, aber dennoch Handlungen unerwünscht beeinflusst. Sie helfen uns, mit Hilfe der Therapeutin etwas über uns selbst zu erkennen, das uns so nicht bewusst war.

In der Trainingsgruppe wird mit Hilfe der pädagogischen Therapeutin jede Situation und deren Ursache individuell analysiert und ein Bezug zu Alltagssituationen mit dem eigenen Kind hergestellt. Die Auflösung eines Konflikts durch eine geeignete Verhaltensänderung wird dann zuerst mit dem Tier geübt und Erfolgserlebnisse werden genossen. Dieses Training ist so erfolgreich, weil es alle Sinneskanäle einbindet und Erfahrungen auf emotionaler Ebene gemacht und mit aktivem Tun kombiniert werden können. Theoretische Information verwandeln sich so in angewandtes Wissen.

Erziehende von Kindern mit AD(H)S werden dabei unterstützt, die Welt ihres Kindes nachzuvollziehen und sich ihrer zentralen Rolle in der Beziehung zu ihrem Kind bewußt zu werden. Die Erziehenden können erkennen, wie und bei welchen Situationen Unstimmigkeiten in ihrem Verhalten zu Problemen in der Beziehung zu ihrem Kind führen und wie sich diese meist sehr einfach auflösen lassen. Das Programm konzentriert sich primär auf die Beziehung der Erziehenden zu ihrem Kind. Doch auch bei schwierigen Kommunikationssituationen unter und mit Erwachsenen

hilft es, denn die Teilnehmer entdecken dabei viel über sich selbst – ihre im Innersten verborgenen, verdrängten und unentdeckten Glaubenssätze oder Ängste, mit denen sie sich selbst blockieren können.

**Ein Einblick in das Training:
Begegnungen der behaarten Art**

Muss man es ernst nehmen? Am anderen Ende des Stricks, den ich in der Hand halte, steht ein kleines Pony. Zusammen sollen wir über einen Baumstamm laufen. Ein Kinderspiel, denke ich. Ziemlich schnell merke ich, dass das niedliche Fellknäuel ein wahrhaft starrsinniges Eigenleben entwickelt. Es soll nicht fressen – und es frisst. Es soll laufen – und es stemmt seine Beinchen mit aller Gewalt in den Boden. „Bist Du Dir sicher, was genau Du mit dem Pony erreichen willst?“, fragt mich Tabea Hettler, die pädagogische Therapeutin, die das Kompetenztraining leitet. Na klar, sage ich. Es soll nicht dauernd Gras rupfen, sondern brav mit mir den Weg entlang laufen. WARUM macht es nicht, was ich will? Ich ziehe wieder mal genervt und so heftig ich kann am Strick, doch 200 kg Ponies zeigen sich völlig unbeeindruckt. Das kommt mir so bekannt vor ...



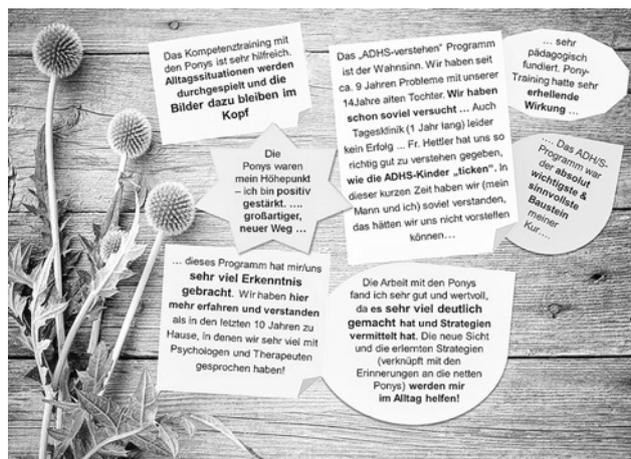
UNIVITA ADHS Eltertraining: Unstimmigkeit über den Weg, der gegangen werden soll



UNIVITA ADHS Eltertraining: Unstimmigkeiten beseitigt – alle fühlen sich wohl

Wenn ich mein AD(H)S-Kind um etwas bitte, gehorcht es in der Regel nicht. Mein Ton wird dann nach einigen Wiederholungen barscher und ich werde wütend, wenn nichts passiert – genau wie bei diesem ewig hungrigen Pony, das mich zu ignorieren scheint. „Haben Sie bemerkt, was Ihnen zurückgemeldet wurde?“. Ich bin so fixiert auf meine Anweisung, dass ich nichts bemerkt habe. Ich habe quasi mit mir selbst gesprochen. Ist meine Anweisung angekommen und verstanden worden? Kann sie überhaupt so ausgeführt werden, wie ich es will? „Ihre ganze Körpersprache hat signalisiert, dass das Pony stehen bleiben und fressen kann – außerdem ist der Baumstamm für das kleine Pony auch ein sehr hohes Hindernis, das schwer aus dem Stand zu nehmen ist.“ Wie bitte? Ich erkenne aufgrund dieser scheinbar festgefahrenen Situation: Wer verstanden werden möchte, muss selber auch verstehen können.

Mit dem eindrücklichen Training und den begleitenden Analysegesprächen in der Pony-Teilnehmergruppe ist es mir gelungen, die Ursache unserer Missverständnisse in meinem Verhalten zu finden. Und viel wichtiger: ich weiß nun, wie ich es besser machen kann.



UNIVITA ADHS Eltertraining: Tabea Hettler Feedback

Die Mutter/Vater-Kind-Kurklinik UNIVITA Gut Holmecke hat sich auf ganzheitliche Vorsorge und Verbesserung der Gesundheit spezialisiert. Tabea Hettler arbeitet dort als pädagogische Therapeutin und hat das tierunterstützte Programm „AD(H)S-verstehen“ konzipiert. Sie entwickelt es ständig weiter.

■ Dorothee Timm, www.univita.com

Kriterien zur Bewertung von Kliniken zur vollstationären Behandlung der ADHS

Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich

Name und Adresse der Klinik: UNIVITA Gut Holmecke, Holmecker Weg 50, 58675 Hemer-Ihmert

Kostenträger

Krankenkasse Rentenversicherung Berufsgenossenschaft anderer: Selbstzahler

1. Um welchen Klinik-Typ handelt es sich:

Klinik für Erwachsene

- Psychiatrische Klinik bzw. -Abteilung
 Psychosomatische Klinik bzw. -Abteilung
 Fachklinik für Suchterkrankungen
 Kur-Klinik bzw. medizinische und psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung } (Mutter-/Vater-Kind-
 Fach- oder Kur-Klinik für Erwachsene, in welche Kinder mit aufgenommen werden } Vorsorge-Einrichtung)

Klinik für Kinder bzw. Familien

- Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -Abteilung
 Psychosomatische Klinik bzw. -Abteilung
 Kinderklinik bzw. -Abteilung
 Kur-Klinik für Kinder ohne Begleitung von Erwachsenen
 Kur-Klinik für Kinder in Begleitung von Erwachsenen bzw. **Mutter/Eltern-Kind-Klinik**

2. Welche therapeutische Verfahren kommen in der Klinik zur Anwendung bzw. werden angeleitet?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie/BDT (Achtsamkeitstraining) | <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Verfahren | <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gesprächstherapeutische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychomotorische Verfahren | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entspannungsverfahren | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Ergo- und Kunsttherapeutische Verfahren | <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsnahes Coaching | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaftstherapie/Familientherapie | | |

3. Über welche spezifischen Kompetenzen in der Behandlung der ADHS verfügt die Klinik bzw. verfügen ihre Mitarbeiter?

a) Multiprofessionelles Team aus

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin,
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Facharzt für Pädiatrie, Psychologe,
 Psychologischer Psychotherapeut, approbierter Psychotherapeut, Therapeuten in drei oder mehr der unter Punkt 2 genannten therapeutischen Disziplinen, Sozialdienst für Erwachsene mit Kenntnissen in Nachbetreuung, Gesetzeslage, Arbeitsmarkt, Sozialdienst für Kinder mit Kenntnissen in Nachbetreuung, SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), Schule und Berufsbildung

b) Nachweis spezifischer Fortbildungen der Mitarbeiter im Bereich der ADHS

- Ausbildung in Klinikabteilungen oder Facharztpraxen mit wissenschaftlichem Renommee in der Behandlung der ADHS, Fortbildungen zum Thema ADHS, Zusammenarbeit mit Kliniken und/oder Universitätsambulanzen mit Erfahrung im Bereich der ADHS, Mitgliedschaft der behandelnden Ärzte und Therapeuten in ADHS-spezifischen Fach- und Betroffenenverbänden, Beteiligung von Mitarbeitern der Klinik oder Abteilung an Forschungsprojekten zum Thema ADHS

- c) Vorliegen eines schriftlichen Konzeptes zur Behandlung der ADHS für
 - Patienten, Fachleute, Krankenkassen; seit welchem Jahr liegt das Konzept vor? **2012**
 - Wann wurde das Konzept zum letzten Mal aktualisiert? **Dezember 2013**
- d) Vorliegen eines schriftlichen Behandlungsplans für die Dauer des Aufenthaltes mit Aussagen zu
 - Therapiebausteinen, Häufigkeit und Dauer der Therapiebausteine, Zusammenhang des therapeutischen Angebots mit der ADHS-Symptomatik (Angaben zum spezifischen Nutzen), Nachsorgeangeboten,
 - Hinweise auf Selbsthilfegruppen
- e) Kompetenzen in der Behandlung häufiger komorbider Erkrankungen (Ja, im Rahmen der Vorsorge)
 - Depression, Angststörung, Zwangsstörung, Tic-Störung (u.a. Tourette), Störung aus dem autistischen Formenkreis, Ess-Störung, Psychosomatische Erkrankung, Persönlichkeitsstörung (u.a. Borderline) oder Störung des Sozialverhaltens, (auch Dissoziale Persönlichkeitsstörung) Lern- und Leistungsstörung, Sucht-Störung (Rauchen, Alkohol, illegale Substanzen)

4. ADHS-spezifische Elemente in der Behandlung:

- a) Aufklärung über das Störungsbild (Ursache, Symptome, individuelle und soziale Folgen)
- b) Aufklärung über nachweislich zur Behandlung der ADHS geeignete therapeutische Verfahren
 - Medikation, Psychotherapeutische Verfahren, Familientherapeutische Verfahren,
 - andere therapeutische Verfahren, Coaching, Sport, Erziehungsberatung und Elterntaining
- c) Medikation mit Stimulanzien, Antidepressiva, Neuroleptika, Beruhigungsmitteln, Schlafmittel, Homöopathischen Mitteln und/oder Naturheilmitteln
- d) ADHS-spezifisches Coaching u.a. mit den folgenden Themen
 - Begabungen und Ressourcen, Selbstorganisation im Alltag, Ordnung im Haushalt und am Arbeitsplatz bzw. Schule, Freundschaft und Beziehung, finanzielle Belange einschließlich Schuldner-Beratung, Zeitmanagement, Förderung von Alltagsfertigkeiten,
 - Kenntnisse von Gesetzeslage und Leistungen von Krankenkassen, Arbeits- und Sozialamt

5. Einbezug von externen Personen und Institutionen in die Behandlung:

- a) Einbezug von Familienangehörigen, Partnern und/oder nahestehenden Freunden in die stationäre Behandlung
- b) Einbezug von vor- und nachbehandelnden Ärzten und/oder Therapeuten in die stationäre Behandlung
- c) Einbezug von Institutionen/Einrichtungen in die stationäre Behandlung
 - Schule bzw. Arbeitgeber, Jugendamt, Sozialamt, Arbeitsamt, Private Anbieter von ADHS-spezifischem Coaching, Partnerschafts- und Familienberatung, Erziehungsberatung und Elterntaining
- d) Einbezug von Vereinen (u.a. Sportvereinen) und/oder organisierten Freizeitangeboten
- e) Einbezug von ADHS-Selbsthilfegruppen

6. Angebote und Hinweise zur Nachbehandlung:

- a) Die Klinik bzw. die Abteilung bietet eine ambulante Nachsorge für Patienten an
 - Ambulante ärztliche Betreuung durch Klinikärzte, Ambulante (psycho-)therapeutische Behandlung durch Kliniktherapeuten, Verschreibung von Medikation nach Entlassung aus der stationären Behandlung,
 - Notfallkontakt zu durch die stationäre Behandlung vertrauten Klinikmitarbeitern, Unterstützung durch den Klinik-Sozialdienst nach dem Ende der stationären Behandlung
- b) Die Klinik bzw. Abteilung verfügt über ein Behandlungskonzept, das eine erneute stationäre Aufnahme zur Fortsetzung der Therapie nach Ablauf einer bestimmten Zeit vorsieht
- c) Die Klinik stellt die im Verlauf der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse, nachbehandelnden Fachleuten (F) und/oder dem Patienten (P) zur Verfügung in Form von (P) Kurzarztbrief bei Entlassung dem Patienten mitgeben, (F) zeitnaher Arztbrief an nachbehandelnde Fachleute (innerhalb von 4 Wochen)
 - (P) (F) Arztbrief Testbefunden, (P) (F) mündlicher Beratung bzw. kollegialer Rücksprache,
 - (P) (F) telefonischer Verfügbarkeit für Nachfragen
- d) Einladung zu Nachtreffen von Patienten einer Therapie-Gruppe möglich
- e) Einladung zu Fortbildungsveranstaltungen
- f) Einladung zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. zur Erforschung der Wirksamkeit von Therapieverfahren bei ADHS)
- g) Verweis an lokale Selbsthilfegruppen

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Berlin, 15.12.2015

Liebe Mitglieder,
hiermit laden wir Sie gem. § 7 der Vereinssatzung ein zur

ordentlichen Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e. V.
AZK Arbeitnehmer-Zentrum Königswinter
Johann-Albers-Allee 3, 53639 Königswinter
am Samstag, dem 23.04.2016, um 16:00 Uhr

Tagesordnung:

1. Begrüßung, Feststellung der form- und fristgerechten Einladung und Beschlussfähigkeit
2. Feststellung der Tagesordnung
3. Bericht des Vorstandes / Geschäftsbericht 2015
4. Bericht der Schatzmeisterin (Kassenbericht 2015/Haushaltsplan 2016)
 - 4.1 Bericht der Kassenprüfer
 - 4.2. Genehmigung des Kassenberichtes
5. Entlastung des Vorstandes
6. Wahl der Kassenprüfer
7. Erhöhung des Mitgliedbeitrages um 5,- Euro auf 45,- Euro
8. Verschiedenes

Erläuterung zu TO 7: Wie bereits auf der Mitgliederversammlung am 18.04.2015 in Bruchsal von der Schatzmeisterin angekündigt wurde, soll der normale jährliche Mitgliedsbeitrag von 40,00 Euro ab 01.01.2016 um 5,00 Euro auf 45,00 Euro erhöht werden.

Begründung:

Der Mitgliedsbeitrag ist seit neun Jahren unverändert.

Aufgrund der immer größeren Anforderungen an die Geschäftsstelle (Mitgliederverwaltung, Newsletter, Organisationen von Fortbildungsveranstaltungen etc.) fallen immer mehr Überstunden an, so dass die Stundenanzahl der Mitarbeiterinnen dringend erhöht werden müssen. Ebenfalls stehen steigende Ausgaben in allen Bereichen an, u. a. Mitgliedschaften in der BAG Selbsthilfe, Versicherungen, Miete, etc. Auch das verbesserte Leistungsangebot der letzten Jahre (Telefonberatung, Emailberatung, Broschüren etc.) ist ehrenamtlich allein und mit Fördermitteln dazu auf die Dauer nicht zu leisten. Um weiterhin den qualitativen hohen Standard unseres ehrenamtlichen Engagements zu leisten, ist es daher notwendig, den normalen Mitgliedsbeitrag um ein angemessenes Maß zu erhöhen.

