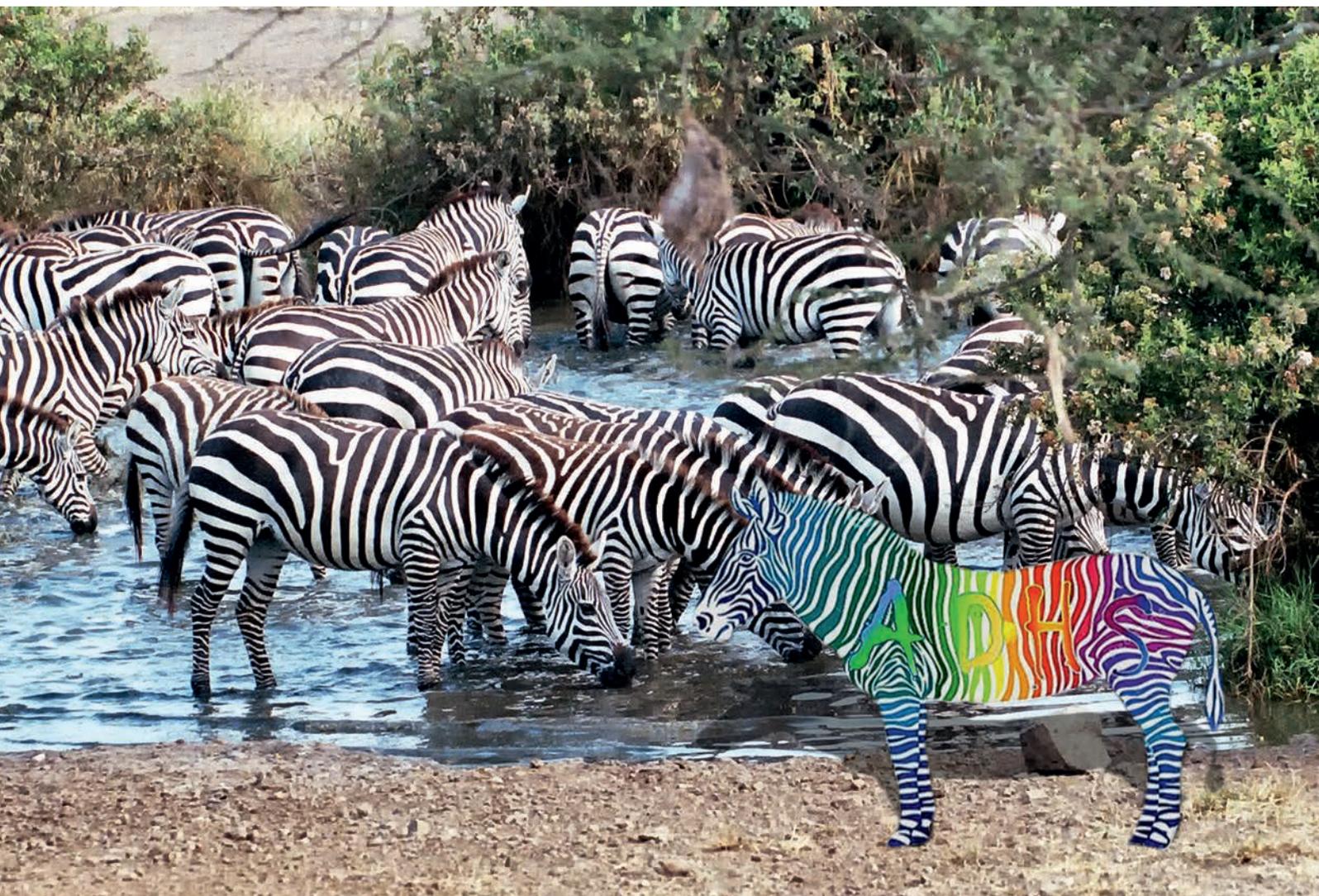


neue AKZENTE

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



- Audio- und Neuroplastizität des musikalischen Lernens
- AD(H)S – Wie bekomme ich mein Leben in den Griff?
- JUBILÄUM ADHS-SELBSTHILFE

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeit schneidet



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

ein weiteres Jahr neigt sich dem Ende zu. Aber diesmal schauen wir nicht nur auf die vergangenen zwölf Monate zurück, sondern auf über drei Jahrzehnte Selbsthilfearbeit und nehmen dies zum Anlass, uns für die großartige Unterstützung unserer Mitstreiter zu bedanken. Lesen Sie hierzu bitte unsere Artikel ab Seite 15.

Doch wir blicken nicht nur in die Vergangenheit, sondern bleiben auch in Zukunft aktiv:

Wir planen zum einen eine Aufklärungskampagne 2017: „**Wir sind ADHS – anders, doch höchst sympathisch**“.

Unter diesem Motto werden wir im kommenden Jahr verschiedene „bunte“ Aktionen starten.

Symbolisch stehen hierfür unsere Zebras auf dem Cover. Wir informieren Sie zu gegebener Zeit auf unserer Internetseite und auch in unserer nächsten Ausgabe der „**neue AKZENTE**“ – lassen Sie sich überraschen.

Des Weiteren haben wir auf Bundes- sowie auf Landes- und Regionalebene wieder interessante und informative Symposien organisiert.

Am **01. April 2017** findet unsere **Mitgliederversammlung** mit Neuwahlen in **Helmstedt** statt, zu der wir Sie bereits heute ganz herzlich einladen (s. Seite 23/24). Das Symposium findet in Kooperation mit der Regionalgruppe Helmstedt statt anlässlich deren 20-jährigen Jubiläums. Der Veranstaltungsflyer mit Anmeldeformular liegt diesem Heft bei.

Ebenso finden Sie in dieser Ausgabe den Flyer der Regionalgruppe Bruchsal/Hambrücken, die am 27./28.05.2017 die 2. ADHS-Tag „Leben mit ADHS/Autismus“ veranstalten.

Weitere Veranstaltungshinweise finden Sie auf unserer Internetseite unter der Rubrik Termine.

Wie Sie sehen, haben wir viel geschafft, vieles ist noch zu tun – doch wir sind auf einem guten Weg.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein gesundes und erfolgreiches 2017.

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 85605902
Fax: 030 85605970
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

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

Redaktionsanschrift
Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61

D-13629 Berlin
Telefon: 030 85605902
Fax: 030 85605970

Bankverbindung ADHS Deutschland e. V.
Hannoversche Volksbank
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00
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. Diese dürfen nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung des Verbandes in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:
15. März 2017

Fotonachweis
Titelbild: Zebras, Serengeti National Park, Tanzania v. 20.06.2004, Urheber: Self (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Zebras_Serengeti.JPG?uselang=de) und Angela Fresslé (ADHS-Zebra)
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. P. Schneider, Dr. D. Engelmann &
Dr. A. Seither-Preisler*

- 04 Audio- und Neuroplastizität des musikalischen Lernens bei musizierenden unauffälligen und entwicklungs- bzw. lernauffälligen Kindern**

- 08 Eckpunktepapier zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland**

Dr. Helga Simchen

- 13 AD(H)S – Wie bekomme ich mein Leben in den Griff?**

JUBILÄUM ADHS-SELBSTHILFE

ADHS Deutschland e. V.

- 15 ... wir sagen Danke für Ihre Unterstützung**

Dr. Johanna Krause

- 16 Meine Erfahrungen im Mitglieder- (Eltern)verband**

Karin-Gisela Seegers

- 17 Das hyperkinetische Syndrom aus der Sicht einer betroffenen Mutter**

Dr. Rudolf Kemmerich

- 19 Das Schaukelpferd**

ALLGEMEINES

Philip Höhn

- 22 „Vieler Menschen Lügen gestraft“**

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

ADHS Deutschland e. V.

- 23 Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung 2017**

BERICHTE

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

Margit Tütje-Schlicker

- 25 Landesgruppentreffen im September in Springe**

Kirsten Riedelbauch

- 26 ADHS-Symposium der Landesgruppe Baden-Württemberg in Überlingen**

Alena Marsch

- 27 Von ADHS und Wassernixen**

Fabian

- 28 Kinderbetreuung**

Brigitte Wolf

- 29 Bericht über die Gruppenleiter-schulung 2016 der Landesgruppe Nordrhein-Westfalen**

- 31 Regionalgruppenberichte**

MEDIEN REZENSIONEN

Justus Brocke

- 37 Ramona Thümmler
„ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen: Eine Forschungsstudie zu Zusammenarbeit, Strukturen und gelingender Praxis.“**

Kristina Meyer-Estorf

- 39 Regine Hinkelmann
„ADHS bei Erwachsenen“**

Y. L.

- 43 Jana-Mareike Hillmer,
Kathrin Rothmann
„Musikalisches Konzentrations-training (Musiko mit Pepe)“**

Detlef Träbert

- 46 Eva Josefine Jergens
„Nahsinn-orientierter Ansatz zum Rechnen, Lesen, Schreiben und Rechtschreiben lernen mit gleichzeitiger Nachentwicklung von Motorik und Sprache.“**

Marlies Melzer-Reuter

- 47 Anna Maria Sanders
„Ich dreh gleich durch!“**

Sieglinde Lugert

- 48 Caroline Theiss-Wolfsberger &
Maja Storch
„Bewegen Sie sich besser!“**

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**

Audio- und Neuroplastizität des musikalischen Lernens bei musizierenden unauffälligen und entwicklungs- bzw. lernauffälligen Kindern

Ergebnisse aus der Studie Audio- und Neuroplastizität des musikalischen Lernens. Reifeprozesse elementarer und komplexer Hörleistungen und auditiver Aufmerksamkeit bei JeKi-Kindern (AMseL II)

An einer Stichprobe von insgesamt 220 Kindern wurde auf Basis von neuroanatomischen, neurofunktionellen und hörakustischen Längsschnittdaten untersucht, wie sich reife- und lernbedingte musikalische Entwicklungsverläufe darstellen lassen. Die Kinder waren entweder unauffällig (Kontrollgruppe) oder zeigten Entwicklungs- und Lernauffälligkeiten (Lese-Rechtschreibschwäche, ADHS oder ADS) und musizierten entweder wenig / nicht („Nichtmusiker“) oder viel („Musiker“). Sowohl unauffällige als auch auffällige musizierende Kinder ließen auf Ebene des Gehirns und Verhaltens eine signifikant schnellere Entwicklung auditorischer Funktionen erkennen als nicht musizierende Kinder. Bei Kindern mit Legasthenie, ADHS oder ADS normalisierten sich im Zeitverlauf durch das Musizieren anormale Hemisphärenasymmetrien in der auditorischen Verarbeitung. Zudem gelang es mittels der von uns identifizierten neuroanatomischen, neurofunktionellen und hörakustischen Marker, die vier untersuchten Gruppen mit außergewöhnlichen Sensitivitäten und Spezifitäten von z. T. über 90 % korrekt zu identifizieren und voneinander abzugrenzen.

Einleitung

Im AMseL II-Projekt wurde untersucht, inwieweit sich auf der Basis von Längsschnittdaten, welche neuroanatomische, neurofunktionelle, hörakustische und kognitive Fähigkeiten umfassen, individuelle und gruppenspezifische Entwicklungsverläufe darstellen lassen. Von besonderem Interesse war die Frage nach dem Wechselspiel von veranlagten Faktoren, natürlichen Reifeprozessen und trainingsbedingter Expertise auf der Ebene der Wahrnehmung (Audioplastizität) und der kortikalen Informationsverarbeitung (Neuroplastizität). Es wurden Kinder untersucht, die entweder keine Entwicklungs- und Lernauffälligkeiten zeigten (Kontrollgruppe) oder eine Diagnose von LRS (Lese-Rechtschreibschwäche), ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) oder ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung) erhalten hatten und entweder nicht („Nichtmusiker“) oder viel musizierten („Musiker“). Jene 145 Kinder, die bereits bei der AMseL I-Studie zweimal gemessen worden waren und zur Hälfte an dem JeKi-Programm in NRW oder Hamburg teilgenommen hatten, wurden in einer dritten Verlaufsmessung weiter untersucht. Zudem wurden 75 neue entwicklungs- bzw. lernauffällige Kinder mit keiner / geringer oder intensiver musikalischer Praxis rekrutiert. Mit Hilfe der Studie sollten mehrere Fragen beantwortet werden: (1) Hat intensives Musizieren

einen besonderen Einfluss auf die Gehirnentwicklung, das Hörvermögen und im Sinne eines Lerntransfers auch auf außermusikalische Fähigkeiten? (2) Lassen sich generelle musizierbedingte und insbesondere auch JeKi-spezifische Wirkungen auch über das Grundschulalter hinaus feststellen? (3) Zeigt musikalisches Training besondere Wirkungen bei Lern- und Entwicklungsauffälligkeiten? (4) Falls ja, wie können entwicklungsauffällige Kinder musikalisch gefördert werden? (5) Gibt es auf Gehirnebene neuroanatomische und -funktionelle Marker für Legasthenie, ADHS und ADS mit möglicherweise diagnostischer Relevanz? Als neurologische Messverfahren wurde zum einen die Kernspintomographie (MRT) zur Erfassung der anatomischen Struktur des Gehirns und zum anderen die Magnetencephalographie (MEG) zur Messung der Gehirnströme beim Hören von Klängen eingesetzt. Gerade die Kombination von strukturellen MRT- und funktionellen MEG-Messungen mit denselben Probanden ist besonders effektiv, da erstere die erforderliche räumliche Auflösung zur Lokalisierung gewährleisten und letztere eine hohe zeitliche Präzision liefern (Schneider & Seither-Preisler 2015).

Ergebnisse

Zunächst zeigte sich, dass die im AMseL I-Projekt nachgewiesenen neurologischen Besonderheiten der auditorischen Verarbeitung bei Kindern mit ADHS, nämlich erstens ein deutlich vergrößertes Areal des für die sekundäre auditorische Verarbeitung zuständigen Planum temporale (PT) in der linken Gehirnhälfte (Abbildung 1A) und zweitens eine charakteristische Laufzeitverschiebung von ca. 10 – 40 ms zwischen den primären auditorischen Antworten beider Gehirnhälften (Abbildung 1C und D), in der gleichen Form auch bei Probanden mit ADS oder LRS auftreten. Diese Merkmale erwiesen sich also als übergreifende neurologische Biomarker, welche offensichtlich allen untersuchten Probanden mit Entwicklungs- bzw. Lernauffälligkeiten gemeinsam waren. Dieser Befund korrespondiert auf Verhaltensebene mit einer verschlechterten Wahrnehmung von Sprachbedeutungsträgern (Phoneme und Silben) und einer geringeren Daueraufmerksamkeit (Seither-Preisler, Parncutt & Schneider 2014).

Die im Zentrum des Hörkortex liegenden, für die Klang- und Musikverarbeitung zuständigen „Heschl Gyri“ (HG) wiesen zudem bei auffälligen Kindern auf der linken Seite ein geringeres Volumen an grauer Substanz und somit ein deutlich kleineres Verhältnis zwischen HG und PT auf als bei Kontrollkindern. Während bei der Kontrollgruppe die mittels MEG gemessene primäre auditorisch evozierte Antwort (P1) wie zu erwarten im rechten und linken HG lokalisiert wurde, zeigten alle entwicklungsauffälligen Kinder

linksseitig in die sekundären auditorischen Assoziationsareale verschobene Quellen. Diese sind in Abbildung 1B als gelbe Kreise auf den gemittelten Oberflächen der Hörkortizes eingezeichnet. Dies kann als Hinweis auf eine atypische Informationsverarbeitung in diesen Gehirnarealen interpretiert werden.

Musizierende Kinder zeigten in allen untersuchten Gruppen gegenläufige neuroanatomische und -funktionelle Eigenschaften, nämlich besonders große Heschl Gyri und besonders geringe Laufzeitverschiebungen, d. h. eine sehr gute Synchronisation zwischen dem rechten und linken Hörkortex. Daher kann angenommen werden, dass sich Musizieren bei entwicklungsauffälligen Kindern generell positiv auswirkt.

Darüber hinaus kristallisierten sich zusätzliche neuroanatomische und -funktionelle Merkmale im rechten Hörkortex sowie hörakustische Eigenschaften heraus, welche sich als spezifisch für ADHS, ADS und Legasthenie erwiesen (Abbildung 1 C):

In der rechten Gehirnhälfte hatten nur Kinder mit LRS und ADHS vergrößerte PTs, ADS-Kinder hingegen keine anatomischen Auffälligkeiten.

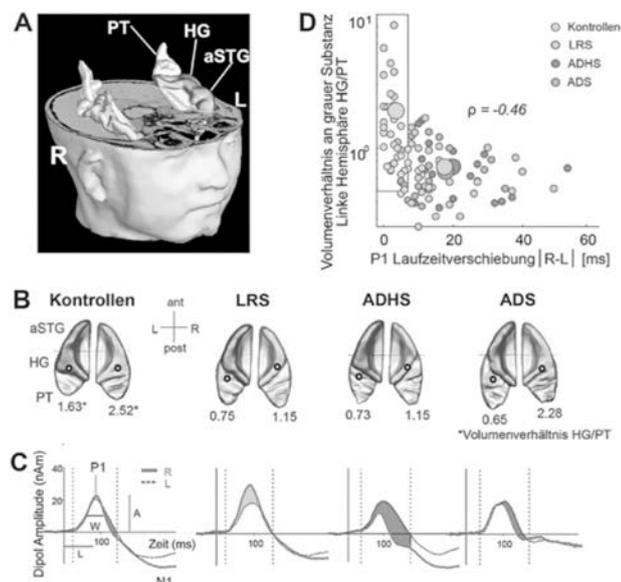


Abb. 1: Strukturelle und funktionelle auditorische Neuromarker für LRS, ADHS und ADS. A, Dreidimensionale Oberflächenrekonstruktion eines individuellen Hörkortex. Der Heschl Gyri (HG) einschließlich Duplikaturen und der vorne anschließende anteriore supratemporale Gyri (aSTG) sind in der linken Hemisphäre (LH) in blau und in der rechten Hemisphäre (RH) in rot dargestellt. Das dahinter liegende, für sekundäre auditorische und sprachliche Verarbeitung zuständigen Planum temporale (PT) ist in grau gekennzeichnet. B, Aufsicht auf die für die jeweiligen Gruppen gemittelten Oberflächen der Hörkortizes (L: links; R: rechts, ant: anterior; post: posterior). Das Volumenverhältnis der grauen Substanz zwischen HG und PT ist als Zahlenwert angegeben. C, Gemittelter Verlauf der primären auditorisch evozierten Felder beim Hören von Klängen verschiedener Musikinstrumente und harmonisch komplexer Töne in der rechten (rote Kurve) und linken (blaue Kurve) Hemisphäre; D, Korrelation zwischen relevanten anatomischen- strukturellen (linkes HG / PT Volumenverhältnis) und funktionellen (rechts / links-hemisphärische Laufzeitverschiebung) Merkmalen, welche zusammengefasst eine fast perfekte Trennung zwischen unauffälligen (graue Kreise) und auffälligen Kindern

(farbige Kreise) ermöglichen. Gruppenmittelwerte sind als große Symbole abgebildet. (aus: Serrallach et al. 2016)

Insgesamt ließen sich folgende drei wesentliche, für die Praxis relevante Ergebnisse des AMseL II-Projekts ableiten:

Diagnostische Relevanz

Eine wesentliche Chance, die sich aus den neuen Forschungsergebnissen ergibt, liegt in einer objektiven gehirnbasierten (Früh-)Diagnostik von Lern- und Entwicklungsauffälligkeiten. Mittels der von uns gefundenen neuroanatomischen, neurofunktionellen und hörakustischen Marker gelang es mittlerweile, die vier untersuchten Gruppen (Unauffällig, Legasthenie, ADHS, ADS) mit einer außergewöhnlichen Sensitivität und Spezifität von z. T. über 90 % korrekt zu identifizieren und voneinander abzugrenzen. Auf Wahrnehmungsebene zeigten sich entsprechende Unterschiede sowohl im Bereich der elementaren als auch der komplexen Hörverarbeitung: Probanden mit Lese-Rechtsschreibschwäche waren sowohl durch elementare Defizite (Frequenz-, Tonlängen und Tonrampenunterscheidung) als auch durch Schwierigkeiten bei komplexeren Aufgaben (Melodie- und Rhythmusunterscheidung, Grundton- bzw. Klangfarbenerkennung) charakterisiert, welche sich auch auf die sprachliche Ebene (Wahrnehmung von Phonemen, Vokalen, Silben) auswirkte. Probanden mit ADHS zeigten ausschließlich Schwierigkeiten bei der komplexen Hörverarbeitung und Kinder mit ADS wiesen keinerlei auditive Auffälligkeiten auf (Abbildung 2).