Der Vorstand hat deshalb am 17.04.2015 beschlossen, den Mitgliedsbeitrag ab 01.01.2016 um 5,00 Euro zu erhöhen. Die Mitgliederversammlung wird hiermit gebeten, diesem Beschluss zuzustimmen.

Da in der Satzung keine Aussagen zu Mehrheitsbeschlüssen geregelt sind, zählt die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Die Stimmenthaltungen und die ungültigen Stimmen zählen nicht (§32 Abs. 1 Satz 3 BGB). Lt. Satzung soll der Mitgliedsbeitrag für das lfd. Jahr bis zum 31.03. des Jahres bezahlt werden.

Aufgrund der notwendigen Zustimmung und Beschlussfassung der Mitgliederversammlung zu der geplanten Beitragserhöhung wird der Beitrag für das Jahr 2016 erst nach der am 22.04.2016 stattfindenden ordentlichen Mitgliederversammlung eingezogen.

Weitere Einzelheiten zur gesamten Veranstaltung entnehmen Sie bitte dem Flyer, den wir in dieser Ausgabe unserer Vereinszeitschrift **neue AKZENTE** verschicken. Sie können den Flyer auch auf dem Internet herunterladen oder in der Geschäftsstelle anfordern.

Wir freuen uns, Sie zahlreich in Königswinter begrüßen zu dürfen.

Herzliche Grüße



Für den Vorstand
Hartmut Gartzke

Wir bedanken uns herzlich für die Spenden und Fördergelder im Jahre 2014

Wir erhielten auf Bundes- sowie auf Landesebene folgende Spenden (kein Sponsoring) und Fördermittel nach § 20c SGB V seitens der Krankenkassen, der Industrie und Privatpersonen zur Unterstützung unserer Selbsthilfearbeit:

Förderstelle	Fördart	Bundesverband €	LG Berlin €	LG BW €	LG Bayern €	LG Bremen €	LG Hamburg €	LG Hessen €	LG NI €	LG NW €	LG ST €	LG SH €	LG TH €
GKV Gemeinschaftsförderung	Pauschalförderung	32.000,00	2.500,00	7.016,00	4.200,00	0,00	8.550,00	2.250,00	1.920,00	4.900,00	0,00	5.617,00	0,00
Krankenkassen Individuelle Förderung	Projektförderung												
KKH-Allianz		133.535,00							500,00				
AOK			4.000,00				2.006,90						
Barmer GEK		3.300,00											
BKK		5.600,00					3.491,65		500,00				
IKK Classic				9.371,37			1.506,85		450,00				
VdEK (einschl. TK)							1.000,00						
Summe KK		174.435,00	6.500,00	16.387,37	4.200,00	0,00	16.555,40		3.370,00	4.900,00	0,00	5.617,00	0,00
Pharmafirmen													
Medice		500,00											
Shire		3.000,00											
Verschiedene	Freie Spenden für RG	4.550,00		200,00									
Verschiedene	Spenden	4.370,00					2.000,00			125,10			
Stiftung		7.500,00											
Insgesamt		194.355,00	6.500,00	16.587,37	4.200,00	0,00	18.555,40	2.250,00	3.370,00	5.025,10	0,00	5.617,00	0,00

Der Beirat des ADHS Deutschland e. V. stellt sich vor

Wissenschaftlicher und therapeutisch-pädagogischer Beirat

Der ADHS Deutschland e. V. hat laut § 11 der Satzung einen wissenschaftlichen Beirat, der den Vorstand in wissenschaftlichen Fragen, insbesondere im medizinischen Bereich, aber auch in anderen Disziplinen berät und unterstützt. In den letzten Jahren hat der Vorstand festgestellt, dass es neben den wissenschaftlichen Fragestellungen, die für unsere evidenzbasierten Positionen von besonderer Bedeutung sind, auch sehr viele Fragen gibt, die in die

Kompetenz von erfahrenen Praktikern fallen.

Daher wurde die Satzung mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 22.03.2014 dahingehend erweitert, dass zusätzlich zum wissenschaftlichen Beirat ein therapeutisch-pädagogischer Beirat analog zu § 11 eingerichtet wurde.

Wir stellen Ihnen nach und nach in den folgenden Ausgaben unserer *neue AKZENTE* unseren wissenschaftlichen und therapeutisch-pädagogischen Beirat vor:



Professor Dr. Marcel Romanos

Professor Dr. Marcel Romanos

Ich bin seit Oktober 2008 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Seit April 2012 bin ich auf den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg berufen worden und leite die dazugehörige Klinik (www.kjp.ukw.de).

ADHS ist mein Hauptforschungsbereich und ich habe zu dem Thema habilitiert.

Ich bin in nationalen und internationalen Verbänden organisiert im Bereich der Psychotherapieforschung sowie der Neurobiologie der ADHS.

Der Kontakt und Austausch mit den Angehörigen- und Betroffenenverbänden ist mir sehr wichtig, diese pflege ich seit vielen Jahren.

Ich bin verheiratet, meine Frau ist ebenfalls Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und wir haben 3 Kinder.

Loben bewirkt einen Motivationsschub bei ADHS

Studie am Forschungszentrum Jülich und der RWTH Aachen belegt positiven Effekt bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörung

Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter. Jetzt haben Wissenschaftler am Forschungszentrum Jülich in einer Studie neue Erkenntnisse im Umgang mit der Erkrankung gewonnen. Ihre Ergebnisse könnten entscheidenden Einfluss auf die Motivation der Kinder nehmen. Untersuchungen der Neuropsychologin Professor Kerstin Konrad, die am Institut für Neurowis-

senschaften und Medizin in Jülich und an der Uniklinik der RWTH Aachen forscht, zeigten, dass Kinder mit ADHS viel deutlicher als ihre nicht erkrankten Altersgenossen auf Belobigungen reagieren.

„In der Studie wurden Kinder unterschiedlicher Gruppen in einem Magnetresonanztomografen (MRT) untersucht“, erklärt Projektleiter Dr. Gregor Kohls. Die Studie fand im Rahmen seiner Doktorarbeit statt. Getestet wurden 16 Kinder mit ADHS, 17 typisch entwickelte Kinder und 15 Kinder mit einer sogenannten Autismus-Spektrum-Störung. Die Wissenschaftler stellten einfache Aufgaben, während sie

Aufnahmen im MRT fertigten. Wichtig war: „Wir haben den Kindern Belobigungen in Aussicht gestellt“, erklärt Kohls. Das konnte ein Lächeln, Geld oder auch eine kleine Belohnung sein.

Nun ging es darum, wie sich die Kinder verhalten. Welche Unterschiede sind in der Gehirnaktivität festzustellen? Waren Aktivitäten im ventralen Striatum, dem Kerngebiet der Motivation, erkennbar?

Das Ergebnis hat die Forscher verblüfft: Auf der Verhaltensebene verhielten sich alle Kinder gleich. Doch auf der neurobiologischen Ebene traten Unterschiede auf.

Die ADHS-Kinder reagierten auf Belobigungen wie auf Geldgeschenke gleich gut. Die typisch entwickelten Kinder dagegen besonders stark auf Geld. Die an Autismus Erkrankten wiederum waren weder mit Geld noch mit sozialen Anreizen zu gewinnen. „Diese Kinder haben oft Spezialinteressen“, erklärt Kohls. Hier gelte es herauszufinden,

was das für Interessen sind.

Was sich im Ergebnis so einfach anhört, war für die Kinder in der Testphase sehr schwierig. Gerade Autisten leiden häufig unter einer Angststörung, sagt Kohls. Und wer schon einmal im MRT untersucht wurde, weiß, wie laut das Gerät sein kann. Daher befragten die Wissenschaftler die Eltern, ob sich das Kind konzentrieren, längere Zeit liegen könne oder Platzangst habe.

In einem Vorbereitungstermin lernten die Kinder das Gerät kennen. ADHS-Kinder fallen gerade mit Unruhe auf. Im MRT mussten sie still liegen, sonst verwackelten die Bilder. Die Wissenschaftler lösten das Problem, indem sie kurze Aufgaben stellten. Der Aufwand hat sich gelohnt. Nun ist gesichert, Lob steigert die Motivation und kann als therapeutisches Mittel bei ADHS-Kindern eingesetzt werden.

■ Daniela Mengel-Driefert

Quelle: *Aachener Zeitung*, 23.06.2015

Landesgruppe Niedersachsen/Bremen Norddeutschland-Treff an der Weser gut besucht

Gelungenes ADHS-Symposium in Bremen

Das zweite September-Wochenende ist für Norddeutschlands Regionalgruppenleiter des Bundesverbandes ADHS Deutschland e. V. seit Jahren fest verankert. Dann herrscht Symposiums-Zeit. Dieses Jahr direkt an der Weser. „Bremen erstmals als Veranstaltungsort zu nehmen, diese Idee entstand vor zwei Jahren“, verrät Ellen Köster-Schmidt, Leiterin der ADHS-Selbsthilfegruppe Lemwerder. Damals trafen die Norddeutschen im niedersächsischen Helmstedt zusammen. 2014 schließlich, im Rahmen eines Berliner Symposiums, übergaben die ADHS-Organisatoren den offiziellen Auftrag quasi direkt von der Spree an die Weser. Die Bremer ADHS-Selbsthilfegruppen hatten bis dato allerdings längst erste Veranstaltungsräumlichkeiten, Referenten und Hotelzimmer für die Anreisenden vorreserviert, mit Erfolg nahe beieinander und alles zentral gelegen, nämlich rundum die Bremer Volkshochschule in der Faulenstraße. Dort sollte ein letztendlich überaus gelungenes Symposium über die Bühne gebracht werden. Neben dem eigentlichen Samstagvormittags-Symposium, das öffentlich für viele ADHS-Interessierte zugänglich gewesen ist, gab es für die angereisten Selbsthilfegruppenleiter obendrein eine Gruppenleiterschulung. „ADHS in jedem Alter – immer voll integriert?“, lautete der Titel des Bremer Symposiums, das von den Bremer Selbsthilfegruppen gemeinsam mit Margit Tütje-Schlicker (Sassen



Das Bremer Orga-Team

burg/Kreis Gifhorn), der Landesgruppenleiterin Bremen/Niedersachsen des ADHS-Bundesverbandes, organisiert und geleitet wurde. Sämtliche Vorbereitungen seitens der Beteiligten des Selbsthilfeverbandes erfolgten ehrenamtlich. Ein eigentlicher Knochenjob, der aus Bremer Sicht aber auf den Schultern von Ursula Grube-Wilhelm und ihrer Stellvertreterin Jenny Singh, den Leitern der Regionalgruppe „AD(H)S-Erwachseneninitiative Bremen“ sowie Ronald Schmidt und Ellen Köster-Schmidt (Lemwerder/„Elterninitiative A.D.S für Bremen und Umgebung“) bestens verteilt war. Ob man mit ADHS tatsächlich in jedem Alter voll integriert sein kann, das kristallisierte sich spätestens

im Verlauf der drei Vorträge heraus; allesamt kurzweilig, aber überaus informativ.



Margit Tütje-Schlicker und Dr. Eckard Ziegler-Kirbach

„Moin!“, schallte es vorab jedoch am Anfang einer kurzen Begrüßungsrede von ADHS-Landesgruppenleiterin Margit Tütje-Schlicker durch den Sitzungssaal der Volkshochschule. Dann sorgte Dr. Eckard Ziegler-Kirbach, Kinderarzt aus Bremerhaven, für den Referatsauftakt. Er sprach über ADHS in der Vorpubertät und gab den Eltern hilfreiche Methoden im Umgang mit ihren Kindern an die Hand. Im zweiten Vortrag schilderten Dirk Lehrke-Alpers und Michael Krüger, beide vom Berufsbildungswerk Bremen (BBW), wie es gelingen kann, damit ADHS-Jugendliche oder junge ADHS-Erwachsene mithilfe des Berufsbildungswerkes eine erfolgreiche, berufliche Ausbildung absolvieren. Im letzten Vortrag, vor immer noch voll besetzter Zuhörerkulisse, gab Thomas Middendorf, Chefarzt der Schön Klinik Bad Arolsen,



Dirk Lehrke-Alpers und Michael Krüger, Berufsbildungswerk Bremen (BBW)

einen Einblick in die Symptomatik der ADHS im Erwachsenenalter und die dadurch entstehende Problematik.

Ellen Köster-Schmidt: „Ein geiles Wochenende!“

Zum Abschluss der Veranstaltung gab es die Möglichkeit, den Referenten Fragen zu stellen und mit den anwesenden Regionalgruppenleitern ins Gespräch zu kommen. Nach den sonntäglichen Workshops für die ehrenamtlich arbeitenden Selbsthilfevertreter, einer davon unter anderem von Kinderarzt Ziegler-Kirbach, endete das zweitägige Symposium mit einem positiven Resümee. „Wir vier können sagen, dass es ein tolles Wochenende war“, meinten Ursula Grube-Wilhelm, Jenny Singh, Ronald Schmidt und Ellen Köster-Schmidt zwar etwas geschafft aber zufrieden dreinblickend unisono. „Ein geiles Wochenende!“, entfuhr es der Lemwerderanerin Köster-Schmidt, die den an sich gemeinsamen Schlussspruch prompt laut und deutlich toppte. Typisch ADHS eben.

■ Frank Häusler

Das Schöne an Veranstaltungen für ADHS-Betroffene ist, ...

**dass sie meist anders kommen, zudem als man denkt
... am Beispiel der Jugendveranstaltung in Hambrücken**

ADHS - Anderthalb Dage Hambrücker Sein
Okay, das hier soll keine Nachhilfestunde für Legastheniker werden. Auch kein Kurs für angehende Dichter, wie man besonders lustige Auflösungen für Abkürzungen schafft. Schließlich ist dieser Text auch nicht als kleine Lektion über die verschiedenen deutschen Dialekte gedacht, obwohl am

18. und 19. April 2015 zur Hambrücker Lokalsprache (ein angepalztes Badisch) noch zahlreiche andere Idiome aus ganz Deutschland dazugekommen waren. Wer jetzt schon anfängt zu lachen, weil er die Buchstaben m und t nicht auseinanderhalten kann, der schlage jetzt schnell mal im Wörterbuch nach, was ein Idiom ist – das Wort mit t am Schluss werden die meisten ja aus eigener Anwendung bereits gut kennen ...