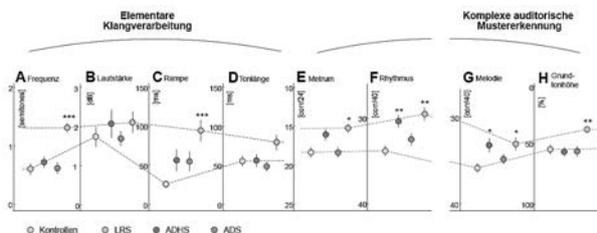


Abb. 2: Hör- und Klangwahrnehmungsfähigkeiten. Im Vergleich zu unauffälligen Kontrollkindern zeigten Kinder mit LRS signifikant verschlechterte Werte bei den mit dem DINO-Test (Sutcliffe & Bishop 2005; Huss et al. 2011) erhobenen elementaren Hörleistungen (Unterschiedsschwellen für Frequenzen, Tonlängen und Tonrampen) und den mit dem Metric-Test (Sutcliffe & Bishop 2005; Huss et al. 2011) und IMMA-Test (Gordon 1986) erfassten komplexeren Hörleistungen (Unterscheidung von Metren, Rhythmen und Melodien). Des Weiteren zeigten die Ergebnisse von Tests zur Grundton- und Obertonwahrnehmung (Auditory Ambiguity Tests / AAT; Seither-Preisler et al. 2007; Pitch Perception Preference Test / PPPT; Schneider et al. 2005), dass die Klangwahrnehmung bei LRS-Kindern deutlich zugunsten der spektralen bzw. klangfarbenbezogenen Wahrnehmung verschoben war. Demgegenüber waren Kinder mit ADHS nur durch verschlechterte Werte in der komplexen Hörverarbeitung (Rhythmus- und Melodieunterscheidung) charakterisiert. Kinder mit ADS zeigten in allen Bereichen normale Leistungen. (aus: Serrallach et al. 2016)

Positive Effekte des Musizierens

Die Längsschnittauswertungen der im AMseL II-Projekt durchgeführten 3. Verlaufsmessung mit Kindern, die bereits im Rahmen des AMseL I-Projekts untersucht worden waren, zeigen neben den in der AMseL I-Studie genannten positiven Auswirkungen des Musizierens (Seither-Preisler, Parn-

cutt und Schneider 2014; Schneider & Seither-Preisler 2015) weitere wichtige musizierbedingte Effekte: Sowohl unauffällige als auch auffällige musizierende Kinder ließen nicht nur im Grundschulalter, sondern auch darüber hinaus, eine signifikant schnellere Entwicklung auditorischer Funktionen erkennen. Konkret zeigte sich über die Zeit entsprechend dem natürlichen Entwicklungsverlauf eine zunehmend effizientere (d. h. schnellere) auditorische Informationsverarbeitung, welche bei musizierenden Kindern deutlicher ausgeprägt war als bei nicht musizierenden Kindern. Zudem kam es über die Zeit zu einer verstärkten Synchronisation links- und rechtshemisphärischer Funktionen, also einer zunehmend besseren Zusammenarbeit beider Gehirnhälften, wobei dieses Muster bei musizierenden Kindern ebenfalls deutlicher ausgeprägt war als bei nicht musizierenden Kindern.

Die mittels MEG gemessenen Laufzeitverschiebungen zwischen der rechten und linken Gehirnhälfte nahmen im Verlauf der mehrjährigen Erhebungen sowohl bei unauffälligen Kindern als auch bei den Kindern mit ADHS, ADS und LRS deutlich ab. Konkret wurden ab einem kumulativen Index der musikalischen Praxis (I_{MP} ; Übeaufwand in Wochenstunden * Jahre) von fünf (also z. B. fünf Std./Woche in einem Jahr oder eine Std./Woche über fünf Jahre) deutliche positive Veränderungen beobachtet. Es bestehen hochsignifikante Korrelationen zwischen I_{MP} und dem Grad der über die Zeit zunehmenden Synchronisation beider Gehirnhemisphären, und zwar sowohl für die Gruppe entwicklungs- und lernauffälliger Kinder (Spearman's $\rho = 0,58$, $p = 0,0004$; Abbildung 3 oben) als auch für die Kontrollgruppe (Spearman's $\rho = 0,27$, $p = 0,009$; Abbildung 3 unten). Auch dies ist als Hinweis auf eine beschleunigte Gehirnentwicklung durch intensives Musizieren zu werten. Bei lern- und entwicklungsauffälligen Kindern hat – bedingt durch eine höhere anfängliche Dysbalance in der links- und rechtshemisphärischen Aktivierung – musikalisches Training einen besonders positiven Einfluss auf die Gehirnentwicklung. Dies unterstreicht die hohe Bedeutung früher musikpädagogischer und –therapeutischer Interventionen für Kinder mit Legasthenie, ADHS und ADS. Das Ergebnis legt nahe, dass über die musikalische Domäne hinausgehende hemisphärenspezifische Funktionen (links: detailbezogenes, linear-logisches Denken, rechts: ganzheitliches künstlerisch-kreatives Erleben) zunehmend miteinander vernetzt werden, was deutliche Vorteile bei der integrativen Informationsverarbeitung bieten sollte.

Neurokognitives Modell des musikalischen Lernens

Die Ergebnisse der AMseL II-Studie bestätigen und erweitern das im Rahmen der AMseL I-Studie aufgestellte neurokognitive Entwicklungsmodell des musikalischen Lernens und dessen Bedeutung für die Praxis (Seither-Preisler, Parncutt und Schneider 2014). Unsere Forschungsergebnisse belegen, dass es im Gehirn zuverlässige neuroana-

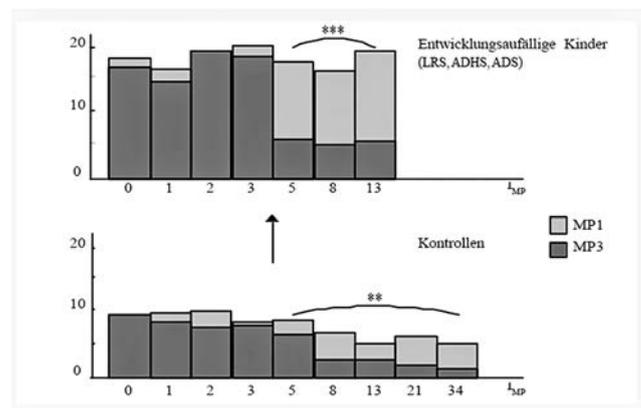


Abb. 3: Längsschnittergebnisse zur Entwicklung der interhemisphärischen P1-Laufzeitverschiebung vom ersten (MP 1; Alter: 8 - 9 Jahre; helle Balken) bis zum dritten Messzeitpunkt (MP 3; Alter ca. 12 Jahre; dunkle Balken) in Abhängigkeit vom musikalischen Übeverhalten (I_{MP} ; Index musikalischer Praxis)

tomische Marker für musikalische Begabung gibt (makroskopisch ermittelte Größe und Form bestimmter Areale des Hörkortex), welche ihrerseits Einfluss auf das musikalische Lernverhalten nehmen. Solche morphologischen Merkmale, die auch bzgl. sprachlicher Fähigkeiten beschrieben wurden (Golestani et al. 2007, 2011; Zatorre 2013), liegen bereits vor dem Beginn des formalen Unterrichts vor. Aufgrund von Regressionsanalysen der Verlaufsdaten hat sich weiter bestätigt, dass die musikalische Übemotivation primär eine Funktion solcher neuroanatomischer Dispositionen ist, welche sich über den bisher beobachteten Entwicklungsverlauf (Grundschulalter bis zum Beginn der Pubertät) als äußerst stabil erwiesen haben. Aufgrund dieser Berechnungen konnte die Eigenmotivation zu musizieren (häusliche Übeintensität) etwa zu 60 % durch neuroanatomisch vorgegebene Faktoren und zu 40 % durch das mittels Fragebögen erhobene soziale Milieu ((a)Bildungsmilieu; (b) Ressourcen (sozioökonomischer Hintergrund, Freizeitangebot, Eigentum des Kindes)) vorhergesagt werden, was gut mit aktuellen genetischen Schätzungen zum Einfluss veranlagter Komponenten auf die musikalische Übemotivation übereinstimmt (Butkovic et al. 2015; Hambrick et al. 2015). Anders als in bisherigen Begabungsmodellen (z. B. Gagné 2009; Heller & Hany 1996) wird in unserem neurokognitiven Modell die Motivation, welche die Intensität zielgerichteten Übens bestimmt, nicht als allgemeines Persönlichkeitsmerkmal, sondern domänenspezifisch betrachtet, da sie selbst von der zugrunde liegenden Begabung in einem bestimmten Bereich abhängt (vgl. Winner 1996; Gembris 2013; McPherson 2015).

Fazit

Die funktionellen MEG-Messungen, mit welchen die Gehirnaktivierung beim Hören musikalischer Klänge erfasst wurde, zeigten eine reife- und trainingsbedingte Entwicklung der gemessenen auditorisch evozierten Felder. Dabei war erkennbar, dass zielgerichtetes Üben im Gehirn neuroplastische Vorgänge in Gang setzt und natürliche, dem Lebens-

alter entsprechende Reifeprozesse beschleunigt. Die vorliegenden Ergebnisse legen insgesamt nahe, dass sich der Lernerfolg und das Ausmaß an Neuroplastizität direkt proportional zum veranlagten Potenzial verhalten.

Als Konsequenz sollte es nicht so sehr darauf ankommen, alle Kinder bzw. Jugendlichen in gleicher Weise möglichst früh und intensiv zu trainieren, sondern eher darauf, das individuelle Begabungsprofil (musikalisch, bildnerisch, sprachlich etc.) zu erkennen und gezielt zu fördern. Dies stützt die bisherige Arbeitshypothese, dass es aus pädagogischer Sicht ratsam ist, im Unterricht bei Schülern dort anzusetzen, wo individuell die stärksten Begabungen erkennbar sind und davon auszugehen, dass defizitäre Bereiche (z. B. ADHS, ADS oder LRS) von dieser Förderung mit profitieren (Abbildung 4).

■ Dr. P. Schneider, Dr. D. Engelmann & Dr. A. Seither-Preisler (Universitätsklinikum Heidelberg)

Quelle: Kranefeld, U. (Hrsg.) (2016). Musikalische Bildungs-

verläufe nach der Grundschulzeit. Ausgewählte Ergebnisse des BMBF-Forschungsschwerpunkts zu den Aspekten Adaptivität, Teilhabe und Wirkung. Dortmund: Musikpädagogische Forschungsstelle.

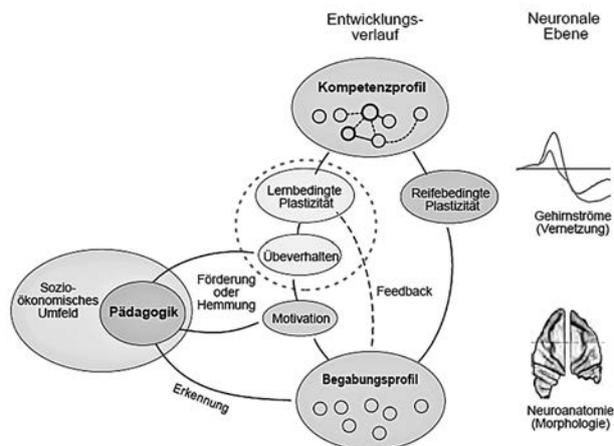


Abb. 4: Neurokognitives Entwicklungsmodell des musikalischen Lernens aus: Seither-Preisler et al. 2014

Literatur

- Butkovic, A., Ullén, F. & Mosing, M. (2015).** Personality related traits as predictors of music practice: underlying environmental and genetic influences. *Personality and Individual Differences*, 74, 133–138.
- Gagné, F. (2009).** Building gifts into talents: Detailed overview of the DMGT 2.0. In B. MacFarlane & T. Stambaugh (Hrsg.), *Leading change in gifted education*. The Festschrift of Dr. Joyce VanTassel-Baska. Waco, TX: Prufrock Press.
- Gembris, H. (2013).** Grundlagen musikalischer Begabung und Entwicklung (4., unveränd. Aufl.). Augsburg: Wißner (Reihe Wißner-Lehrbuch, Bd. 1).
- Golestani, N., Molko, N., Dehaene, S., LeBihan, D. & Pallier, C. (2007).** Brain structure predicts the learning of foreign speech sounds. *Cerebral Cortex*, 17 (3), 575–582.
- Golestani, N., Price, C. J., & Scott, S. K. (2011).** Born with an ear for dialects? Structural plasticity in the expert phonetician brain. *The Journal of Neuroscience*, 31 (11), 4213–4220.
- Gordon, E. (1986).** *Intermediate Measures of Music Audiation*. GIA Publications.
- Hambrick, D. Z., & Tucker-Drob, E. M. (2015).** The genetics of music accomplishment: Evidence for gene-environment correlation and interaction. *Psychonomic Bulletin & Review*, 22 (1), 112–120.
- Heller, K.A. & Hany, E.A. (1996).** *Psychologische Modelle der Hochbegabtenförderung*. In F. Weinert (Hrsg.), *Psychologie des Lernens und der Instruktion* (Bd. 2, S. 477–513). Göttingen: Hogrefe.
- Huss, M., Verney, J.P., Fosker, T., Mead, N. & Goswami, U. (2011).** Music, rhythm, rise time perception and developmental dyslexia: Perception of musical meter predicts reading and phonology. *Cortex* 47: 674–689.
- McPherson, G. E., & Williamson, A. (2015).** Building gifts into musical talents. In G. McPherson (Hrsg.), *The child as musician: A handbook of musical development* (S. 340–360). Oxford University Press.
- Seither-Preisler, A., Johnson, L., Krumbholz, K., Nobbe, A., Patterson, R.D., Seither, S. & Lütkenhöner, B. (2007).** Tone sequences with conflicting fundamental pitch and timbre changes are heard differently by musicians and non-musicians. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 33 (3), 743–751.
- Seither-Preisler, A., Parncutt, R & Schneider, P. (2014).** Size and synchronization of auditory cortex promotes musical, literacy and attentional skills in children. *The Journal of Neuroscience*, 34(33), 10937–10949.
- Seither-Preisler, A. & Schneider, P. (2015).** Neurokognitive Aspekte musikalischer Begabung. In Gruhn & A. Seither-Preisler (Hrsg.), *Der musikalische Mensch* (S. 329–356). Hildesheim: Olms-Verlag.
- Seither-Preisler A. & Schneider, P. (2015).** Positive Effekte des Musizierens auf Wahrnehmung und Kognition aus neurowissenschaftlicher Perspektive. In G. Bernatzky & G. Kreutz (Hrsg.), *Musik in der Medizin* (S. 375–394). Wien: Springer-Verlag.
- Schneider, P., Sluming, V., Roberts, N., Scherg, M., Goebel, R., Specht, H. J., et al. (2005).** Structural and functional asymmetry of lateral Heschl's gyrus reflects pitch perception preference. *Nat Neurosci*, 8(9), 1241–1247.

Schneider, P. & Seither-Preisler, A. (2015). Neurokognitive Korrelate von JeKi-bezogenen und außerschulischem Musizieren.

In U. Kranefeld (Hrsg.), Instrumentalunterricht in der Grundschule: Prozess- und Wirkungsanalyse zum Programm Jedem Kind ein Instrument. Bildungsforschung: Bd. 41 (S. 19–39) Berlin: BMBF.

Serrallach, B., Groß, T., Bernhofs, V., Engelmann, D., Benner, J., Gündert, N., Blatow, M., Wengenroth, M., Seitz, A., Brunner, M., Seither, S., Parncutt, R.,

Seither-Preisler, A. & Schneider, P. (2016, in Begutachtung). Neural biomarkers for dyslexia, ADHD and ADD in the auditory cortex of children.

Sutcliffe P. & Bishop, D (2005). Psychophysical design influences frequency discrimination performance in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 91 (3), 249–270.

Winner, E. (1996). The rage to master: The decisive role of talents in the visual arts.

In K. A. Ericsson (Hrsg.), *The road to excellence. The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games* (S. 271–301). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Zatorre, R. J. (2013). Predispositions and plasticity in music and speech learning: neural correlates and implications. *Science*, 342 (6158), 585–589.

Eckpunktepapier zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland¹

1. ADHS ist eine psychische Störung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sich vor allem auf kognitiver und Verhaltensebene äußert und die mit erheblichen Belastungen und Beeinträchtigungen einhergeht. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS zeigen charakteristische und im Lebensverlauf sich wandelnde Merkmale von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität, die nicht notwendigerweise alle gemeinsam auftreten, jedoch in mehreren Lebensbereichen (Familie, Schule, Beruf, Freizeit) zu beobachten sind. Diese Kernsymptome gehen in der Mehrzahl der Fälle mit anderen psychischen Störungen und Auffälligkeiten einher und sie verursachen bei den Betroffenen deutliche Belastungen und Beeinträchtigungen der zwischenmenschlichen Beziehungen, der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit und der Möglichkeiten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen. ADHS stellt somit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar [1, 3, 6, 11, 13, 20, 25].

2. ADHS tritt häufig auf und kann einen chronischen Verlauf vom Kindesalter bis ins Erwachsenenalter haben. Etwa 3 bis 6 % der Kinder und Jugendlichen leiden an ADHS, wobei die Störung bei Jungen häufiger auftritt als bei Mädchen. Im Erwachsenenalter liegt die Häufigkeit von ADHS bei etwa 3 %. ADHS ist eine chronische Störung und bei vielen Betroffenen persistiert die Symptomatik bis weit ins Erwachsenenalter hinein [5, 10, 15, 22].

3. Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor, die weitere Erforschung der

Ursachen ist jedoch notwendig. ADHS zählt zu den psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, über die bereits viele Erkenntnisse hinsichtlich der Ursachen gut gesichert sind. Genetische Ursachen haben den größten Anteil bei der Entstehung von ADHS, wobei Umweltfaktoren an der Entwicklung der ADHS beteiligt sind. Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge jedoch noch nicht abschließend geklärt. Eine weitere Erforschung der Ursachen von ADHS ist daher notwendig [7, 8, 14, 16].

4. ADHS lässt sich zuverlässig diagnostizieren. Wie alle psychischen Störungen ist die ADHS durch ein typisches Muster definiert, das sich aus mehreren Einzelsymptomen zusammensetzt, die in den international anerkannten Diagnosekriterien (von ICD-10, DSM-5) definiert sind und die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Bei diesen Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen, wie dies bei psychischen Störungen immer und auch bei körperlichen Erkrankungen nicht selten der Fall ist. ADHS kann aber von Normvariationen durch die Zahl und Schwere der Symptome und die damit einhergehende deutliche Beeinträchtigung meist in mehreren Lebensbereichen abgegrenzt werden. In Einzelfällen kann, wie bei vielen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen, die Differenzialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen oder auch zur Normvariation schwierig sein. Insbesondere die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern sowie die

Diagnostik assoziierter psychischer Störungen bedürfen besonderer Expertise. Auch die ADHS mit vorherrschend unaufmerksamem Erscheinungsbild, das gehäuft beim weiblichen Geschlecht auftritt, kann differenzialdiagnostisch schwer abzugrenzen sein. Insgesamt lässt sich ADHS mit gleicher Sicherheit und Verlässlichkeit wie andere psychische Störungen diagnostizieren [1, 6, 11, 27, 30].