Irgendeine Überschrift musste ich für den Artikel hier ja finden. Im Flyer zu den „Ersten Hambrücker ADHS-Tagen“ hatte gestanden, dass es sich um eine Jugendveranstaltung für 11-13-Jährige handelt. Das stimmt, auch wenn man den ADHS-Betroffenen, wie Supermärkte die Notwendigkeit zur Passkontrolle beim Kauf von Alkohol und Zigaretten freundlich umschreiben, das Alter häufig gar nicht ansieht. So war am Samstag, dem 18. April, auch ein recht diverses Grüppchen in den Räumen der Hambrücker Grundschule zusammengekommen: nette Mädchen, deren Lebensschiffchen noch auf Bastelkurs war; wilde Jungs, mutmaßlich bezahlt vom Einzelhandel, mit der Mission, möglichst viele PET-Flaschen durch Zerstörung vor ihrer Rückgabe an den Pfandsammelstellen zu bewahren; und coole Vertreter beiderlei Geschlechts, deren Aufmerksamkeit und auch die sonstige kognitive Leistungsfähigkeit größtenteils auf ein Smartphone ausgelagert waren. Keine schlechte Voraussetzung, um etwas über sich und andere zu erfahren. Das Schöne an Veranstaltungen für ADHS-Betroffene ist, dass sie meist anders kommen, zudem als man denkt. So hatten wir Organisatoren uns im Vorfeld von ADHS-Tagen und Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e. V. Gedanken darüber gemacht, wie man 50 oder auch ein paar mehr Kinder, Jugendliche und so-ziemlich-fast-ganz-Erwachsene während eineinhalb Tagen beschäftigen könnte, die ihre Eltern mit dem Lauschen kluger Vorträge verbringen wollten. Dass es schließlich mehr als 100 Nachwuchschaoten (nein, nicht alle waren/sind chaotisch, und ja, auch das Chaos hat seinen ganz eigenen Charme) werden sollten, welche Hambrücken und das Umland unsicher machten, war vier Wochen vor Anmeldeschluss bereits abzusehen, jedoch uns bescheiden Denkenden, den Launen der (ADHS-)Natur vertrauenden Menschen – wie konnte es sein, dass praktisch alle angemeldeten Familien tatsächlich auch kamen und den modernen Navigationssystemen sei Dank, auch nach Hambrücken fanden???? – nicht in den Sinn gekommen.

So war uns in den Tagen vor der Veranstaltung klar geworden, dass das zunächst geplante Scotland-Yard-Spiel so nicht würde stattfinden können. Da waren plötzlich zu viele Kinder und Jugendliche in einem (die Hambrücker mögen diese Anmerkung verzeihen) zu kleinen Ort, um einem Mr. X die Chance zu geben, sich vor den marodierenden Horden zu verstecken. Im Nachhinein erwies sich die Größe von Hambrücken dann jedoch als genau richtig, nachdem sich einige junge Teilnehmer während des alternativen Stationen-Spiels abgesetzt hatten, um eigenen Beschäftigungen nachzugehen. Dies jedoch ist eine andere Geschichte und soll weiter unten erzählt werden, fügt sich allerdings trefflich an den Hinweis auf die PET-Flaschen an, denn dank deren fortwährender Bearbeitung waren auch diese Jungs an jeder Stelle der Ortschaft akustisch gut aufzufinden.

Am Anfang stand das gemeinsame Handwerk. Zwei Spiele

sollten geschaffen werden, ein „Make & Break“ aus großen Styroporquadern sowie ein überdimensioniertes Mikado. Hätte der gleichermaßen hilfsbereite wie geduldige Hausmeister der Grundschule (vielen herzlichen Dank an dieser Stelle!) vorab gewusst, was in den uns zur Verfügung gestellten Klassenzimmern stattfinden sollte, hätte er es sich vielleicht noch mal überlegt, den wilden Horden Einlass in sein Reich zu gewähren. So aber entnahm er zunächst den freundlich-vorsichtigen Anfragen der Betreuer, ob es denn im Schulhaus einen „leistungsfähigen Staubsauger“ gebe, dann auch in Augenschein, was just in jenen Räumen vor sich ging, die doch eigentlich dazu dienten, Kinder in eine Welt der Ordnung einzuführen: alphabetisch geordnete Buchstaben, aufsteigend geordnete Zahlen, melodisch angeordnete Noten und symmetrisch angeordnete Tische.

Letztere waren jedoch nach kurzer Zeit größtenteils an die Wände verschoben. Die in der Mitte verbliebenen Exemplare dienten als Werkbänke, auf welchen dicke Styroporplatten in Quader zersägt, zerschnitten, gespalten, zerrupft, gesprengt wurden. In einem anderen Zimmer verwandelten sich Holzstäbe in große Mikadohölzer, ein Mittelding aus künstlerisch gestalteten Esstättchen und mittelalterlicher Ritterlanze. Rund um die werktätige Jugend – so sollte der Unterricht in Schulen viel häufiger sein! – stob das Styropor in alle Richtungen, setzte sich das Sägemehl in der Kleidung fest, zierte die Farbe nicht nur die neu geschaffenen Kunst- und Spielobjekte, sondern auch Hände, Gesicht und Mobiliar.

Dennoch brachte das Ende des Vormittags ein mehr oder weniger nutzbares „Make & Break“ sowie ein vielseitig nützliches Mikadospiele hervor. Vielleicht ist doch etwas an den evolutionsbiologischen Theorien zur ADHS dran, insbesondere den Überlegungen des Amerikaners Thom Hartmann, der vor 30 Jahren schrieb, die ADHS-Betroffenen seien die Nachfahren der altsteinzeitlichen Jäger und Sammler im Gegensatz zu den Farmern der neolithischen Revolution (nochmals etwas zum bildungsbeflissenen Nachlesen ...). Immerhin ließen sich die Mikado-Stecken auch prima für archaische Nahkämpfe benutzen, während die doch recht variablen Formen der Styroporquader selbst den Bau einfacher Kultstätten, wie sie vor 10.000 Jahren erstmals in Afrika, dem Nahen Osten und Kleinasien entstanden, kaum möglich gemacht hätten.

Um das Stationen-Spiel am Nachmittag einzuleiten, ging es zunächst um gute Gründe, sich als ADHS-Betroffener zu mögen bzw. gelegentlich auch nervig zu finden. Dazu sollte man in die Mitte des Kreises treten, traf die Aussage auf einen selbst zu. Schlossen sich viele der Teilnehmer leichten Argumenten an, warum auch ADHS-Betroffene genug Anlass geben, sie zu mögen, sei es aufgrund ihrer Ausdauer, ihrer Hilfsbereitschaft oder ihrem Einsatz für andere, überraschte das allseitige Eingeständnis, bisweilen

Fehler zu machen und sich unangemessen zu verhalten. In der Mitte des Kreises stand ein von Sitzbänken umgebener Baum, deren Plätze sich auch dann füllten, galt es beispielsweise zuzugeben, dass man bereits einmal während eines Wutanfalls etwas zerstört habe, einen Lehrer bzw. eine Lehrerin mit Schimpfwörtern belegte, andere zum Weinen brachte oder etwas gestohlen hatte. Mag sein, die lauschtigen Bänkchen sowie das staunende Publikum trugen das ihre dazu bei, die eine und andere Sünde stolz sowie ohne erkennbare Reue vorzutragen, doch blieb die Runde eine erstaunliche Reflexion dessen, was viele ADHS-Kinder und Jugendliche gut können, aber auch, wo sie Grenzen überschreiten und manchmal auch scheitern.

Am Nachmittag folgte das Stationen-Spiel. In vier Gruppen zogen die Jungen und Mädchen zu vier Stationen innerhalb und außerhalb von Hambrücken, wo die unterschiedlichsten Aufgaben zu bewältigen waren. Stand das motorische Geschick der meisten ADHS-Betroffenen außer Frage – einzelne imponierten gar mit einem Salto rückwärts von der Schulhaustreppe –, fielen das Lösen von Rätseln, eine genaue Wahrnehmung sowie die Kim-Spiele doch deutlich schwerer. Eine Truppe von Jungs entschloss sich schließlich, keine weitere Station mehr anzusteuern, sondern vielmehr den örtlichen Tierbestand mit allem zu befüllen, was die umliegende Natur hergab, sowie die zur Vermeidung einer Dehydrierung mitgeschleppten Plastikflaschen zu quälen. Gut für die Tiere, dass es nicht andersherum war. Gut vielleicht auch für die Jungs selbst, denn wer weiß, mit was sie die Plastikflaschen gerne alternativ zum Wasser gefüllt hätten ...

Wie es sich für gute ADHSler gehört, waren am Abend alle zumindest ein bisschen erschöpft, gaben es jedoch nicht umfassend zu und traten am nächsten Tag in gewohnter Frische zum Schmugglerspiel an. Dieses fand in einem Waldstück jenseits des Baches statt, der ein paar Häuser (Hambrücken) von ein paar Bäumen (Wald) trennt. Geschmuggelt wurden Plastikbecher, die, unbeschadet und ohne den im Wald versteckten Zöllnern in die Hände zu fallen, über eine Grenzlinie gebracht werden mussten. Erschien der Mehrzahl der Jungen und Mädchen der Beruf des abenteuerlichen Schmugglers zunächst ungleich näher zu sein als der des rechtschaffenen Zöllners, weshalb bei Spielbeginn die meisten der „bösen Seite der Macht“ zuneigten, so weckte das Spiel mit der Zeit doch einen unerwartet leidenschaftlichen Sinn für Recht und Gesetz.

Man muss sagen, dass einzelne Teilnehmer eine erstaunliche Kenntnis an den Tag legten, wie eine gründliche und zugleich doch einigermaßen sittliche Leibesvisitation durchgeführt wird. Gleichermäßen bemerkenswert war die Bereitschaft, sich für ein regelhaftes Sozialgefüge einzusetzen, sobald man den Zöllnern zugehörte, wohingegen

die Tätigkeit als Schmuggler nicht nur an sich, sondern über die Regeln des Spiels hinaus die menschliche Neigung stimulierte, den aktuellen Handlungsspielraum zum eigenen Vorteil diskret auszudehnen. Am Ende jedoch erging es den Plastikbechern nicht anders als den Plastikflaschen: War ihr Dienst, das Schmuggelgut zu repräsentieren, getan, büßten sie jeden Eigenwert ein. Das aber ist eine andere Geschichte, die bereits weiter oben erzählt wurde ...

Am Ende der eineinhalb Tage kann für die 11-13-Jährigen festgestellt werden, dass drei Jahre Altersspanne nicht nur für mindestens zehn Jahre Entwicklungsspanne stehen, sondern die ADHS oft auch eine besondere, im eigentlichen Sinne kindliche Qualität des Sich-einlassen-Könnens mit sich bringt, die jede Reife überdauert. Nicht selten wird betont, wie kreativ die ADHS-Betroffenen seien. Kreativität wird dann stets mit fundamentalem Anderssein gleichgesetzt. Dabei sind viele ADHSler nicht zuletzt kreativ darin, aus einer gegebenen Situation etwas für sich zu machen. Vielleicht stimmt es ja, dass die Gesellschaft von heute laute und wilde Kinder weniger schätzt als dies in früheren Zeiten der Fall war. Allerdings ist die Gesellschaft selbst in gewisser Hinsicht wilder und lauter geworden: immer mehr Informationen und eine stets schrillere Aufbereitung, zudem überall auf Tablets und Smartphones verfügbar, wie dies vor zehn Jahren noch niemand sah und erwartete.

Angesichts dieser massiven Veränderungen sind die Kinder und Jugendlichen von heute, egal ob mit oder ohne ADHS, den Kindern früherer Zeiten erstaunlich ähnlich geblieben. Am Ende war es unter fast 50 Teilnehmern eine Fraktion von nurmehr drei Jungs, denen das Leben auf dem Smartphone spannender erschien als jenes mit Handwerk, beim Fußballspielen auf der Wiese oder beim Schmuggeln im Wald. Die aber hätten auch vor 50 Jahren eher an der Außenseite des Wirtshausfensters geklebt, um den Alten neidvoll beim Trinken zuzuschauen, statt auszuprobieren, ob man nicht durch kleine Dienste, Charme, Humor und Witz dazu käme, etwas aus den Krügen und Flaschen für sich abzubekommen. Doch da sind wir schon wieder so gefährlich nah am Thema der Plastikflaschen, dass ich fast ein bisschen aufpassen muss, dass der geneigte Leser weder sich langweilt noch auf die falschen Gedanken gebracht wird ...

Vielen Dank allen Betreuern (Isabell, Svenja, Stefan, Jakob, Max & Marcel für die Gruppe der 11-13-Jährigen sowie der Jugendlichen ab 14 Jahren) sowie den Organisatoren vor Ort (Kirsten, Sabine und all die anderen), die es möglich gemacht haben, dass wir alle für eineinhalb Tage zu glücklichen Hambrückern wurden!

■ Dr. Johannes Streif

Teilnehmer der Selbsthilfegruppen „Lichtblicke“ verabschieden Ulrike Vlk, RG Mönchengladbach

Vor mehr als 15 Jahren hat Frau Ulrike Vlk die Selbsthilfegruppen für Eltern betroffener Kinder und selbst betroffener Erwachsener in Mönchengladbach mit viel Engagement und Herz ins Leben gerufen und jahrelang geleitet. Sie war in der Zeit für viele Menschen der Mensch, der ihnen den Mut zum Weitermachen und Durchhalten gegeben hat, der, der versteht, der, der ein offenes Ohr hatte. Immer auf Augenhöhe und nie mit erhobenem Zeigefinger. – „Eben der Mensch, der anderen gut tut!“

Zum Ende diesen Jahres wird Frau Vlk auch die Gruppenleitung der Erwachsenengruppe an Frau Bärbel Becker-Ahrens abgeben. Frau Raffaella Backus wird Frau Becker-Ahrens zunächst unterstützen und dann die Leitung der Elterngruppe übernehmen.

Stellvertretend für alle Teilnehmer unserer Selbsthilfegruppen möchten wir gerne an dieser Stelle einige zu Wort kommen lassen:

Hallo Frau Vlk.

Auf diesen Weg möchte ich Ihnen DANKE sagen.

Danke für Ihren Rat, Empfehlungen, Erfahrungen und Tipps, die Sie stets gerne weitergegeben haben. Ich habe Sie als sehr gute Zuhörerin schätzen gelernt, die dann mit einem sehr hohen Fachwissen ganz gezielt Hilfestellungen geben konnte. Es war auch schön zu hören, wenn Sie von Ihren eigenen Erlebnissen in Ihrer Familie erzählt haben.

Sie haben viel dazu beigetragen, dass die Treffen stets kurzweilig, abwechslungsreich und hilfreich waren.

Ihre Hilfe und Unterstützung ging und geht immer noch über die Treffen der Selbsthilfegruppe weit hinaus.

Auch wenn ich es gut verstehen kann, dass Sie kürzer treten, werden Sie für mich eine große Lücke zurück lassen.

Alles Gute und nochmals vielen Dank sagt Ihnen R. Schröder.

Danke, liebe Frau Vlk!

Als ich mit 64 Jahren 2008 mit der „Diagnose“ ADHS unter dem Arm nach Krefeld gezogen bin, suchte ich neben einschlägiger Literatur nach Informationsquellen in Form einer Selbsthilfegruppe ADHS bei betroffenen Erwachsenen – und fand nichts. Ich habe dann notgedrungen selbst eine solche Selbsthilfegruppe „ADHS für betroffene Erwachsene“ gegründet. Als Leiter einer solchen Gruppe ist es schwierig, gleichzeitig etwas für sich selbst zu tun; also habe ich weitergesucht und schließlich die Gruppe „Lichtblicke“ in Mönchengladbach gefunden.

Schon bei meiner ersten Teilnahme 2009 habe ich mich aufgehoben gefühlt und festgestellt, dass ich Glück gehabt hatte, weil meine Symptome zufälligerweise zu meinem Leben „gepasst“ haben. Und ich habe auch feststellen können, dass ich manches in meiner Gruppe weitergeben kann. Seit 2009 habe ich nahezu alle Treffen „mitgemacht“ und immer wieder davon profitiert, dank des Engagements von Frau Vlk, ihrer Kompetenz und ihrer freundlichen, ausgeglichenen Art.

Es ist schade, dass sich Frau Vlk nach 15 Jahren nunmehr aus der Gruppenarbeit zurückziehen möchte. Nochmals – Danke für Alles, liebe Frau Vlk.

Uwe Mühlig

Zu Ulrike kann ich nur sagen:

*Sie ist eine sensationelle Persönlichkeit, ein toller Mensch, der mir in der Zeit der Ratlosigkeit viel Klarheit, Hoffnung, Zuversicht und Freude bereitet hat. Ich habe von Ihr viel Fachwissen erhalten, so dass die Krankheit ADHS für mich verständlich wurde und ich besser damit klar kam. Ich weiß nicht, was ich vor 15 Jahren gemacht hätte, wäre ich nicht durch Zufall in die Selbsthilfegruppe „Lichtblicke“ gekommen: Wie DAS Wort schon sagt LICHTBLICKE. Genau so war es gekommen. Sie hat die Gruppe gefüllt und wir haben geweint, gelacht und Spaß gehabt. **Danke liebe Ulrike, danke für alles.** Ich wünsche dir für deine Zukunft alles erdenklich Gute. Ich denke gerne an die schönen Stunden in Hehler zurück.*

Bleib so wie du bist und ich bin eine der Ersten, die dein Buch (welches du immer mal schreiben wolltest) kaufen und lesen werden. Natürlich nur mit Unterschrift. In diesem Sinne hoffe ich von dir bald wieder zu hören.

Ganz lieben Gruß

Sabine Hillenbrands mit Familie

Der Anfang – ein Telefonat

Guten Tag Frau Vlk, ich habe ihre Telefonnummer aus dem Internet, sie wissen weshalb ich sie anrufe.

Ihre Worte

„ADS/ADHS Menschen sind besondere und liebevolle Menschen mit großem Herzen“

„Ohne ADS/ADHS Menschen wäre die Welt langweilig und nicht so weit.“

Das waren die Aussagen/Gedanken in unserem ersten Telefonat.

Diese Gedanken waren für mich wichtig, taten mir gut, trösteten mich und gaben mir Halt, in meinem damaligen Chaos.

Liebe Frau Vlk, Sie vermittelten mir in einer sehr sensiblen, einer ganz besonderen Art – Ruhe.

Zu diesem Zeitpunkt war das ein Geschenk, was heute noch wirkt. Ich möchte hier alle ermuntern durch Anwesenheit, Erfahrung und Gedankenaustausch sich weiterhin an der Selbsthilfegruppe zu beteiligen, um denen, die Informationen, Tipps und Halt benötigen, das zu geben, was wir alle bisher von Frau Vlk und Frau Becker-Ahrens bekamen.

Herzlichen Dank Frau Vlk!

M. Ruf

Ich möchte mich bei Frau Vlk von Herzen bedanken, dass sie vor 15 Jahren diese Gruppe für Menschen gründeten, die nicht wussten, was sie mit sich anfangen sollten. Ich bin seit ca. zwei Jahren selbst Teilnehmer der Gruppe und fahre von Düsseldorf immer gerne nach Mönchengladbach. Schon beim ersten Treffen, bei dem ich äußerst nervös war, fühlte ich, dass ich richtig bin. Die Gruppe hat mir immer sehr geholfen und vielleicht beruht das auf Gegenseitigkeit.

Frau Vlk und Frau Becker-Ahrens haben immer ein offenes Ohr für alle Fragen und stehen mit Ideen, Informationen und aufmunternden, aufbauenden und ermutigen Worten zur Seite.

Da ist mir auch der Weg von Düsseldorf kein bisschen zu weit.

R. Simon

Liebe Uli, auch vielen Dank von mir. Ich kam vor ungefähr 10 Jahren das erste Mal in Deine Selbsthilfegruppe und fühlte mich sofort wohl und verstanden. Es waren irgendwie Treffen mit Suchtfaktor. Nachdem Du mich dann mehr oder weniger „gefreiwilligt“ hast, dich in der Gruppenleitung zu unterstützen, gab es kein Zurück mehr. Danke für Deine Offenheit, Ehrlichkeit und Freundschaft. Die Zusammenarbeit mit dir hat mir immer viel Freude bereitet. Raffaella und ich werden versuchen, die Gruppen in deinem Sinne weiter zu leiten. Es werden sich sicherlich Dinge ändern, wie sie sich auch schon in den letzten Jahren verändert haben, aber den Geist, den du in die Gruppen gebracht hast, werden wir versuchen zu erhalten.

Im Namen aller Teilnehmer der Selbsthilfegruppen wünschen wir dir für deine Zukunft alles, alles Gute!

■ Raffaella Backus, Bärbel Becker-Ahrens

„Pippi Langstrumpf“ ist eines der berühmtesten „ADHS-Kinder“

Sie sind rastlos, reden ununterbrochen, spielen den Klassenclown ... gleichzeitig sind sie kontaktfreudig, neugierig, witzig und ideenreich. So beschrieb Universitätsprofessor Dr. Marcel Romanos von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPPP) in Würzburg Kinder mit der ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung.

Prof. Dr. Marcel Romanos

Silvia Stein, Regionalgruppenleiterin des ADHS Deutschland e. V. der Selbsthilfegruppe „ChaosTreffen“ in Würzburg hatte gemeinsam mit Manuela Meinhardt vom Lokalen Bündnis für Familie „Arnsteiner Netz“ zu einer Fortbildungsveranstaltung eingeladen. Rektor Thomas Schlereth von der Michael-Ignaz-Schmidt-Realschule war gerne bereit, das Schulfoyer für die Veranstaltung zur Verfügung zu stellen. Hausmeister Klaus Schlötterlein sorgte für den reibungslosen organisatorischen Ablauf.

Über hundert Interessierte, Lehrer, Pädagogen, Erzieher waren zu der Veranstaltung gekommen, was zeigte, dass Pädagogen die Thematik ADHS erkennen und die richtige Umgangsweise mit den Kindern erreichen möchten. In ihrer Begrüßung gab Silvia Stein eine Neuinterpretation

des ADHS, die ihr von einer selbst betroffenen jungen Frau übermittelt wurde. ADHS könne auch „Anders Denken Handeln Spüren“ bedeuten.



Im Bild v.l.: Die Rektorin der Grundschule Arnstein, Barbara Kinskofer, Rektor der Michael-Ignaz-Schmidt-Realschule Thomas Schlereth als Hausherr, Veranstalterin Silvia Stein von ADHS Deutschland e. V., Referent Prof. Dr. Romanos, KJPPP Würzburg, Veranstalterin Manuela Meinhardt, lokales Bündnis für Familie „Arnsteiner Netz“, Sophie Albert, Studentin für Psychologie und der Rektor der Mittelschule Arnstein, Fabian Forster.

Zu Beginn seines Vortrages gab Professor Dr. Romanos eine klare Ansage: „Eine Schuldfrage gibt es im Umfeld von ADHS-Betroffenen nicht“ – damit entlastete er Eltern, die sich immer wieder die Frage stellen: „Was habe ich falsch gemacht?“ Bereits in der Säuglings- und Kinderpsychologie ließen sich erste Anzeichen einer ADHS-typischen Symptomatik erkennen. Dazu würden häufiges Schreien, sich nicht füttern lassen, Umtriebigerkeit, oppositionelles Verhalten, Sensibilität, Ängstlichkeit gehören.

„Kinder, die zudem unter Trennungsängsten und dem Verlust der Eltern leiden, würden nicht selten ein hohes Risiko zu Panikattacken in sich tragen“, so der Referent. Es sei wichtig, präventiv tätig zu werden, damit sich in der Adoleszenz keine zusätzlichen psychiatrisch bedeutsamen Veränderungen einstellen. Die Diagnostik sage viel über das Kind aus und wichtig, so der Psychiater, sei die Zusammenarbeit mit den Schulen.

„Pippi Langstrumpf möchte man nicht in der Klasse haben“ – provozierte Professor Romanos die Zuhörer. Durch Zappeligkeit und Konzentrationsstörungen würden ADHS-Kinder nach und nach zu Außenseitern in der Klasse. Zunächst fänden Mitschüler deren hyperaktives Verhalten witzig; mit der Zeit aber nervig. Die Ausgrenzung beginnt, das Mobbing nimmt seinen Lauf.

ADHS gibt es weltweit in allen Strukturen, so Marcel Romanos. Die Prävalenzentwicklung sei über die letzten 30 Jahre hinweg stabil geblieben. Bedenklich sei, dass nur die Hälfte der diagnostizierten Kinder dann auch behandelt wird, viele Eltern wollen diese Diagnose nicht akzeptieren. Als wichtige Maßnahme beschrieb der Professor das Elterstraining, bei dem die Eltern in die Rolle des Kindes gehen. So könnten Gefühle wie „Mein Kind will mich fertig machen“ vermieden werden.

Hohe Erblichkeit

Ein verhaltensauffälliges Kind könne ein ganzes Schulsystem aus den Fugen bringen, so Romanos. Er erläuterte den Zuhörern den Unterschied zwischen ADHS und Impulskontrollstörung und gab statistische Erfassungen über die Suizidgefährdung und Neigung zum Drogenmissbrauch oder Adipositas von nicht behandelten, erkrankten Kindern bekannt. Dies sei möglicherweise auch durch die verminderte Impulskontrollfähigkeit bedingt.

Zwillingsstudien hätten ergeben, dass bei ADHS eine hohe Erblichkeit mit 75-80 Prozent vorliege. Umweltfaktoren hätten relativ wenige Einfluss auf die Entwicklung dieser Störung.



RS-Foyer mit Zuhörern

Derzeit gäbe es keine Alternative zu den Medikamenten mit dem Wirkstoff Methylphenidat, die schon seit den 30er Jahren auf dem Markt sind, sagte Professor Dr. Marcel Romanos. Er selbst könne in seinen Forschungen auf große Behandlungserfolge in der Kombination Therapie und Medikament verweisen, wobei nur etwa die Hälfte der behandelten Kinder dieses Medikament bekommt.

Im Workshop stellten die anwesenden Pädagogen fest, dass es nur dann möglich sei, den ADHS-Kindern die notwendige Aufmerksamkeit zu geben, wenn auch die Strukturen dafür geschaffen seien. Dazu gehöre ein personeller Mehraufwand, da die Kinder nicht ohne Aufsicht bleiben dürften. Für die Lehrkräfte sei es ein großer Spagat, den nötigen Unterrichtsstoff zu vermitteln und im Gegenzug den verhaltensauffälligen Schülern genügend Raum für Bewegung und Auszeit zu geben.

Personeller Mehraufwand nötig

Beim Austausch ging es nicht nur um Hilfen für Lehrer und Erzieher, sondern vor allem auch um die Frage, wie den Kindern zu helfen ist. Wichtig sei, sich von dem äußeren Verhalten der Kinder loszulösen, um ihnen Wertschätzung geben zu können. Es müsse vermieden werden, dass es zu einer Stigmatisierung der betroffenen Kinder komme. Dieser Kraftakt sei nur gemeinsam mit Eltern, Lehrern und Therapeuten zu meistern.

Am Veranstaltungsende dankte Manuela Meinhardt Universitätsprofessor Dr. Marcel Romanos für seine hervorragenden Ausführungen und allen, die zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen hatten, wie auch REWE Keckstein für das kostenlose Obst.

■ Silvia Stein, Manuela Meinhardt

Workshop „Präsentation des ADHS Deutschland e. V. in der Öffentlichkeit“ vom 16.10. – 18.10.2015

... „Ich würde ja schon gerne mal in die Schulen gehen und dort erzählen, was es mit dem ADHS so auf sich hat. Das Wissen ist da, aber wenn ich daran denke, was mich dort erwartet ...

Und so einen Vortrag zu halten und dann vielleicht noch eine PowerPoint Präsentation zu erarbeiten, das traue ich mir nicht zu.“

Als ich diese Zeilen gelesen hatte, dachte ich nur: „Ja, genauso sieht's bei mir auch aus!“

Meine Erwachsenengruppe in Buxtehude war noch relativ frisch, als ich im Februar diesen Textausschnitt las. Dieser war Teil einer Einladung zu einem Workshop des ADHS Deutschland e. V., in dem vermittelt werden sollte, wie man eine PowerPoint-Präsentation hält.

Dieser Workshop sollte innerhalb eines Wochenendes die nötigen Grundlagen an interessierte RG-Leitungen vermitteln, die nötig sind, um eine „ADHS-thematisierte“ PowerPoint-Präsentation vor Publikum abzuhalten, wie z. B. vor LehrerInnen und Eltern einer Schule oder ErzieherInnen in Kindertagesstätten.

Ich war gleich Feuer und Flamme, denn natürlich wollte ich gerne souverän vor Publikum referieren können, „was es eigentlich mit ADHS so auf sich hat.“ Authentische Aufklärungsarbeit leisten zu können, da hatte ich richtig Lust zu. Also hatte ich mich gleich mal für den Workshop angemeldet. Am schlimmsten war natürlich den Zeitpunkt abzuwarten. Ich war neugierig, weil ich noch nie an so einer Art Seminar teilgenommen hatte und war schon sehr gespannt auf den Inhalt.

Am Freitagabend, dem 16.10.2015, trafen wir Workshop-Interessierten uns mit den – extra für diese Fortbildung geschulten – RG-Leiterinnen Sonja Adam (RG Lindlar), Kirsten Riedelbauch (RG Bruchsal) und Margit Tütje-Schlicker (RG Sassenburg) in Münster, in der (wirklich ganz tollen!!) Jugendherberge am Aasee.

Auch wenn viele staugeplagt ankamen, war die Atmosphäre unter den Workshop-Teilnehmern und Leiterinnen von Anfang an doch locker und freundlich.

Für mich persönlich hatte dieses Seminar den positiven Nebeneffekt, dass man mal so viele Gleichgesinnte auf einem Fleck treffen konnte! Auch Frau Festini aus dem Büro in Berlin und Frau Schüpferling aus dem Büro in Forchheim waren zu diesem Workshop gekommen, um bei dieser Premiere dabei sein zu können. Und die Menschen hinter den

Telefonstimmen kennenlernen zu dürfen, war gerade für die Teilnehmer, die bisher noch nicht das Vergnügen gehabt hatten, wirklich sehr schön.

Der Freitagabend galt dem ersten Kennenlernen und nach einer kurzen Vorstellungsrunde und der Besprechung des am Sonnabend folgenden Workshop-Programmes traf man sich noch zum gemütlichen Teil im Foyer der Jugendherberge. Eine Gelegenheit, die einem als Besucher von ADHS-Mitgliederversammlungen und Symposien oft in der Hektik nicht gegeben ist. Es war ein wirklich sehr netter, erster Abend.

Ins Eingemachte ging es dann am Sonnabend. Nach dem Frühstück frisch ans Werk bzw. Thema: PowerPoint-Präsentation ... Bis dato war ich als IT-Null froh, wenn ich meinen Laptop zu Hause auf- und zuklappen konnte, ohne größere Katastrophen zu verursachen. Noch immer war ich skeptisch, wie es in der doch sehr kurzen Zeit möglich sein sollte ahnungslosen Menschen wie mir „beizupulen“, wie man sich denn selbstbewusst vor eine fremde Menschenmenge hinstellt und das Thema ADHS vermittelt ...

Wie gehe ich mit Leuten um, die vielleicht anfangen Fragen dazwischenzurufen, wenn ich da vorne stehe und eh schon total nervös bin? Und was mache ich, wenn ich den Faden verliere? Oder die Technik versagt? Und davon mal abgesehen: Meine Stimme hört sich nicht gerade an wie die der Dame von der Tagesschau ... Doch die drei RG-Leiterinnen hatten ihre Hausaufgaben gemacht und schnell stellte sich heraus, dass alle Besucher des Seminars im Großen und Ganzen dieselben Ängste und Fragen mit sich herum trugen und dass es eigentlich für jedes dieser Probleme eine Lösung geben sollte.