5. Die frühzeitige Verminderung von ADHS-Symptomen und die Prävention ihrer negativen Auswirkungen sind möglich und sollten flächendeckend umgesetzt werden.

Mehrere auch im deutschen Sprachraum entwickelte Interventionsprogramme haben sich in der Prävention von expansiven Verhaltensauffälligkeiten einschließlich von ADHS-Symptomen bewährt und Studien belegen, dass sich ADHS-Symptome und assoziierte Auffälligkeiten durch psychosoziale Interventionen stabil vermindern lassen (indizierte Prävention). Die systematische Implementierung solcher evidenzbasierter Programme im Vorschul- und Schulalter sollte nun eingeleitet werden [17, 18, 23].

6. Die Behandlung von ADHS erfordert einen individuellen multimodalen Ansatz.

In der Regel ist für eine wirkungsvolle Therapie eine Kombination verschiedener individuell angepasster Behandlungskomponenten notwendig, die als multimodale Therapie bezeichnet wird. Neben verhaltenstherapeutisch fundierten Behandlungen im Einzel- und Gruppensetting (im Kindes- und Jugendalter einschließlich Elternt raining und Interventionen im Kindergarten und in der Schule) hat sich besonders die pharmakologische Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als wirkungsvoll erwiesen. Die Pharmakotherapie ist daher ein wesentlicher Behandlungsbaustein, sie ist jedoch nicht bei allen Patienten notwendig und sie bedarf einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept, das zumindest eine intensive Beratung der Betroffenen (im Kindes- und Jugendalter einschließlich ihrer Bezugspersonen) umfasst. Häufig, jedoch nicht immer, sind zusätzlich verhaltenstherapeutische Interventionen indiziert. Die spezielle Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung und zu weiteren Interventionen ist – ebenso wie die Entscheidung über Zeitpunkt, Dauer und Dosis – in jedem Einzelfall sorgfältig und entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Langfristige Kontrollen von Wirkungen und Nebenwirkungen sind bei medikamentöser Therapie, wie bei allen anderen Behandlungsformen, notwendig [2, 6, 11, 12, 19, 21, 25, 26, 30].

Andere Therapieverfahren umfassen Nahrungsmittelergänzung und Neurofeedback, deren Stellenwert im Rahmen einer multimodalen Therapie jedoch noch eingehender untersucht werden muss. Zur Behandlung assoziierter psychischer Störungen können weitere psychotherapeutische Interventionen auf verhaltenstherapeutischer, familiensystemischer oder tiefenpsychologischer Grundlage

oder pharmakologische Interventionen indiziert sein [24].

7. Eine umfassende und leitlinienorientierte Diagnostik, Prävention und Therapie muss weiter verbessert werden.

Die Diagnostik, Prävention und Therapie von Patienten mit ADHS orientiert sich an den evidenzbasierten Leitlinien, die international weitgehend vergleichbare Standards definieren. Diese Standards sind gegenwärtig noch nicht flächendeckend realisiert. Um eine leitliniengerechte Versorgung zu realisieren, müssen:

- (1.) die Zusammenarbeit der Fachpersonen innerhalb des Gesundheitssystems verbessert (siehe Eckpunkt 8),
- (2.) die Vernetzung mit anderen relevanten gesellschaftlichen Systemen verbessert (siehe Eckpunkt 9),
- (3.) die Kooperation mit der Selbsthilfe intensiviert (siehe Eckpunkt 10),
- (4.) die Fort- und Weiterbildung ausgebaut (siehe Eckpunkt 11) und
- (5.) die Forschung stärker unterstützt werden (siehe Eckpunkt 12).

8. Eine fachgerechte Versorgung von Patienten mit ADHS innerhalb des Gesundheitssystems erfordert eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Leistungserbringer und die Schließung von Versorgungslücken.

Eine wirkungsvolle Prävention sowie die bedarfsgerechte diagnostische und therapeutische Versorgung von Patienten mit ADHS erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Psychotherapeuten und Heilmittelerbringern (z. B. Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, MOTOtherapeuten) sowie mit Psychologen, Pädagogen und weiteren Fachkräften. In vielen Regionen haben sich Versorgungsnetze gebildet, die weiter gestärkt werden müssen und deren Aufbau in unterversorgten Regionen unterstützt werden muss. Eine Finanzierung dieser interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Krankenkassen ist hilfreich. Die bestehenden ADHS-Verträge einzelner Krankenkassen mit Leistungserbringern können dabei hilfreich sein und sollten weiter ausgebaut werden. Weitere Versorgungslücken, beispielsweise im Angebot verhaltenstherapeutischer Interventionen und von Diagnostik- und Behandlungsangeboten für Erwachsene, müssen geschlossen werden. Der Übergang vom Jugendalter in das Erwachsenenalter ist mit einem Wechsel der Behandlung verbunden und bedarf besonderer Abstimmung [9, 28, 29].

9. Eine umfassende Versorgung von Patienten mit ADHS erfordert spezifische Hilfestellungen in anderen gesellschaftlichen Systemen sowie eine enge Vernetzung mit dem Gesundheitssystem.

Da Patienten mit ADHS unter Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen leiden, sind neben der Therapie in diesen Bereichen gezielte Unterstützungen und Hilfen in allen betroffenen Lebensbereichen notwendig, die weiter verbessert werden müssen. Dabei kommt den Bereichen Schule und Jugendhilfe eine

besondere Bedeutung zu. Um diese zusätzlich notwendigen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen, in Schulen (z. B. Inklusion), in der Jugendhilfe, in der Berufsförderung und der Rehabilitation zu optimieren, ist eine weitere Stärkung der Kooperation im Rahmen regionaler Netzwerke notwendig [9, 28, 29].

10. Die Zusammenarbeit der Fachpersonen und Fachstellen mit der Selbsthilfe trägt zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit ADHS bei und muss weiter intensiviert werden. Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt ADHS-Betroffene und ihre Angehörigen bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme. Im konstruktiven Dialog zwischen Selbsthilfeorganisationen und Fachkräften sollten die jeweiligen Beiträge zur Versorgung optimiert werden.

11. Die Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung von Leistungserbringern im Gesundheitssystem und von Fachkräften in anderen gesellschaftlichen Systemen muss intensiviert werden. Obwohl das Wissen um ADHS und ihre adäquate Behandlung bei Leistungserbringern im Gesundheitssystem und Fachkräften in anderen gesellschaftlichen Systemen (z. B. Erziehern, Lehrern, Sozialarbeitern) sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat, ist es notwendig, das Wissen bezüglich der empirisch gesicherten Erkenntnisse zur ADHS, präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen weiter auszubauen.

12. Die Erforschung von ADHS in Deutschland muss weiter gefördert werden. Sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch für das Erwachsenenalter erfolgt die weitere

Erforschung der Ursachen von ADHS, ihres Verlaufs, der Effekte präventiver und therapeutischer Interventionen auf hohem Niveau und deutsche Wissenschaftler sind in internationalen Forschungs- und Leitliniengruppen aktiv eingebunden. Diese Forschungsaktivität muss weiter unterstützt und ausgebaut werden, weil sie mittel- und langfristig einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS leistet.

13. In der Öffentlichkeit sind Fehlinformationen über das Störungsbild und seine Behandlung noch immer weit verbreitet, eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit ist daher notwendig. Schulen, Tageseinrichtungen und andere Erziehungsinstitutionen sowie an der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beteiligte Verwaltungen (Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt, Strafvollzug und Polizei) sollten verstärkt über ADHS informiert werden. Öffentlichen Medien und der Fachöffentlichkeit sollten vermehrt evidenzbasierte Informationen zur ADHS und effektiven präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden. Das kann dazu beitragen, dass den Menschen mit ADHS mit größerem Verständnis begegnet wird, ihre Chancen zur Integration und Teilhabe sich verbessern und sie mehr Möglichkeiten haben, ihre besonderen Begabungen in die Gesellschaft einzubringen [4, 9, 31].

Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Köln

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Mannheim

Prof. Dr. Michael Rösler, Homburg

Dr. Klaus Skrodzki, Forchheim

Dieses Eckpunktepapier wird unterstützt von folgenden Fachverbänden und Organisationen:

- ADHS Deutschland e. V.
- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (AG ADHS)
- Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater e. V. (AG NNP)
- Berufsverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)
- Berufsverband der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BVDP)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
- Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen e. V. (DBM)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, DGPS)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVt)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (DPTv)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)

Literatur

1. American Psychiatric Association / Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5® Göttingen: Hogrefe.
2. Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Sonuga-Barke, E. J., & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15(8), 476-495.
3. Banaschewski, T., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Döpfner, M., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E., & Taylor, E. (Hrsg.). (2015). ADHD and Hyperkinetic Disorder (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
4. Barkley, R. A. (2002). International consensus statement on ADHD. January 2002. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 5(2), 89-111.
5. Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157(5), 816-818.
6. Bundesärztekammer (Hrsg.). (2007). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Stellungnahme herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
7. Burt, S. A. (2009) Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychol. Bull.* 135, 608-637.
8. Chang, Z., Lichtenstein, P., Asherson, P. J. & Larsson, H. (2013) Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry* 70, 311-318.
9. Döpfner, M., Banaschewski, T., Krause, J., & Skrodzki, K. (2010). Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 131-136.
10. Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & BELLA Study Group. (2008). How often do children meet ICD-10/ DSM-IV criteria of Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder? Parent based prevalence rates in a national sample-results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (supplement 1), 59-70.
11. Döpfner, M., Frölich, J., & Lehmkuhl, G. (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*, Band 1. (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
12. Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Schepker, R., & Frölich, J. (2007). Hyperkinetische Störungen (F90). In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 239-254). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
13. Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Polanczyk, G. V., Moffitt, T. E., Murray, C. J., Vos, T., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2014). The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. *J Child Psychol Psychiatry*, 55(4), 328-336. doi: 10.1111/jcpp.12186
14. Faraone, S.V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J.K., Ramos-Quiroga, J.A., Rohde, L.A., Sonuga-Barke, E.J.S., Tannock, R. & Franke, B. (2015) Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews (online)* doi:10.1038/nrdp.2015.20.
15. Faraone, S.V., Biederman, J. & Mick, E. (2006) The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol. Med.* 36, 159-165.
16. Faraone, S.V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005) Molecular genetics of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Biol. Psychiatry* 57, 1313-1323.
17. Hanisch, C., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Jänen, N., Plück, J., Brix, G., Eichelberger, I., & Döpfner, M. (2010). Detecting effects of the indicated Prevention programme for Externalizing Problem behaviour (PEP) on child symptoms, parenting, and parental quality of life in a randomised controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 95-112.
18. Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D., & Döpfner, M. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world.

- Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-396.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence (2013) Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Issued: September 2008 last modified: March 2013. NICE clinical guideline 72. guidance.nice.org.uk/cg72.
 20. Nigg, J.T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev*, 33(2), 215-228.
 21. Pelham, W.E. & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
 22. Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi: 10.1111/jcpp.12381.
 23. Plück, J., Eichelberger, I., Hautmann, C., Hanisch, C., Jaenen, N., & Doepfner, M. (2015). Effectiveness of a teacher based indicated prevention program for pre-school children with externalizing problem behaviour *Prevention Science*, 16, 233-241.
 24. Sonuga-Barke, E.J.S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M.T., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., van der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., Wong, I., Sergeant, J., & on behalf of European ADHD Guidelines Group. (2013). Non-pharmacological interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170, 275-289.
 25. Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A., & Döpfner, M. (Hrsg.). (2010). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer.
 26. Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H.-C., & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 1, 17-30.
 27. WHO (Hrsg.) (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (9., veränd. Aufl.)*. Bern: Huber.
 28. Zentrales adhs-netz (2009). Eckpunkte zu ADHS und Schule. Stand: 02.04.2009, http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber_das_Netz/Taetigkeit/Arbeitsgruppen/ADHS_und_Schule/Eckpunktepapier_zu_ADHS_und_Schule.pdf.
 29. Zentrales adhs-netz (2010). Eckpunkte zu ADHS und Jugendhilfe. Stand: 23.11.2010, http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber_das_Netz/Struktur/Arbeitsgruppen/Eckpunkte_zu_ADHS_und_Jugendhilfe.pdf.
 30. Zentrales adhs-netz (Hrsg.). (2012a). *Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll*. Göttingen: Hogrefe.
 31. Zentrales adhs-netz (2012b). Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zu häufigen Fehlinformationen der Presse zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stand: 19.03.2012, http://www.zentrales-adhs-netz.de/uploads/media/Stn_zan_Fehlinformationen_Presse_verabsch._01.pdf.

¹ Diese Eckpunkte sind eine überarbeitete und aktualisierte Fassung des Papiers „Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ vom 29. Oktober 2002. Grundlage dieser Überarbeitung durch das zentrale adhs-netz war die Statuskonferenz ADHS, die vom 08. bis 09. Dezember 2014 in Berlin stattfand. Eingeflossen in dieses Eckpunktepapier 2016 sind Stellungnahmen des zentralen adhs-netzes oder anderer Organisationen, bei denen das zentrale adhs-netz mitgearbeitet hat sowie Eckpunktepapiere des zentralen adhs-netzes zu ADHS und Schule und ADHS und Jugendhilfe (<http://www.zentrales-adhs-netz.de/ueber-das-netz/taetigkeit/arbeitsgruppen.html>). Die vorläufige Fassung wurde im interdisziplinären Beirat des zentralen adhs-netzes am 28.11.2015 und im Beirat der regionalen ADHS-Netze am 07.11.2015 diskutiert und anschließend von der Leitungsgruppe überarbeitet und am 15.01.2016 von ihr verabschiedet.

AD(H)S – Wie bekomme ich mein Leben in den Griff?

Mit diesem Artikel möchte ich nicht einfach Ratschläge geben, denn diese bekamen und bekommen Menschen mit AD(H)S von allen Seiten genug, sondern aufzeigen, was außerdem noch erforderlich ist, um Ratschläge wirkungsvoll umsetzen zu können. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass jeder Betroffene seine AD(H)S-Problematik versteht und begreift. Dabei gleicht kein AD(H)S dem anderen. Während ein Hyperaktiver seine Schnelligkeit im Denken und Handeln eher drosseln und länger überlegen sollte, wird von den Hypoaktiven ein schnelleres Denken und Reagieren erwartet. Wobei beide Gruppen es nicht einfach haben, ihre bisherigen Denk- und Verhaltensweisen zu verändern. Das folgende schrittweise Vorgehen hat sich dabei in der Praxis bewährt:

1. Schritt: Seine besonderen Fähigkeiten kennen, von ihnen profitieren und sie als wertvolle Ressourcen nutzen

Jeder AD(H)Sler verfügt über besondere Fähigkeiten, die aber ungenutzt schnell verkümmern. Es gilt, sie wieder zu entdecken, aufzulisten und zu dokumentieren. Dazu ist ein kurzer, aber positiver Rückblick erforderlich mit Beantwortung folgender Fragen:

Wer bin ich?

Was kann ich alles gut, was sind meine Stärken?

Was habe ich bisher geleistet?

Was will und sollte ich unbedingt ändern?

Die Antworten bitte aufschreiben und öfter durchlesen!

AD(H)S-Betroffene sollten überhaupt mehr über sich und ihr Verhalten nachdenken und das schriftlich protokollieren, um nicht so viel Gutes aus ihrer Vergangenheit zu vergessen. Denn sie sind viel zu sehr nach außen orientiert und kümmern sich mehr um andere und deren für sie selbst meist unwichtige Dinge. Am Anfang jeder gewünschten Veränderung steht: Seine positiven Seiten auflisten, sein Selbstvertrauen stärken.

2. Schritt: AD(H)S begreifen, seine Besonderheiten kennen und entsprechend handeln

Warum haben es gerade Menschen mit AD(H)S besonders schwer, gewünschte und erforderliche Veränderungen im Denken und Handeln zu realisieren? Weil sie immer viel zu viele Gedanken im Kopf haben und deshalb sich nicht auf eine Sache konzentrieren können. Ihr Gehirn nimmt gleichzeitig zu viele Informationen auf, die meist auch irgendwo abgespeichert werden, aber nicht immer dort, wo sie hingehören, um im Bedarfsfall abrufbereit zu sein. Deshalb fällt ihnen auch das Lernen aus Fehlern so schwer.

Infolge der Reizfilterschwäche ihres Stirnhirns gelangen zu viele Informationen zum Arbeitsgedächtnis und von dort zum Langzeitgedächtnis, die alle eine „Mini-Nervenbahn“ hinterlassen. Dadurch entsteht ein viel zu engmaschiges Netz an Nervenverbindungen, was typisch für ein AD(H)S-

Gehirn ist. Nur Informationen, die sich ständig wiederholen, ohne von anderen „Gedanken“ abgelenkt zu werden, können dicke Lernbahnen aufbauen, die eine Automatisierung von Denken und Handeln ermöglichen. Automatisch funktionierende Abläufe sind Voraussetzung für spontanes, schnelles und richtiges Reagieren ohne erst lange nachdenken zu müssen. So wie Autofahren, Fremdsprachen, Handybedienung und vieles andere mehr funktionieren.

Es gilt also das fein verzweigte neuronale Netz im AD(H)S-Gehirn durch konkrete Vorsätze und deren ständiger Wiederholung zu dichten „Lernautobahnen“, den Gedächtnisbahnen umzubauen. Das gelingt umso besser, je jünger der Betroffene ist, wird leider mit zunehmendem Alter schwieriger. Immer ist dafür eine aktive und motivierte Mitarbeit erforderlich. Medikamente allein genügen nicht, können aber das Bemühen der Betroffenen wesentlich unterstützen, sowie das Erreichen gewünschter Ziele beschleunigen. Bei einer ausgeprägten AD(H)S-Symptomatik ermöglichen Stimulanzien erst ein erfolgreiches Bemühen, Vorsätze allein reichen dann nicht. Stimulanzien gleichen die Unterfunktion des Stirnhirns (Informationen können gezielter aufgenommen und unwichtige ausgeblendet werden) und den Botenstoffmangel aus (Informationen werden dann schneller weitergeleitet).

3. Schritt: Durch Vorsätze und kurzfristige Ziele Denken und Handeln verbessern

Sich täglich immer wieder die gleichen Vorsätze und konkrete, kurzfristig erreichbare Ziele geben bis zu deren Gelingen, das baut Lernbahnen auf und entspricht einer Nachreifung des Gehirns. Durch eine aktive und motivierte Mitarbeit verbessern sich nach einiger Zeit auch Konzentration und Verhalten spürbar. Damit dies gelingt, brauchen AD(H)Sler für jeden Tag einen konkreten Terminplan mit drei Rubriken:

- unbedingt heute erledigen (rot)
- in dieser Woche noch erledigen (blau)
- in diesem Monat erledigen (grün)

Erledigtes durchstreichen!

Dazu den Tagesablauf strukturieren, d. h. zu festgelegten Zeiten immer wieder das Gleiche tun, damit sich Handlungsabläufe und Zeitgefühl automatisieren können und dann weniger anstrengend sind.

4. Schritt: Sein eigenes Selbstmanagement entwickeln und praktizieren

Gewünschte und notwendige Veränderungen formulieren, protokollieren und am Abend deren Erreichen kurz beurteilen. Dabei Prioritäten setzen, nicht mehr als zwei oder drei Schwerpunkte gleichzeitig formulieren. Dazu einige Beispiele zur Anleitung zum Selbstmanagement bei Schwierigkeiten die Wohnung in Ordnung zu halten, bei Problemen

in der Kindererziehung und im Umgang mit Arbeitskollegen.