Es war quasi, neben der PowerPoint-Präsentation als solche, ebenso Hauptteil des Seminars, sich der Wirkung seines eigenen Auftretens bewusster zu werden. Innerhalb kleiner Gruppen wurden Mini-Vorträge erarbeitet, die anschließend als Tonaufnahmen aufgezeichnet wurden. Sinn und Zweck war es, die genannten Ängste zu entkräften. Viele Menschen mögen nicht unbedingt die eigene Stimme hören, so wie man sich oft selbst auf Fotos total doof findet. Doch in der kleinen Gruppe war es möglich sich in einem geschützten Umfeld gegenseitig zu reflektieren, und das gegenseitige Feedback war überraschend positiv. Auch wenn ich selbst immer der Meinung war, ich hätte keinen norddeutschen Akzent „räusper“, wurde mir dies jedoch, nach der gruppeninternen Analyse der kurzen Aufzeichnung meiner Stimme, diagnostiziert und darüber

hinaus – zu meiner eigenen Überraschung – als sehr angenehm beschrieben. Auch, dass (obwohl ich bis dato total anderer Meinung gewesen war) ich meinen Text mit fester Stimme und durchaus überzeugend vorbringen konnte.

Im Prinzip (außer dem Variieren der einzelnen, jeder für sich ganz tollen Akzente) war dies bei jedem Teilnehmer des Workshops festzustellen. Und ich habe für mich persönlich die gute Erfahrung sammeln dürfen, dass auch andere Menschen über sich selbst oft negativere Eindrücke haben, als sie von anderen wahrgenommen werden. Unsicher ist jeder mal mehr und mal weniger und das ist es, was jeden einzelnen menschlich macht.

Natürlich könnte ich Euch als Leser jetzt noch viel mehr verraten, was es in diesem tollen Workshop zu lernen gab, der so manche meiner verbliebenen grauen Zellen zum Dampfen gebracht hat. Es wurde ja nicht nur sonnabends gelernt, sondern auch Sonntag noch bis Mittag ... Aber ich will ja nicht die Spannung nehmen ... Wer als RegionalgruppenleiterIn nicht gerade von Haus aus Profi auf dem Gebiet der PowerPoint-Präsentation ist (weil er es vielleicht beruflich öfter macht), sollte sich in keinem Fall die nächste Gelegenheit für diesen speziellen Workshop entgehen lassen!

Ich weiß nicht, was für mich wichtiger war in diesem Workshop; Die Vermittlung des Wissens, WIE ich eine PowerPoint-Präsentation gestalte und vorführe oder dass wir innerhalb des Workshops über uns selbst lernen durften:



v. l. n. r. Workshop-Leiterinnen Margit Tütje-Schlicker, Kirsten Riedelbauch, Sonja Adam

Unsere Selbstwahrnehmung ist eine völlig andere als die Fremdwahrnehmung! Dass man sich selbst oft viel zu viele Gedanken darüber macht, dass man auf andere einen negativen Eindruck machen könnte.

Es war auf jeden Fall die weite Reise nach Münster wert und ich kann es nur jeder RG-Leitung ans Herz legen, dieses Seminar zu besuchen, falls man selbst bisher immer zu unsicher war, was das Referieren über das Thema ADHS vor fremden Publikum angeht.

■ Andrea Behrens

RG Norderstedt – ADHS-Gesprächskreis Norderstedt für Kinder- und Jugendthemen

Jahresbericht 2014

(Anzahl der Teilnehmer jeweils ohne Leitung)

Januar (10 Teilnehmer)

Im Januar-Treffen hatten wir vier neue Teilnehmer, die sich über den November und Dezember „angesammelt“ haben. Dadurch wurde der Termin zu einem großen (Wieder-)Kennenlern-Termin. Aus diesem Treffen sind viele Neue in die Gruppe gekommen, die inzwischen fester Bestandteil sind.

Februar (7 Teilnehmer)

Im Februar-Treffen haben wir versucht positiv ins Jahr zu starten, indem alle Eltern auf einem Papier zusammengefasst haben, welche positiven Eigenschaften ihre ADHS-Kinder haben.

Ziel war es den Eltern zu verdeutlichen, dass bei allem

Stress, den wir teilweise mit unseren Kindern haben, unsere Kinder auch sehr viele positive Eigenschaften haben.

Auf diese Aufgabe gab es viel positive Rückmeldung. Es kam der Wunsch auf, solche Übungen häufiger zu machen.

März (2 Teilnehmer)

Unseren März-Abend haben wir auf Wunsch einiger Teilnehmer einmal den Vätern gewidmet. Sie sollten diesmal zusammen mit ihren Frauen zum Abend kommen. Leider wurde das Angebot nur von zwei Vätern in Anspruch genommen und die Mütter, deren Männer nicht kommen konnten, waren vermutlich verschreckt. Auch die Männer, die sonst gelegentlich am Gesprächskreis teilnehmen, waren diesem Vorhaben gegenüber kritisch eingestellt.

Alles in allem lohnt sich eine Wiederholung nicht.

Einer der Männer hat durch das kurzfristige Auftauchen von Andrea Winckler – Leiterin des Gesprächskreises für Erwachsene – aber den Kontakt zu diesem bekommen und ist nun regelmäßiger Teilnehmer in diesem Gesprächskreis.

April – Gesprächskreis (8 Teilnehmer)

Im April hatten wir einen normalen Gesprächskreis mit den üblichen Themen Schule und Therapien. Es wurde viel über das Für und Wider der Behandlung von frühkindlichen Reflexen gesprochen und es wurde das Thema Neurofeedback diskutiert.

Ferner wurden Details des anstehenden Ausflugs geklärt, wie z. B. wer welche Salate/Brote etc. mitbringt.

Eine Teilnehmerin stand vor einer Klassenkonferenz bezüglich ihres Sohnes, bei der sie sich (alleine) vor der versammelten Lehrerschaft äußern sollte. Das hinzugezogene Jugendamt konnte krankheitsbedingt keine Hilfe leisten. Die Gruppe hat sie darin bestärkt auf eine Verschiebung des Termins zu bestehen und sich nicht auf den „heißen Stuhl“ setzen zu lassen. (Anm.: Wie sich hinterher herausstellte, war der Termin schlussendlich wegen Krankheit der Klassenlehrerin verschoben worden. Inzwischen hat das Kind die Schule gewechselt und ist an der neuen Schule erfolgreich.)

April – Ausflug (20 Erwachsene/14 Kinder)

Bericht über unseren Ausflug zum Erlebniswald Trappenkamp am 13.04.2014:

Anfang April machten wir bei noch recht kühlem, aber trockenem und sonnigem Wetter unseren Ausflug zum Erlebniswald Trappenkamp. Wir trafen uns mittags und hatten zwei Grillhütten gebucht. Gestartet wurde daher auch am reichlich gedeckten Salatbuffet und mit leckerem Grillfleisch, das jeder für sich selber mitgebracht hatte. Es entstanden viele Gespräche, bei denen sich auch die Männer austauschten und die Kinder schlossen Freundschaften. Alle stellten fest, dass die anderen ja auch ganz normale Familien waren und der Zusammenhalt in der Gruppe wuchs dadurch enorm. Anschließend wurde der Wald und Spielbereich in kleinen Grüppchen erkundet. Viele waren bei der Flugvorführung der Greifvögel dabei. Gegen 15:30 Uhr trafen wir uns zum Kaffee und Kuchen wieder bei den Grillhütten. Es wurde weiterhin heiß über ADHS diskutiert und das Thema Schule nahm, wie auch an unseren Abenden, eine große Rolle ein. Gegen 17:00 Uhr machten sich dann alle glücklich auf den Heimweg.

Mai (3 Teilnehmer)

Der Mai-Gesprächskreis wurde nur von zwei neuen und einer langjährigen Teilnehmerin mit inzwischen erwachsenen Kindern besucht. Wir vermuten, dass die geringe Beteiligung der Tatsache geschuldet war, dass der Ausflug erst kurz zuvor stattgefunden hatte.

Das Feedback der „Neuen“ zu diesem Gesprächskreis war

jedoch trotzdem positiv, da sie nun die ganze Aufmerksamkeit der Leitung genießen konnten. Eine dieser Teilnehmerinnen ist inzwischen Teil der „festen“ Gruppe.

Juni (4 Teilnehmer)

Der Termin ist trotz der relativ geringen Teilnehmerzahl für die Anwesenden sehr hilfreich gewesen, da die Mischung mit einer normalerweise extrem ruhigen Teilnehmerin, die nun einmal zu Wort kam, einem Vater und einer weiteren Teilnehmerin spannend war.

September (10 Teilnehmer)

Der September-Gesprächskreis war nach den Sommerferien gut besucht. Durch die lange Sommerpause und die nun wieder gestartete Schulzeit entstand ein intensiver Austausch.

Der Gesprächskreis war geprägt von einer Einzelsituation, bei der u. a. Polizei, RTW und psychiatrische Auffangstationen thematisiert wurden.

Aufgrund des großen Interesses der anderen Teilnehmer, wie man in extremen Situationen korrekt reagiert, haben wir im Nachgang versucht, über den Verein an Informationen über schnelle und umsetzbare Soforthilfen zu gelangen.

Die Fragestellung haben wir auch zu unserer GK-Leiter-Schulung mitgenommen, um Hilfen an die Hand zu bekommen. Dort hat uns insbesondere die RichterIn aus dem Verein weiterhelfen können.

Ferner haben wir als Folge für nächstes Jahr einen Wing Tsun-Workshop geplant, bei dem die Eltern von ADHS-Kindern lernen können, mit aggressivem Verhalten der Kinder gegenüber den Eltern umzugehen und dieses geschickt und ohne eigene Aggression abzuwehren.

Oktober (8 Teilnehmer)

Im Oktober haben wir als Gastrednerin Frau Nicole Klopenburg (Betroffene, Mutter von ADHS-Kindern und Lehrerin an der Stadtteilschule Rissen) gehabt.

Beim Surfen im Internet sind wir auf den Artikel „Five Don'ts and Ten To Do's“ bei der Unterrichtung von AD(H)S-Kindern aus 2006 gestoßen, der aber immer noch aktuell ist.

Um die Veröffentlichungsrechte des Artikels für unsere Website zu klären, haben wir versucht Kontakt mit der Schreiberin aufzunehmen. Das hat erstaunlicherweise schnell geklappt und Nicole hat sich sofort bereit erklärt, dass wir ihren Artikel auf unserer Internetseite veröffentlichen dürfen. Darüber hinaus hat sie uns auch angeboten, bei einem der nächsten Gesprächskreise dabei zu sein. Dieses Angebot haben wir sofort genutzt und sie zu diesem GK eingeladen.

Sie als Mutter von mehreren ADHS-Kindern und Selbstbetroffene hat uns einen sehr lebhaften diskussionsintensiven Abend erleben lassen. Da sie selber Lehrerin ist, konnte sie uns aus vielfältigen eigenen Erfahrungen, Herangehens-

weisen und Ritualen noch viele Informationen und Verhaltensvorschläge aufzeigen. Sie konnte insbesondere die Probleme mit ADHS-Kindern aus der Lehrerperspektive veranschaulichen und hat so geholfen Vorurteile und Kommunikationsbarrieren abzubauen.

Die meisten Eltern wollen die neuen Impulse auch als Gesprächs-/Informationsgrundlage für die eigenen Eltern-Lehrer-Gespräche nutzen.

Besonders nachhaltig blieb bei einigen Eltern, die von Nicole erwähnte VW-Regel „Aus **V**orwürfen werden **W**ünsche“ hängen. Statt sich gegenseitig Vorwürfe zu machen, was alles nicht klappt, solle man lieber Wünsche äußern, welche Änderungen man sich vom Anderen wünscht. Diese Regel hilft nicht nur bei Eltern-Lehrer-Gesprächen, sondern auch in Partnerschaften und im Umgang mit den Kindern.

Ihr Besuch hat unseren Gesprächskreis sehr bereichert und wir bedanken uns, dass dieses so spontan möglich war.

November (8 Teilnehmer)

Im November haben wir wieder eine kleine Übung gemacht. Wir haben auf einem Zettel notiert, welche Eigenschaften unser ADHS-Kind von uns geerbt hat. Anschließend haben wir in Kleingruppen die Ergebnisse besprochen. Ziel war es den Eltern zu zeigen, dass die Kinder gar nicht so viel anders sind als wir Eltern. Es sollte das Vertrauen in uns und unsere Kinder gestärkt werden, dass unsere Kinder ihren Weg machen, genauso wie wir Eltern das tun.

Die Diskussionen liefen dann auch schnell weg von den Kindern hin zur Selbstreflektion und dadurch zu der gewünschten Erkenntnis.

Leider bleibt bei solchen Abenden mit Übung immer zu wenig Zeit zum „Reden“, was auch von den Teilnehmern bemängelt wurde. Auf der anderen Seite fanden alle den Abend gut und wichtig und wollen so etwas wiederholen. Einen Ausweg aus dem Dilemma wusste keiner ...

November – Ausflug (12 Erwachsene/10 Kinder)

Bericht über unsere Kegelmanifestation am 23.11.2014
Nach dem erfolgreichen Frühjahrsausflug nach Trappenkamp, wollten wir auf jedem Fall in diesem Jahr noch eine weitere Gruppenveranstaltung durchführen, um den Gruppenzusammenhalt weiter zu stärken und den Kindern und Eltern die Möglichkeit zu geben, die angebahnten Kontakte zu intensivieren.

Nach ausführlicher Recherche von Marion, ob für unseren Gruppenausflug mit Eltern und allen Kindern nun Bowling oder Kegeln besser geeignet wäre, einigten wir uns dann sehr schnell auf das Kegeln. Die für uns für drei Stunden am Nachmittag reservierte Bahn in Norderstedt lag etwas abseits vom „Hauptgeschehen“ des Bowling- und Kegel-

centers. Somit hatten wir einen für unsere Veranstaltung optimalen Raum bekommen.

Der Raum wurde sogar noch mit weiterem Mobiliar ausgestattet, so dass für alle genug Platz an den weihnachtlich geschmückten Tischen vorhanden war. In den ersten zwei Stunden wurde dieser jedoch kaum benötigt, da sich das Geschehen auf das Kegeln konzentrierte. In familiengemischten Gruppen wurden Tannenbäume „abgekegelt“ und eine Schneckenjagd durchgeführt. Mit viel Eifer waren die Eltern und Kinder dabei, die geforderte Anzahl der umzuwerfenden Kegel zu erreichen, wobei auch die aller kleinsten Geschwisterkinder ihren Anteil und Spaß hatten.

In den Spielpausen war genug Zeit, so dass sich die Kinder untereinander weiter kennenlernen konnten und über das Engagement bei der Sache sich zu Teams entwickelten. Auch wir Eltern konnten uns wieder gut austauschen und haben sicher das eine oder andere Mal wieder feststellen können: Aha, den Eltern geht es genauso, auch eine ADHS-typische Verhaltensweise.

Nach einer gemeinsamen Stärkung aus der Restaurantküche wurde es kurzfristig noch turbulent, da dann bei den Kindern teilweise die Konzentration nachließ und der Reiz des Neuen und Spannenden vorbei war. Durch eine Betreuung mit Regeln konnte jedoch noch eine Kinderrunde gespielt werden.

Zum Abschluss der Veranstaltung bekamen die Kinder noch eine Weihnachtstüte, nicht nur mit Leckereien, sondern auch mit jeweils einem kleinen Knobelspiel, das hoffentlich bei der einen oder anderen Heimfahrt die Kinder noch beschäftigt hat.

Uns hat der Ausflug Spaß gemacht, als Verbesserung für die nächste Veranstaltung würden wir uns wünschen, dass die Eltern bei der Betreuung der eigenen Kinder aktiver wären.

Dezember (9 Teilnehmer)

Trotz der Jahreszeit, die in Familien/bei Eltern immer für viel Stress sorgt, war der spontan einberufene, nicht eingeplane Gesprächskreis sehr gut besucht.

Wir haben uns, nachdem im November-Kreis das Reden zu kurz kam, auf das Reden beschränkt. Dazu haben wir alle Teilnehmer ein bis zwei Gefühlskarten auswählen lassen. Reihum konnte nun jede/r, gestützt auf die und angeregt durch die Karten, etwas über seine/ihre aktuelle Situation sagen. Durch die Karten kam diesmal jede/r zu Wort, so dass auch die normalerweise ruhigeren Teilnehmer genug Redezeit bekamen.

■ Marion Wiese

Chronik des AD(H)S-Gesprächskreises Sassenburg für das Kalenderjahr 2014

Das erste Treffen des Jahres fand am 6. Januar statt. Diesen ersten Gesprächsabend der Elterngruppe nahmen vergleichsweise viele Eltern wahr. Wie so oft rankten sich unsere Gespräche um die Themen Schule, Hausaufgaben, den Umgang mit dem Kind und die Medikation.

Am 23. Januar traf dann die Gruppe der betroffenen Erwachsenen zusammen. Bereits um 18:15 Uhr waren drei unserer Gruppenteilnehmer sowie unser Sohn am Treffpunkt, um für ein Interview der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung zur Verfügung zu stehen. Dieses führte Thorsten Fuchs.

Kurz vor 20:00 Uhr trafen dann die ersten zum angekündigten Gesprächsabend ein. Während die vier Interviewten sich mit dem Journalisten in die oberen Räume unseres Treffpunkts zurückzogen, startete ich unsere Gesprächsrunde. Einer der Anwesenden war nach monatelanger Abwesenheit mal wieder gekommen. Bei den erwachsenen Betroffenen steht meist die Alltagsbewältigung im Vordergrund. Sehr wichtig ist auch, mit anderen ins Gespräch und in den Austausch zu kommen.

Gegen 21:30 Uhr war das Interview beendet und die vier Befragten kamen zur Runde dazu. Sie konnten sich ohne Probleme einfügen.

Unsere Elterngruppe am 3. Februar war wieder sehr gut besucht. Drei der Anwesenden waren ganz neu dabei, von einer unserer Teilnehmerinnen war zu diesem Treffen der Mann gekommen. Wieder drehten sich viele Gespräche um das Thema Schule, die ja bekanntermaßen für viele ADHS-Betroffene eine große Hürde darstellt.

Zum Gesprächsabend der Erwachsenengruppe am 20. Februar kamen gleich vier Neue, zwei von ihnen Eltern eines erwachsenen Sohnes. Wir waren eine relativ große Runde. Bei den erwachsenen Betroffenen sind Depressionen oft eine Begleiterkrankung, wie sich auch an diesem Abend wieder herausstellte. Aber auch Probleme am Arbeitsplatz, mit Kollegen, mit der Familie, den Partner/innen. In der Gruppe können sich alle austauschen und fühlen sich meist sofort verbunden. Nichtsdestotrotz gibt es in unseren Gruppen keine Kontinuität, die Zusammensetzung schwankt von Treffen zu Treffen. Das liegt zum einen an der Symptomatik des ADHS (Vergesslichkeit), zum anderen aber auch an der bei uns verbreiteten Schichtarbeit.

Am 3. März kam die Elterngruppe zusammen. Auch dieses Treffen war gut besucht, wieder mit zwei neuen Teilnehmerinnen. Beide sind noch ganz neu mit dem Thema ADHS

befasst und haben viele Fragen und Unsicherheiten, die wir natürlich nicht alle an einem Abend beantworten können. Unsere Gruppe ist ja für alle da und so sollen auch alle, die etwas auf dem Herzen haben, zu Wort kommen. Das ist nicht immer ganz einfach zu bewerkstelligen.

Auch bei unserer Erwachsenengruppe am 20. März war jemand ganz neu dabei und eine neue Teilnehmerin vom Februar-Treffen war auch wiedergekommen. Durch die andere Zusammensetzung der Gruppe gibt es immer andere Themen, die gefragt sind. Das macht jeden Gruppenabend für uns langjährige Mitglieder zu einem spannenden Abend. Wir können nie mit Gewissheit sagen, dass jemand beim nächsten Treffen sicher wieder da ist. Genau so wenig können wir gewährleisten, dass alle ihre Sorgen loswerden. Das sehen wir auch nicht als unsere Aufgabe, wir sind ja eine Selbsthilfe-Gruppe, in der jede/r für sich selbst sorgen sollte.

Am Wochenende 22./23. März fand unsere bundesweite Mitgliederversammlung mit Symposium in Hamburg statt. Daran nahmen wir zu fünf teil, unser Sohn kam zur Veranstaltung für Jugendliche und junge Erwachsene mit. Eine Mutter aus unserer Gruppe ist noch recht neu im Verband und in der Gruppe. Für Sie waren die Vorträge während des Symposiums sehr interessant, aber auch sehr umfangreich und auch anstrengend. Insgesamt waren hierbei etwa 380 Menschen anwesend. Wir anderen freuten uns über das Wiedersehen mit den vielen Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern aus ganz Deutschland. Am Sonntag gab es dann Workshops für uns, mit interessanten Themen wie z. B. „ADHS 40+“. Wie ist die Situation der älteren Betroffenen? – Was passiert mit einem Hypie, der plötzlich an den Rollstuhl gefesselt ist? Wir stellten fest, dass derzeit wenige darüber nachdenken, wie sich ein ADHS im fortgeschrittenen Lebensalter zeigt.

Bereits am 31. März kam die Elterngruppe wieder zusammen. Wegen der niedersächsischen Osterferien hatten wir das Treffen um eine Woche vorverlegt. Eine der Frauen vom letzten Treffen war wieder da und eine weitere Mutter war ganz neu in der Gruppe. Sie kannte ich aber schon aus einigen vorherigen Gesprächen. An diesem Abend war neben Schule auch die Medikation ein Thema, das viele beschäftigte.

Nach den Osterferien ging es mit der Erwachsenengruppe weiter, die am 24. April zusammen kam.

Ein Gruppenmitglied hatte eine Freundin mitgebracht, zwei

weitere Teilnehmer waren ebenfalls zum ersten Mal dabei. Wir hatten, wie in dieser Gruppe sehr oft, einen regen Austausch, weil die erwachsenen Betroffenen meist vielfältige Erlebnisse und Erfahrungen mitbringen.

Unser Mai-Treffen der Elterngruppe, am 5. des Monats, fand an einem außergewöhnlichen Ort statt, im Gifhorner Kino nämlich. Dort wurde der Film „Kopfüber“ gezeigt, ein Film zum Thema ADHS, der auf Initiative des Mehrgenerationenhauses Gifhorn in Kooperation mit dem dortigen Kino gezeigt wurde. Um den Zuschauern im Anschluss an den Film die Möglichkeit zu geben, Fragen zum Thema zu stellen und mit Betroffenen zu diskutieren, hatte ich angefragt, ob wir uns dieser Kooperation anschließen dürfen. Wir durften! An diesem Abend waren auch Vertreterinnen der JoJo-Selbsthilfegruppe Hankensbüttel dabei. Leider war das Kino nur mäßig besucht. Dennoch konnten wir mit einigen Besuchern in den Austausch kommen. Eine weitere Erfahrung für uns.

Am 22. Mai traf die Erwachsenenengruppe zusammen, wieder mit einigen Neuen, darunter ein Ehepaar, die Partnerin eines Betroffenen und, nach langer Abwesenheit, eine unserer langjährigen Mitglieder.

Auch die beiden Neuen vom Vormonat waren wieder da, so dass wir eine verhältnismäßig große Runde waren. Dementsprechend waren unsere Gesprächsthemen: vielfältig, bunt, munter, aber auch traurig, ergreifend. Mich erstaunt immer wieder die Offenheit der Teilnehmer und wir achten sehr darauf, jedes Mal die Vertraulichkeit anzusprechen.

Im Gegensatz zur Erwachsenenengruppe war die Elterngruppe am 2. Juni sehr klein. Im Nachhinein stellten wir aber fest, dass wir das, was wir von einer der anwesenden Mütter erfuhren, in einer größeren Runde sicher nicht erfahren hätten, weil sich dann gar nicht die Gelegenheit zu längeren Erzählungen bietet. Das ließ uns einiges bisher Gehörte in einem neuen Licht sehen. Auch gut!

Unser Gesprächsabend für Erwachsene am 19. Juni brach alle unsere bisherigen Teilnehmerrekorde eines regulären Treffens: Es kamen 20 (zwanzig) Frauen und Männer! Einer nach langer Zeit mal wieder, eine Teilnehmerin war ganz neu dabei. Der Abend verlief sehr diszipliniert! Wer reden wollte (musste), meldete sich zu Wort! Ein toller Abend! Wir „alten Hasen“ waren begeistert, hatten wir uns doch einen solch strukturierten Ablauf mit ADHS-betroffenen Erwachsenen vor einigen Monaten noch nicht vorstellen können. Und jede/jeder hatte Gelegenheit zur Teilnahme an den Gesprächen, wenn auch nicht so ausgiebig, wie in einer kleineren Runde.

Am 28. Juni waren dann auch viele der Gesprächskreis Teilnehmer der Erwachsenenengruppe zum Symposium der JoJo-Selbsthilfegruppe Hankensbüttel und des AD(H)S

-Teams (ATUe) Uelzen gekommen. Zum Tagungstitel „ADS-Erwachsene am Abgrund“ referierten namhafte Experten wie Dr. Karsten Dietrich aus Uelzen („ADHS und Depressionen“), Dr. Roy Murphy aus der Schön-Klinik in Bad Bramstedt („Auf der Suche nach dem Kick! – ADHS und Verhaltensstörungen“) und Dr. Georg Wolff aus Hannover („Förderliche Perspektiven“). Für unsere Neuen eine erste Erfahrung, sich auf diese Weise mit dem Thema ADHS auseinanderzusetzen.

Die Elterngruppe traf am 7. Juli zusammen, diesmal wieder mit mehr und vielen neuen Teilnehmer/-innen. Zwei von ihnen kamen wegen ihrer inzwischen erwachsenen Söhne, eine Frau war nach sehr langer Zeit mal wieder da und ein Elternpaar war wegen ihres jüngsten Kindes gekommen, das die Diagnose ADHS erst vor kurzer Zeit erhalten hatte. So ging es an diesem Abend querbeet vom Grundschulalter über die Pubertät bis ins Erwachsenenalter. Verständlich, dass es an Emotionen nicht fehlte.

Zum Treffen der Erwachsenenengruppe am 24. Juli kamen diesmal „nur“ 13 Teilnehmer und wieder mit einigen Neuen. Selten haben wir die gleiche Zusammensetzung wie im Monat zuvor. Wie in dieser Gruppe üblich, gibt es viele Parallelen, aber auch ebenso viele Unterschiede in der Erscheinung des Störungsbildes. Es ist tatsächlich so, dass jede/jeder sein individuelles ADHS hat. Wieder ein intensiver Gesprächsabend. Und wieder erleben wir, dass auch ein Klinikaufenthalt, und sei er noch so positiv empfunden, alleine oft nicht ausreicht, um mit einer ADHS zurechtzukommen.

Auf den 28. Juli, den letzten Montag vor den Sommerferien, legten wir unser August-Treffen, um nicht zwei Monate ohne Gesprächsmöglichkeit für Eltern zu sein. Nicht unerwartet waren wir nur wenige, umso intensiver gerade dieser Abend. Ich denke, die Anwesenden profitieren sehr von dieser kleineren Runde. Wir werden sehen.

Gleich nach den Sommerferien fuhren wir zu sechst nach Berlin zu unserem Landesgruppentreffen, das in Kooperation der Landesgruppen Niedersachsen/Bremen und Berlin stattfand.

Es gab Vorträge und Workshops zu „ADHS und Persönlichkeitsstörungen“, „ADHS und Hochbegabung“ sowie zu „ADHS und Autismus“. Die Vorträge konnten wir zusammen anhören, bei den Workshops mussten wir uns aufteilen. Unsere Erkenntnisse wurden am Abend bzw. auf der Heimfahrt ausgetauscht und diskutiert. Wir alle empfinden das als sehr bereichernd, nicht zuletzt auch für unsere gemeinsame ehrenamtliche Gruppenarbeit.

Am 18. September ging es mit dem Treffen der Erwachsenenengruppe weiter. An diesem Abend hatte eine Betroffene ihren Ehemann mitgebracht, der sehr interessiert zuhörte

und sich auch an den Gesprächen beteiligte. Auch einen ganz jungen ADHS-Betroffenen hatten wir zu Gast. Wie sich inzwischen herausgestellt hat, war seine Beteiligung eine einmalige Aktion. Nach meiner Einschätzung wäre für seine Altersklasse eine eigene Gruppe sicher sinnvoll. Ich denke aber, dass diese angeleitet oder begleitet werden müsste.

Am folgenden Samstag, dem 20. September, fand in Gifhorn der Tag der Selbsthilfe statt, wie zwei Jahre zuvor wieder in der Fußgängerzone. Unseren Infostand besetzten wir gemeinsam mit der JoJo-Selbsthilfegruppe Hankensbüttel. Es gab einige Interessierte, die zu uns an den Stand kamen. Leider fing es zwischenzeitlich zu regnen an. Wir sind beim nächsten Selbsthilfetag aber sicher wieder dabei.

Die Elterngruppe, die am 6. Oktober zum ersten Treffen nach den Sommerferien zusammenkam, fiel weit kleiner aus als die der Erwachsenen. Nichtsdestotrotz waren die Gespräche sehr intensiv, wie so oft, wenn die Gruppe nicht so groß ist.

Unser diesjähriger Vortrag fand am Montag, dem 13. Oktober, statt, diesmal wieder im Morada Hotel Isetal in Gifhorn. Unsere Referentin war Frau Dr. Kirsten Stollhoff aus Hamburg, die unter dem Titel „Anders Denken Handeln SEIN! – Immer!“ darüber berichtete, dass Betroffene nicht nur in einem Lebensbereich und in einem bestimmten Alter ADHS-Symptome zeigen, sondern zu jeder Zeit und in allen Bereichen. Wir konnten an diesem Abend mehr als 70 Interessierte begrüßen.

Am 23. Oktober stand dann wieder der Gesprächsabend der Erwachsenengruppe auf dem Programm. Diesmal mit lauter bekannten Gruppenteilnehmer/-innen. Besonders freut uns „alte Hasen“, dass eine Teilnehmerin regelmäßig zu uns kommt, obwohl nicht sie, sondern ihr Partner betroffen ist. Die Gespräche in dieser Gruppe sind immer intensiv und vielschichtig.

Mit der Elterngruppe ging es nach den Herbstferien am 10. November weiter. Dieses Treffen fand im sehr kleinen Kreis statt. Sehr intensiv konnten wir uns einem Vater widmen, der diesmal alleine, ohne seine Frau, gekommen war. Wieder einmal erlebten wir, dass eine ADHS-Symptomatik die ganze Familie betrifft und nicht „nur“ das betroffene Kind bzw. den betroffenen Erwachsenen.