Folgendes könnte dabei beim Aufräumen hilfreich sein:

Verzetteln Sie sich nicht! Menschen mit AD(H)S haben viele Fähigkeiten und viele Interessen, deshalb fällt es ihnen schwer, bei der Sache zu bleiben oder sich von etwas zu trennen. Sie können alles irgendwann und irgendwo gebrauchen. Beim Aufräumen finden sie Gegenstände, die sie schon lange gesucht haben oder sie wechseln zu Tätigkeiten, die längst erledigt sein sollten. Deshalb Aufräumen immer in drei Etappen praktizieren, damit es sich automatisieren kann:

1. Den Fußboden frei räumen
2. Herumliegende Kleidungsstücke, benutztes Geschirr und leere Flaschen gleich an Ort und Stelle geben. Alles möglichst nur einmal in die Hand nehmen, nichts irgendwo abstellen oder zwischenlagern. Es wird vergessen und muss später gesucht werden.
3. Tisch- und Schrankflächen frei räumen, Unwichtiges gleich entsorgen, Zeitschriften nicht stapeln, nur wirklich sehr wichtige Artikel ausschneiden und in Ordner ablegen. Mindestens einmal im Jahr Bücher, Zeitschriften, Haushaltsgegenstände, altes Geschirr, Kleidung, Schuhe durchsehen und nicht mehr Benutztes aussortieren. Sich von Ballast befreien, um Ordnung, Übersicht und mehr Zeit zu haben.

Probleme bei der Kindererziehung vermeiden

Wenn eines der Eltern ein AD(H)S hat, können Sie sicher sein, dass mindestens eines Ihrer Kinder etwas davon geerbt hat, was durchaus auch sehr positiv sein kann. Sie als Eltern beeinflussen wesentlich den Entwicklungsverlauf Ihrer Kinder. Deshalb frühzeitig Strukturen schaffen, nicht zu viel reden, sondern durch das eigene Vorbild konsequent erziehen und nicht verwöhnen. Verwöhnte Kinder sind weniger anstrengungsbereit, was mit zunehmenden Anforderungen immer problematischer werden wird. Deshalb frühzeitig Selbständigkeit fördern und einfordern, dazu Tagespläne und Rituale vorgeben, die helfen den Tagesablauf zu automatisieren und die Erziehung zu erleichtern. Bei auftretenden Problemen gemeinsam nach Lösungen suchen, dann einen schriftlichen Vertrag abschließen, den beiderseits unterschreiben und auf dessen Einhaltung achten. Gestatten Sie so wenig wie möglich Ausnahmen und lassen Sie sich nicht auf lange Diskussionen ein. Diese werden sonst zur Regel und kosten Ihnen sehr viel Kraft und Zeit. Verlangen Sie nichts von ihrem Kind, was Sie ihm nicht vorleben. AD(H)S-Kinder können sehr gut beobachten; sie registrieren sofort, wenn z. B. ihre Mutter sich einer Notlüge bedient. Sie dagegen immer wieder gesagt bekommen, nicht zu lügen. Jedenfalls haben sich in meiner Praxis sehr viele Kinder und Jugendliche besonders darüber beklagt. Denn AD(H)S-Kinder haben einen großen Gerechtigkeits-sinn, was häufig zu Streit mit den Geschwistern führt. Hier

hilft das gemeinsame Erstellen einer Kinderzimmerordnung, konkrete Vorgabe von Pflichten, die kontinuierlich in eigener Verantwortung zu erfüllen sind und ein Hausaufgabenplan für alle Geschwister. Diese Pläne werden für jeden einsehbar immer an der gleichen Stelle angebracht. Deren Einhaltung unbedingt kontrollieren, am besten im Rahmen einer kurzen gemeinsamen Tagesreflexion am Abend. Die Konsequenzen bei deren Nichteinhaltung nicht vergessen, deutlich formulieren und realisieren.

AD(H)S-Kinder brauchen viel Bewegung. Sport ist für sie Medizin, weil er ihre körperliche und soziale Entwicklung fördert. Das Sozialverhalten kann sich nur im Umgang mit Personen, vor allem mit Gleichaltrigen entwickeln, Mediengebrauch ist dafür ungeeignet, der sollte kontrolliert und begrenzt werden.

Den Umgang mit Arbeitskollegen vereinfachen

Versuchen Sie, Ihr Denken und Handeln sozial angepasst auszurichten, aber vergessen Sie dabei Ihre eigenen Ziele nicht. Sind Sie sich Ihrer eigenen Stärken bewusst, ordnen Sie sich nicht grundsätzlich unter, sondern überlegen Sie, was Ihnen nutzen könnte ohne den anderen zu schaden. Entwickeln Sie Ihre Persönlichkeit mit Hilfe von Vorsätzen, kurzfristigen Zielen und – wenn erforderlich – auch mit Hilfe von Stimulanzien. Vertrauen Sie nur wirklich echten Freunden, die Sie schon seit Jahren kennen und auf die Sie sich immer verlassen können. Unüberlegte Äußerungen verursachen sehr viele Konflikte, berufliche Nachteile und Stress, die es unbedingt zu vermeiden gilt. Beachten Sie, dass AD(H)Sler von ihrer Veranlagung her viel empfindlicher sind, sich immer gleich persönlich angegriffen fühlen und viel zu impulsiv handeln. Deshalb bei Erregung nicht sofort reagieren, erst nachdenken, sich beruhigen oder eine Bedenkzeit erbeten. Lernen Sie Tatsachen, die unabänderlich sind zu akzeptieren und überlegen Sie, wie es Ihnen gelingen könnte, das Beste aus der Situation zu machen. Prüfen Sie gründlich, ehe Sie mit jemandem über vertrauliche Dinge sprechen, das könnte Ihnen sonst viel Ärger, Konflikte mit Vorgesetzten und Stress bereiten. Gerade AD(H)Sler bauen Stress viel langsamer ab, sie leiden darunter länger und stärker. Deshalb sollte jeder Betroffene über eine für ihn wirksame Methode der Entspannung zum Stressabbau verfügen. Auch im Umgang mit Aggressionen sollte jeder seinen eigenen Weg haben. Am wirkungsvollsten ist hierbei das Abwenden von Blickkontakten, reicht das nicht aus, empfiehlt sich eine kurzfristige räumliche Trennung und wenn erforderlich, dann auf einen weichen Gegenstand schlagen bis man sich wieder beruhigt hat.

Das waren einige Beispiele für typische AD(H)S-Probleme deretwegen viele Betroffene zu mir in die Praxis kamen. Aus eigenen Erfahrungen und neurobiologischen Kenntnissen entwickelte ich lern- und verhaltenstherapeutische Strategien, die den Betroffenen halfen, ihr Leben wie z. B.

in den oben genannten Bereichen zu verbessern. Schwerpunkte meiner therapeutischen Bemühungen waren immer: Ein Verständnis für die individuellen AD(H)S-Probleme zu vermitteln, das gemeinsame Erarbeiten von Lösungswegen, um Erfolge und Anerkennung zu genießen, sich loben zu können, sein Selbstwertgefühl und seine soziale Kompetenz zu verbessern. Das erfordert jedoch Wissen und ein funktionierendes Selbstmanagement. Deshalb bitten Sie Ihren Therapeuten um eine entsprechende Anleitung und holen Sie sich Unterstützung von den Mitgliedern einer AD(H)S-Selbsthilfegruppe.

Dieser Artikel konnte nur ein kleiner Ausschnitt von dem sein, was bei AD(H)S alles zu beachten ist, um sein Leben in Griff zu bekommen. Wegen der unterschiedlichen Lebensläufe und deren speziellen Problemen sind sicher im Einzelfall weitere Informationen und praktische Hinweise erforderlich. Für den interessierten Leser empfehle ich mein Buch:

„AD(H)S – Hilfe zur Selbsthilfe“, ISBN 978-3-17-023351-5, Kohlhammer-Verlag

■ Dr. Helga Simchen

... wir sagen Danke für Ihre Unterstützung

Liebe Mitglieder des ADHS Deutschland e. V.,

seit 1979 gibt es die Selbsthilfe für ADHS.

Gemeinsam haben wir in den letzten Jahren schon sehr viel geschafft, doch auch in der Zukunft gibt es noch einiges zu tun. Da wäre die Akzeptanz in der Gesellschaft, die noch lange nicht optimal ist, sowie die Versorgung der Betroffenen, um nur zwei Punkte zu nennen.

Statt einer chronologischen Darstellung wollen wir Ihnen drei Berichte aus der Selbsthilfe abdrucken, die Ihnen die Entwicklung näher bringen.

1986 wurde der BV-AH e. V. und 1987 sowohl der BV AüK e. V. und der AdS e. V. als Bundesverbände im Vereinsregister eingetragen. Wir möchten heute DANKE sagen! Danke an alle, die in diesen mehr als drei Jahrzehnten unsere Selbsthilfearbeit unterstützt haben und noch immer unterstützen.

Exemplarisch haben wir die derzeitigen Aktiven, die namentlich auf unserer Internetseite bzw. unserer Verbandszeitschrift genannt werden möchten, aufgeführt:

DANKE

Sonja Adam, Annette Arens, Martina Auth, Ruth Averbek, Raffaella Backus, Pia Basista, Andreas Basten, Ingeborg Bauer, Anika Baum, Bärbel Becker-Ahrens, Andrea Behrens, Sabine Berg, Gertrud Bergmann, Dominique Bertholdt, Dagmar Beyer-Schweinsberg, Berta Bleicher, Patrik Boerner, Astrid Bojko-Mühr, Kornelia Boldt, Elke Boukelikha, Christina Briese, Herta Bürschgens, Joern Chomantowski, Ilona Christoph, Birgit Claas, Adele Cordes, Thomas Dereser, Horst Diecks, Dagmar und Christoph Dietz, Peter Dietze-Felberg, Carsten Donath, Dr. Dorothea Böhm, Doro-