Das folgende Wochenende verbrachten fünf von uns im bayrischen Hirschaid, dem traditionellen Veranstaltungsort unserer bundesweiten Gruppenleiterschulung. Am Samstagmorgen starteten wir mit Informationen und Neuigkeiten aus dem Verband. Anschließend standen Workshops

mit Vertreter/-innen unseres wissenschaftlichen und pädagogisch-therapeutischen Beirats auf dem Programm, der im Zuge der Verschmelzung mit dem ADS e. V. erweitert wurde. Selbstverständlich kamen wir rund um die Veranstaltung auch mit den angereisten Gruppenleiter/-innen ins Gespräch, was ein positiver Nebeneffekt dieses Treffens ist.

Zum Novembertreffen der Erwachsenengruppe, am 20. des Monats, kam eine Frau, die unserer Gruppe zwar sehr zugetan ist, ihre Teilnahme aber aufgrund schwererer weiterer Erkrankungen selten schafft. Nicht zuletzt wegen ihrer Anwesenheit kam es zu tief- und nahegehenden Gesprächen. Bei diesem Treffen waren wir Frauen in der Mehrzahl, was ja in dieser Gruppe nicht immer so ist.

Etwas Besonderes ist auch die stetig wechselnde Gruppenzusammensetzung, die ja oft von Treffen zu Treffen anders ist.

Das Dezembertreffen der Elterngruppe fand am 1. des Monats im gewohnten vorweihnachtlichen Rahmen statt. Wie in jedem Jahr durften alle eine Nascherei mitbringen. Bei Kerzenschein und alkoholfreiem Punsch kamen wir dennoch nicht von unseren Selbsthilfethemen ab. Auch an diesem Abend war die Runde eher klein.

Am 18. Dezember fand das letzte Treffen des Jahres für die Erwachsenen und deren Partner bzw. Angehörige statt. Der Gesprächsabend war trotz der bevorstehenden Weihnachtstage gut besucht. Auch hier durfte genascht werden. Wir verbrachten einen angenehmen gesprächsintensiven Abend in netter Atmosphäre.

Darüber hinaus habe ich auch in diesem Jahr regelmäßig an den Gesamttreffen der KISS Wolfsburg sowie auch an den Treffen der Gifhorer AWO-Selbsthilfekontaktstelle teilgenommen.

Als In-Gang-Setzerin für die KISS in Wolfsburg war ich im abgelaufenen Jahr in zwei neuen Gruppen tätig und bin auch im Redaktionsteam für die Selbsthilfezeitung.

Bei den Sitzungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Arbeitskreises im Sozialpädiatrischen Verbund des Landkreises Gifhorn war ich regelmäßig dabei.

Durch meine ehrenamtliche Tätigkeit als Landesgruppenleiterin für Niedersachsen und Bremen nehme ich weiterhin regelmäßig an den Zusammenkünften des ADHS-Fo-rums und Qualitätszirkels in Hannover teil.

■ Margit Tütje-Schlicker

Regionalgruppe Villingen-Schwenningen

Erreichbare Ziele!

Die Inbox meines Mailprogrammes zeigt mir unbestechlich, dass Karen Richter und ich im September 2013 zueinander gefunden haben.

Fünfzehn Monate, in denen viel Arbeit und Geduld gefordert waren, um die Selbsthilfegruppe hier im ländlichen Schwarzwald zu etablieren. Ein Zeitraum, der wie im Flug verging und viele neue Eindrücke für uns bereithielt. Der Anfang war geprägt vom Einfinden in einen – bis zu diesem Zeitpunkt fast weißen – Fleck auf der Landkarte, was die Selbsthilfe zum Thema AD(H)S anging.

Unsere Männer standen uns immer mit Rat und Tat zur Seite und so konnten Homepage und Folder (wir haben dazugelernt beim Hersteller) bald fertiggestellt werden. Ein Raum musste gefunden und Presseberichte über die Neugründung lanciert werden.

Am ersten Abend waren wir überrascht. Über 30 Menschen, die sich zum Thema informieren wollten, Lehrer/Innen, Großeltern, Eltern, Erzieher/Innen und selbst betroffene Erwachsene bildeten eine bunte Gruppe mit vielen Fragen. Seitdem hat sich die Gruppe bei ca. 12 Teilnehmern eingependelt. Immer wieder ist Wechsel in der Gruppe. Neue kamen hinzu und andere, die die Information bekommen haben, die sie brauchten, sieht man nur noch bei den Vorträgen. Wir mögen diesen „Flow“ und freuen uns, wenn wir eine Rückmeldung erhalten, dass wir hilfreich waren.

Die Vorträge sind ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit geworden.

Prof. Dr. Hans Biegert, Dipl.-Psychologin Anke Schäfer-Kaupp, Rupert Schoch und Uwe Metz haben das Thema AD(H)S auf sehr unterschiedliche Weise den Zuhörern dargestellt. Die Vorträge waren immer interessant und lehrreich, auch für uns.

Nicht alles ist eitel Sonnenschein!

Immer wieder kommen Momente, die uns (auch als Gruppe) tief berühren. Momente, wenn Eltern sich in ihren Kindern erkennen und den Tränen nahe sind. Gespräche die mit Leerern (kein Schreibfehler) geführt werden müssen, die Kinder mit AD(H)S am liebsten auf eine Alm schicken würden ... nur nicht in ihre Klasse. Wenn Menschen im Rentenalter erkennen, dass ihr Leben hätte anders verlaufen können, oder wenn man in einen „Fachvortrag“ sitzt und erkennt, dass Fachleute nicht immer Experten sind.

Ein bisschen kommt man sich vor wie Cervantes Don Quijote, aber die Arbeit lohnt sich für die tollen Menschen, die man auf dem Weg trifft!

Die Arbeit für den AD(H)S Deutschland e. V. macht Spaß und immer wieder lernt man neue Dinge hinzu. Wir werden immer in unserer Arbeit unterstützt und finden für unsere Anliegen ein offenes Ohr beim Verband. Wir wissen aus unserer Arbeit, dass dies nicht selbstverständlich ist.

Wir arbeiten als Team ca. 500 Stunden im Jahr im Ehrenamt für den Verband und es wäre schön, wenn es endlich in der Politik ankommen würde, welche Arbeit hier in Deutschland für „lau“ geleistet wird.

■ Karen Richter, Patricia Ödell

Es ist das Schicksal
jeder Generation,
in einer Welt
unter Bedingungen
leben zu müssen,
die sie nicht geschaffen hat.

J. F. Kennedy

Nina Baer/Peter Kirsch „Alles nach Plan“ ADHS im Erwachsenenalter meistern



Nina Baer/Peter Kirsch
„Alles nach Plan“
ADHS im
Erwachsenenalter meistern

ISBN: 978-3621279383
Verlag: Beltz
Preis: € 22,95

3 % der als Kinder betroffenen Erwachsenen haben mit ADHS-Symptomen zu tun.

„Alles nach Plan“ versucht diesen Menschen zu helfen, sich besser zu organisieren, ihre Gedanken auf Linie zu behalten, sich nicht im Übermaß ihren Impulsen hinzugeben und ihr Gedächtnis zu trainieren.

Die beiden Autoren, Nina Baer und Peter Kirsch sind Psychologen, Baer arbeitet an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Gießen, Kirsch wirkt am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim.

Die außerordentliche Kompetenz der Autoren spürt man dem Buch an: Es ist in drei Kapitel unterteilt: ADHS verstehen, es behandeln und Hilfe zur Selbsthilfe. Daneben stellt es einen gut handhabbaren Anhang mit Online-Hilfen, Glossar usw. bereit.

Das erste Kapitel ADHS verstehen, wird demjenigen, der sich mit ADHS auskennt, nichts Neues bieten. Aber es ist eine gute, verständliche Zusammenfassung des gegenwärtigen Standes zu ADHS. Der zweite Teil, „ADHS behandeln“ weist bereits auf den dritten, praktischen Teil hin: Es werden neben der Medikation sämtliche zu Verfügung stehenden Behandlungselemente der multimodalen Therapie ausgeführt, z. B. Coaching, Sport, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie und -edukation und das von den Autoren selbst entwickelte „TADSE“ (Training bei ADHS im Erwachsenenalter). Einige dieser Module muss der Betroffene mit Fachleuten, andere kann er selbständig angehen, etwa den Besuch einer Selbsthilfegruppe, Sport und das erwähnte TADSE.

Dieses Training nimmt den größten Raum im dritten Teil ein. Hilfe zur Selbsthilfe TADSE ist ein Übungsprogramm, das die Konzentrationsfähigkeit, die Gedächtnisleistung und Impulskontrolle verbessert. Man kann es sich wie Übungsbögen für die theoretische Prüfung zum Führerschein vorstellen. Der Nutzer muss Bögen ausfüllen, in denen er Zahlen- und Wortkombinationen findet, Strategien zur Selbstkonzentration erarbeitet oder Gedächtnisaufgaben löst. Bei allen Aufgaben ist sorgfältiges Lesen und stetiges Üben wesentlich.

Genau hier hapert es aber bei vielen Erwachsenen. Es bedarf beträchtlicher Motivation, sich TADSE zu widmen. Führerscheinbögen auszufüllen führt zu dem konkreten Ziel, die Prüfung zu bestehen, um eine Fahrerlaubnis zu bekommen. Solch ein konkretes Ziel hat TADSE nicht. Alles nach Plan ist zwar die Methode, seinen Alltag langfristig zu entkomplizieren – das ist es, was TADSE beabsichtigt. Aber eben dies zu planen, sich selbst zu organisieren, in Reihenfolgen vorzugehen, ist, was in Menschen mit ADHS Widerwillen auslöst. TADSE wird als Selbsthilfe-Programm nicht greifen. Um sich zu motivieren, brauchen Betroffene andere, die sie anspornen. Dann aber ist es Teil eines Coachings.

Weil ich das Programm aber sinnvoll und gewinnbringend finde, gehe ich mit TADSE anders um: Einzelne Bausteine aus dem Buch, seien es Aufgabenbögen oder Strategieübungen nehme ich in unsere Selbsthilfe-Gruppe mit. Das Interesse an praktischer Unterstützung ist groß und „Alles nach Plan“ gibt viele nützliche Hilfestellungen. Ich halte das Buch für lesenswert, wenn auch mit Einschränkungen.

■ Uwe Metz

Wir schätzen die Zeit erst,
wenn uns nicht mehr viel
davon geblieben ist.

Leo Tolstoi

Michael Baumgartner, Petra Koch, Souris Reiter, Silvia Thielen „Spielekartei Hund: Für die tiergestützte, pädagogische Praxis“

Die *Spielekartei Hund* bietet eine Ideensammlung mit Übungen und Aufgaben für die tiergestützte Arbeit mit dem Hund.



**Michael Baumgartner, Petra Koch,
Souris Reiter, Silvia Thielen**
„Spielekartei Hund: Für die
tiergestützte, pädagogische Praxis“

ISBN: 978 - 3 - 497 - 02483 - 4
Verlag: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG,
München
Preis: 44,00 €

Die Form der Karteikarten ermöglicht eine vereinfachte Handhabung innerhalb der Therapieeinheiten.

Die *Spielekartei Hund* ist 2014 erschienen und zu einem vergleichbaren, handelsüblichen Preis zu erhalten (44,- €). Die Karteikarten, in einer Größe von 10,5 x 14,8 cm (Postkartengröße) sind in der Praxis gut nutzbar.

Ein gleichbleibendes Seitenlayout schafft Übersicht; eine klare, serifenlose Schrift sorgt für flüssiges Lesen und gutes Erkennen.

Die 140 ausgewählten Spiele sind für die Arbeit an Förder- und Regelschulen, in therapeutischen Ansätzen und in freizeitpädagogischen Zusammenhängen gedacht.

Die Spiele sind vorrangig Themengebieten zugeordnet, was im Einzelfall bereichsübergreifend nicht hinderlich ist.

Es gibt sieben Arbeitsdisziplinen, die in unterschiedlichen Farben dargestellt sind. (Einführungsspiele, Förderung emotional-sozialer Kompetenzen, Förderung motorischer Kompetenzen, Förderung kognitiver Kompetenzen, Förderung mathematischer Kompetenzen, Förderung sprachlicher Kompetenzen, Wahrnehmungsförderung).

Jede Kategorie beginnt mit einer Art Inhaltsverzeichnis. Hier werden in Form eines Visualisierungssystems Spiele benannt und anhand von Piktogrammen zur Rangfolge von Förderbereichen und Gruppengrößen zugeordnet.

Karteikarten innerhalb der speziellen Förderung beinhalten Angaben zu Spielanleitung, erforderliche Materialien, Voraussetzungen des Hundes und Varianten des Spieles.

Eine weitere Kategorie ist den Erklärungen, Beschreibungen von Zusatzkarten und Arbeitsanleitungen und Hinweisen zu möglichen arbeitsrelevanten Büchern vorbehalten. Fazit: Die Autoren arbeiten alle sowohl in Bereichen tiergestützter Interventionen, als auch in pädagogischen und heilpädagogischen Berufen. Somit ist ein direkter Bezug von theoretischem Wissen zu praxisbezogener Umsetzung gegeben.

Die „Spielekartei Hund“ ist der erste, mir bekannte Versuch Arbeitsmaterialien in Form von Karteikarten anzubieten. 140 Ideen mit entsprechend reichhaltigen variablen Einsatzmöglichkeiten bieten durchaus eine Vielfalt an Vorgehensweisen. Die Spielanregungen beinhalten unterschiedliche Anforderungen an Hund, Therapeut und an die Klientel, so dass für jeden etwas dabei ist. Letztendlich kann nicht der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Jeder, der in diesen Bereichen arbeitet, weiß, dass es sich nur um erprobte und entwickelte Ideengebung handeln kann, eine fundierte Grundlage für therapeutische und pädagogische Arbeit, die verantwortungsvolle und sowohl für den Klienten als auch für den Hund angepasste Umsetzung erfordert. Es ist zu erkennen, dass die Spiele, wenn auch in unterschiedlicher Eignung, für alle Hunderrassen erdacht sind. Auch eine Nutzung für interessante, abwechslungsreiche Arbeit in Hobby und privaten Bereichen ist durchaus vorstellbar. Eine Herleitung oder gar Anleitung entsprechender Ausbildungsmodalitäten zu den einzelnen Übungen sind nicht mitgegeben. Hierzu ist schon ein gewisses Hintergrundwissen in pädagogischen Zusammenhängen und Hundeausbildung unabdingbar, dies in der Einstufung der eigenen Klienten und im Beurteilungsvermögen der Über- und Unterforderung des jeweiligen Hundes.

Der anfängliche Umgang mit der Spielekartei erfordert genaues Einlesen und das Wissen um zusätzliche Arbeit im Erstellen eigener, erforderlicher Bildkarten und Materialien.

Für die Kategorie der Karteikarten zur Vorstellung und Erklärung der Inhalte hätte ich mir eine weitere Farbgebung gewünscht oder die entsprechenden Karten weiß belassen. Wird die gleiche Farbe wie bei den Einführungsspielen verwendet, wird eine gewisse Irritation erzeugt. Außerdem erklärt es sich dem Betrachter nicht, da es sich um Zusatzinformationen handelt, die den Förderbereichen übergeordnet zu verstehen sind. Der Karteikasten selbst liefert bereits eine Plastikhülle für einzelne Karten mit. In Bezug auf Haltbarkeit ist das verwendete Material für die Aufbewahrungsbox recht empfindlich und hält damit den Anforderungen in mancher Arbeitssituation sicher nicht

lange stand. Da ein großer Anteil tiergestützter Arbeit auch draußen stattfindet und Abläufe in Therapieeinheiten oft situativ verändert werden, würde ich eine wetterfeste, funktionelle Version vorziehen. (Vielleicht in Form einer Umhängetasche, wie man sie für Landkarten etc. für das Wanderreiten kennt). Auch ein Laminieren der Karten wäre hilfreich unter Berücksichtigung der Relation zu anfallenden Mehrkosten in der Herstellung. Vielleicht könnte man die grafische Darstellung der Piktogramme dahingehend erweitern, dass man sehr aufwendige Spiele (in Zeit und Material) von „schnellen“ Spielen unterscheiden kann, ohne sich lange einlesen zu müssen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass beispielsweise in meiner Arbeit Spiele auch, vor dem Hintergrund von Belohnungsplänen und Token-

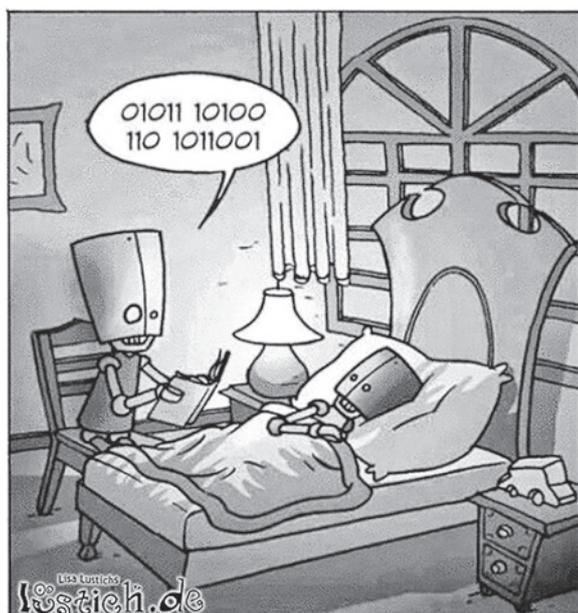
Systemen, von Kindern selbst ausgesucht werden können.

Wie gut man die Spielkartei verwenden kann, hängt zuletzt von der individuellen, eigenen Arbeit ab und vom Ausbildungsstand der vierbeinigen Co-Therapeuten. Sie bildet eine Vielfalt an Möglichkeiten und Ansätzen, unterschiedliche Schwierigkeitsgrade und spezifische Passung an Themengebiete vorzuhalten, hier in der Weise Spiele komplett zu übernehmen, aber auch individuell erweitern zu können. Ein hilfreiches Angebot für die tiergestützte Praxis.

■ Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr

Die meisten Menschen
sind bereit zu lernen,
aber nur die wenigsten,
sich belehren zu lassen

Sir Winston Churchill



Doruktan Turan

Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 26.02.2016 – Sonntag, 28.02.2016

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 11.03.2016 – Sonntag, 13.03.2016

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 26.08.2016 – Sonntag, 28.08.2016

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 07.10.2016 – Sonntag, 09.10.2016

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg/Hessen:

01./02.10.2016

Landesgruppe Bayern:

16.11.2016 in Würzburg

Landesgruppe Berlin:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Hamburg:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Hessen:

Gemeinsame Fortbildung mit Baden-Württemberg

Landesgruppe Niedersachsen/Bremen:

10./11.09.2016 in Springe

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

10./11.06.2016 in Münster

Landesgruppe Schleswig-Holstein:

Aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

Landesgruppe Thüringen:

Aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

Samstag, 12.11.2016 – Sonntag, 13.11.2016

im Hotel Göller, Hirschaid

Mitgliederversammlung/Symposium 2016

Samstag, 23.04.2016 bis Sonntag, 24.04.2016

Königswinter

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Freitag, 01.07.2016 – Sonntag, 03.07.2016

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Freitag, 28.10.2016 – Sonntag, 30.10.2016

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender:	Hartmut Gartzke 30938 Burgwedel vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender:	Dr. Johannes Streif 81541 München vorstand2@adhs-deutschland.de
Schatzmeisterin:	Karin-Gisela Seegers 10713 Berlin seegers-berlin@gmx.de
Schriftführer:	Patrik Boerner boerner@p-boerner.de schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

Unterstützung des Vorstandes:	Herta Bürschgens 52249 Eschweiler adhsde.buerschgens@gmx.de
Telefonberatungsnetz:	Gerhild Gehrman 25336 Elmshorn telefonberatung@adhs-deutschland.de
E-Mail-Beratung: Erwachsenen-ADHS:	Dr. Astrid Neuy-Bartmann 63739 Aschaffenburg
Kinder und Jugendliche mit ADHS: Schule:	Dr. Klaus Skrodzki 91301 Forchheim Christiane Eich 64293 Darmstadt Schule@adhs-deutschland.de
Regionalgruppen:	Bärbel Sonnenmoser 71032 Böblingen baerbel@adhs-bb.de
Juristische Angelegenheiten:	Isabell Streif 80335 München Isabell.Streif@web.de

Unterstützung des Verbandes

Geschäftsführung:	Dr. Myriam Bea gf@adhs-deutschland.de
Europäische Kontakte:	Detlev Boeing B-3080 Tervuren adhs@telenet.be
Ernährung/ Stoffwechsel- besonderheiten: Jugendteam:	Renate Meyer 61381 Friedrichsdorf meyer.koeppern@t-online.de jugendberatung@adhs-deutschland.de

Wissenschaftlicher Beirat

Dr. Johanna Krause Fachärztin f. Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie, Ottobrunn
Prof. Dr. Klaus-Henning Krause Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch Universität Würzburg
Prof. Dr. Martin Ohlmeier Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
Prof. Dr. Alexandra Philippen Universität Oldenburg
Prof. Dr. Marcel Romanos Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugend- psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
Dr. Helga Simchen Kinder- und Jugendpsych., Psychotherapeutin, Mainz
Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst Universitätsklinikum Freiburg

Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

Prof. Dr. h. c. Hans Biegert Leitender Schuldirektor u. Schulträger, HEBO-Schule Bonn
Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D'Amelio Psychologische Beratung & Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes
Dr. Fritz Jansen Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Neuried
Dr. med. Rudolf Kemmerich Kinder- u. Jugendarzt, Weinstadt
Dr. phil. Roy Murphy Leitender Psychologe u. Qualitätsbeauftragter, SchönKlinik Bad Bramsted
Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
Dipl.-Psych. Erika Tittmann Praxis f. Psychotherapie, Lörrach

Landesgruppenleiter

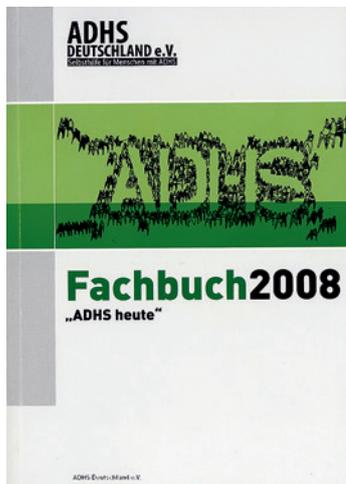
Baden-Württemberg	Kirsten Riedelbauch
Bayern	Claudia Aurich
Berlin	Karin-Gisela Seegers
Hamburg	Helga Meyer
Hessen	Astrid Bojko-Mühr
Niedersachsen/Bremen	Margit Tütje-Schlicker
Nordrhein-Westfalen	Herta Bürschgens
Sachsen-Anhalt	Monika Lehmann (kommissarisch)
Schleswig-Holstein	Carola Kliemek
Thüringen	Andrea Wohlers

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

- Beratung für Betroffene und Interessierte
- Schulung und Fortbildung zum Thema ADHS
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- Networking
- Fachbücher und Infomaterial aus eigenem Verlag
- Verbandszeitschrift **neue AKZENTE**

Aus unserem Verlag:



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
„ADHS heute“

ADHS Deutschland Verlag, 2008,
ISBN 978-933067-15-9

€ 9,50

Dieses Fachbuch behandelt drei aktuelle Themen: die Genderproblematik, d.h. inwieweit Männer anders betroffen sind als Frauen; Cognitive Enhancement, d.h. die Möglichkeit, mit Psychopharmaka, zu denen auch Methylphenidat zählt, seine geistige Leistungsfähigkeit zu steigern und die immer wiederkehrende Diskussion, ob es sich bei ADHS nicht doch um eine „Modekrankheit“ handelt.



Regina Rusch
„Zappelhannes“

ADHS Deutschland Verlag, 2009
ISBN 978-3-933067-16-6

€ 6,80

Hannes ist nicht dumm, im Gegenteil. Aber er kann nicht stillsitzen. Er kann sich nur dann konzentrieren, wenn ihn nichts ablenkt und er ganz bei der Sache bleiben darf. Und es fällt ihm auch sehr schwer, unterschiedliche Tätigkeiten aufeinander abzustimmen: Zu leicht rollt ihm dann ein Ei vom Tisch, oder er fällt mit dem Fahrrad um. Die Eltern und die anderen Erwachsenen haben es nicht leicht mit einem hyperaktiven Kind. Sie müssen viel Geduld mit Hannes haben. Und doch kann man bei aller Sorge um Hannes mit ihm über seine Mißgeschicke lachen.

ADHS Deutschland e. V.

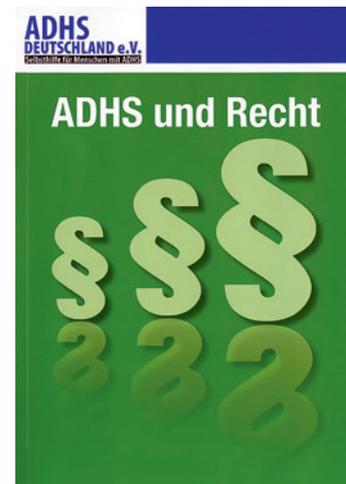
Rapsstraße 61; D-13629 Berlin
Tel.: 030 / 85 60 59 02
Fax: 030 / 85 60 59 70
E-Mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de

Spendenkonto:

Pax-Bank eG
BIC : GENODED1PAX
IBAN: DE95370601936010115017

Beitragskonto:

Hannoverische Volksbank eG
BIC: VOHADE2H
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
„ADHS und Recht“

ADHS Deutschland Verlag, 2011
ISBN 978-3-933067-17-3

€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

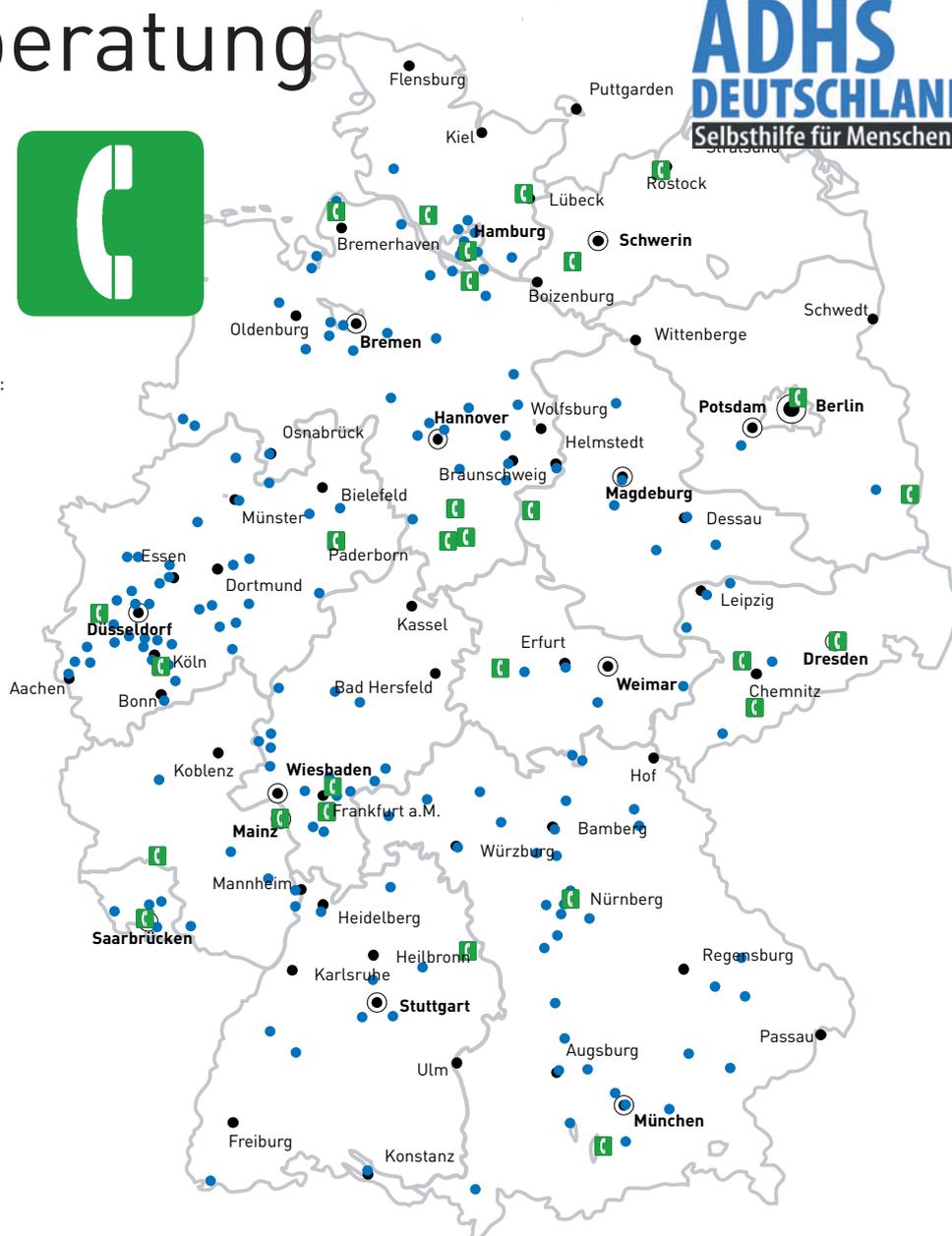
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

Leistungspflichten der Jugendämter gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit ADHS

Telefonberatung



**ADHS
DEUTSCHLAND e.V.**
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS



Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:

08152 – 9 99 64 99

Ingrid Meyer-Kaufmann:

0911 – 9 56 63 51

Michaela Nagy:

09180 – 90 97 16

Ruth Wissing:

0951 – 9 68 47 89

Carolin Zasworka:

09542 – 77 26 89

Baden – Württemberg

Regina Lamparter:

07031 – 38 00 95

Uwe Metz:

07156 – 1 79 87 51

Berlin

Petra Peilert:

030 – 65 91 56 10

Bremen und Umgebung

Ellen Köster-Schmidt:

0421 – 6 97 99 91

Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:

040 – 68 91 50 23

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:

05684 – 16 59

Mecklenburg-

Vorpommern

Karin Heynen:

0381 – 7 69 80 16

Niedersachsen

Angela Schwager:

05554 – 99 56 46

Ellen Köster-Schmidt:

0421 – 6 97 99 91

(Kreis Wesermarsch)

NRW

Karin Knudsen:

0221 – 3 56 17 81

Ulrike Vlk:

02161 – 53 17 39

Sonja Adam:

01577 – 6 43 45 51

(mit Rückrufoption)

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:

0651 – 4 63 78 78

Sachsen

Susanne Voigt:

037341 – 4 98 30

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:

04821 – 4 03 94 80

Gerhild Gehrman:

04121 – 80 72 72

Carola Kliemek:

0461 – 3 15 37 72

Saarland

Sabine Berg:

0651 – 4 63 78 78

Thüringen

Regina Schrage:

03691 – 87 22 22

Wir benötigen noch Verstärkung, besonders in den Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt.

Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.adhs-deutschland.de oder fordern Sie diese bei der Geschäftsstelle an.

ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
13629 Berlin
Tel. 030-85605902