thea Drewitz, Gerhild Drüe, Claudia Ebberts-Fiegl, Johanna Ebbinghaus, Petra Eirainer, Margot Elzenbeck, Renate Enz, Christine Erber, Imke Essink, Anneliese Euler, Silvia Faupel, Rupert Filgis, Freya Franke, Angela Fresslé, Claudia Fricke, Irene Froese de Knorpp, André Fröhlich, Iris Fuchs, Dagmar Fuchs-Pfeifer, Peter Gabriel, Margarete Gätzen, Gerhild Gehrmann, Elke Gerdes, Petra Gerten, Alexandra Gräf, Renate und Peter Greiner, Ursula Grube-Wilhelm, Sabine Günzel, Volker Gutmann, Hans-Josef Haarhoff, Anja Häberlein, Friedrich Haffner, Stephanie Hager, Dragan Harder, Elke Harms, Sabine Heidemann, Elvira Hendricks, Marianne Hennig, Robert Heringer, Karin Heynen, Monika Hillmann, Merry Hofmann, Silvia Horn, Andrea Horstmann, Hildegard Huff, Paul Hundelshausen, Simone Hundertmark, Stefanie Illi, Petra Ipek, Birgit Islamoglu, Sandra Jackelen, Anne-Katrin Janicki, Ute Jansen, Elisabeth Kaiser, Sandra Kamieth, Kaya Kaps, Joachim Katz, Evelyn Kaufmann, Julia Kufle, Kirsten Kilian, Michael Klaus, Silke Klefler, Kerstin Kleiner, Frank Kley, Carola Kliemek, Dorothea Klüter, Karl Heinz Kluth, Eduard Knappe, Karin Knudsen, Uwe Koch, Sabine Kolb, Martina Korfmacher, Jasmin Kornatz, Ellen Köster-Schmidt, Walter Krauß, Claudia Krebs-Lüdenbach, Edeltraud Kuhlmann, Iris Kühn, Nicol Lang, Bernhard Lange, Ursula Leder, Monika Lehmann, Margitta Lengen, Tomasz Pascal Lewandowski, Harald Linke, Joachim Litterer, Yvonne Löwendorf, Mirjam Mahler, Ina Mahr, Holger Mann, Stefanie Mayer-Hess, Theresia Mazur, Yvonne Meinders, Annette Menzel, Uwe Metz, Andrea Meyer, Helga und Gerhard Meyer, Renate Meyer, Kristina Meyer-Estorf, Ingrid Meyer-Kaufmann, Jochen Müller, Eva Müller, Michaela Nagy, Isolde Neumair, Astrid Neuy-Bartmann, Dietlinde Nitschke, Angelika Nyberg, Patricia Ödell, Nicola Paradiso, Michael und Kirstin Parge, Elke Parnitzke, Claudia Pasewalk, Carola Paumichl, Claudia Pauly, Philipp Pavsic, Petra Peilert, Monika Popp, Heike Porster-Klein, Anna Maria Probst, Eva Rahlke, Christine Ranzijn, Nicole Rebitzki,

Stefan Reh, Ulrike Richter, Karen Richter, Heike Rieb, Bettina Riede, Kirsten und Jürgen Riedelbauch, Ilka Ilona Riedner, Uta Ringeling, Marion Rudolph, Jan Ruhk, Renate Ruopp, Petja Samulowitz, Günter Sander, Jürgen Schaack, Felix Schenk, Karin Schewen, Uwe Schied, Thomas Schink, Ronald Schmidt, Manja Schmidt, Alexander Schmidts, Spiri Schnabel, Karin, Regina Schrage, Angela Schwager, Anette Schwarz, Ursula Schwiertz, Markus Schwipp, Anna Maria Schwital, Silke Seeger, Karin-Gisela Seegers, Richarda und Peter Seidel, Bärbel Sonnenmoser, Alexandra Sorgius, Brigitte Sparenberg, Monika Spieß, Claus Staudter, Kornelia Stein, Silvia Stein, Christine Steinke, Petra Stockemer, Cordula Stölzel, Zuzana Strazanova, Dr. Johannes Streif, Andrea Tellermann-Eschert, Silvia Thiel, Andrea Thierer, Gert Tiefenbach, Margit Tütje-Schlicker und Walter Schlicker, Alexander Uhlir, Dorothea Vennemann, Claudia und Jörg Veutgen, Ulrike Vlk, Hans Rudi Vogt, Ute von Baumbach, Heike von Gymnich, Iris Walter, Sigrid Weber, Angelika Weber-Gerigk, Ivonne Wege, Birgit und Andreas Weigel, Andrea, Reinhard Wendorff, Maren Wenk, Ruth Wissing, Diana Wickert, Marion Wiese, Anita Wiesner, Andrea Winckler, Andrea Wohlers, Brigitte Wolf, Jörg Wöltche, Martina Wößner, Daniela Wrobel, Christina Wunder-Semmlinger,

Andrea Zillmann, Hartmut und Antje Gartzke, Dr. Klaus Skrodzki, Christiane Eich, Isabell Streif, Dr. Myriam Bea, Detlev Boeing, Dr. Johanna Krause, Prof. Dr. Klaus-Henning Krause, Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch, Prof. Dr. Martin Ohlmeier, Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Prof. Dr. Marcel Romanos, Dr. Helga Simchen, Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst, Prof. Dr. Hans Biegert, Roberto D'Amelio, Dr. Fritz Jansen, Dr. Rudolf Kemmerich, Dr. Roy Murphy, Cordula Neuhaus, Erika Tittmann, Dr. Cristina Clement, Petra Festini, Veranes Schüpferling, Jürgen Gehrmann, Dr. Ira Zauner, Heiko Assmann, Elisabeth Busch-Boeing, Sieglinde Lugert, Claudia Aurich, Carolin Zasworka, Karin Bobsin, außerdem danken wir allen Ehemänner und Ehefrauen, Partnern und Partnerinnen, Familienmitgliedern und Verwandten von der Oma/Opa über die Tante/Onkel bis hin zu den Kindern und Enkeln sowie allen Freunden und Sympathisanten des Verbandes und ... allen, die wir hier vielleicht nicht aufgezählt oder unglücklicherweise vergessen haben abzdrukken, aber trotzdem einen wichtigen Beitrag zur Selbsthilfearbeit geleistet haben.

■ ADHS Deutschland e. V.

Meine Erfahrungen im Mitglieder(Eltern)verband

Vom Hyperkinetischen Syndrom des Kindesalters zur ADHS des Erwachsenenalters

Auf einer Veranstaltung des Elternbeirats der Grundschule meines jüngeren Sohnes lernte ich 1991 Frau Dr. phil. Edith Klasen, Gründungsmitglied der Elterninitiative zur Förderung hyperaktiver Kinder, und Herrn Dr. med. Eggert, Kinderarzt an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, kennen.

Unterschiedlicher hätten die Positionen nicht sein können, Dr. med. Eggert empfahl Diät zur Behandlung und Frau Dr. phil. Klasen wusste zu berichten, dass in den USA schon seit längerer Zeit Kinder mit dem Hyperkinetischen Syndrom erfolgreich mit Stimulanzen (Ritalin®) behandelt wurden.

Ich hatte gerade die ersten Erfahrungen bei meinem Sohn mit der Ritalin-Behandlung mitgemacht und wusste, manchmal geht es nicht ohne diese Therapie. Ohne Medikamente kann diese Störung zur Hölle für das Kind und die Familie werden.

Nach der Disqualifizierung von Müttern als „Ritalinmütter“ durch Dr. Eggert, der nur von der Ernährung mit bestimmten Diäten überzeugt war, habe ich mich dann gemeldet und von meinen Erfahrungen gesprochen, die ich als Mutter und Ärztin bei meinem Sohn gemacht habe.

In der Pause umringten mich Mütter der Elterninitiative, die von Dr. Eichlseder und Herrn von Borries gegründet worden war, und baten mich, mich doch in ihrem Kreis zu engagieren. Dies war der Anfang meines Engagements für Eltern mit betroffenen Kindern. Zu dieser Zeit hatte der Verband etwa 200 Mitglieder.

In der Elterngruppe wurde mir schnell klar, dass nicht nur die Kinder betroffen waren, sondern auch die Eltern. Ab 1994 habe ich schon Fragebogen an die Eltern verteilt, um mit ihnen herauszufinden, an welche Symptomatik sie sich noch erinnern können.

1995 schrieb ich dann einen Elternratgeber (Leben mit hyperaktiven Kindern), weil mir die Schwierigkeiten im Umgang mit den betroffenen Kindern aus eigener Anschauung sehr bewusst waren. Die tägliche Herausforderung, sich nicht in eine Falle locken zu lassen, bei der sich am Ende immer ein grässlicher Machtkampf entwickelte, war auch mir nicht unbekannt; und das, obwohl ich Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie war!

Ab 1996 wurde ich dann als Beisitzerin in den Vorstand gewählt, weil einer der beiden Gründer der Initiative, Herr von Borries, entlastet werden wollte. Natürlich war mein Ziel, die Erwachsenen mit einzubinden.

1998 ergab sich die Möglichkeit an der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität an einer Studie zur Erforschung der Dopamintransporter teilzunehmen. Es war zu vermuten, dass bei der Störung ADHS die Dopamin-Transporter eine Rolle bei den Symptomen der Störung spielen könnten. Mein Mann war habilitierter Wissenschaftler und Leiter einer neurologischen Ambulanz, die zur Universität gehörte, so dass er mit seinem Anliegen, an der Studie mit dem Ziel, mögliche Ursachen zu erforschen, ernst genommen wurde. Mir war es sehr wichtig, diese Störung auch mit wissenschaftlichen, biologischen Daten nachweisen zu können. Die ebenfalls betroffenen Eltern der Münchner Gruppe haben uns bei diesem Vorhaben sehr engagiert unterstützt, sie waren bereit, entsprechende Messungen mit einer radioaktiv markierten Substanz durchführen zu lassen.

Schnell war klar, dass die Verfügbarkeit der Dopamintransporter bei den Betroffenen mit ADHS erhöht war im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne ADHS und dass eine Behandlung mit Ritalin diese Werte normalisierte.

1999 wurde dann aus dem inzwischen „Bundesverband Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e. V.“ genannten Verband der „Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e. V.“. Damit wollten wir signalisieren, dass durch uns auch betroffene Erwachsene vertreten wurden. Die Mitgliederzahl betrug zu diesem Zeitpunkt schon 1347!

2000 wurden die ersten Ergebnisse der Studie veröffentlicht, es war die erste Studie weltweit, bei der der Effekt einer Behandlung mit Stimulanzien (Methylphenidat) gezeigt wurde. 2002 wurde ich im Rahmen der Konsensusgespräche des Bundesgesundheitsministeriums beauftragt, eine Expertengruppe zu bilden, die Leitlinien für das Erwachsenenalter entwickeln sollte. Im September 2002 trafen wir uns erstmals im Ministerium für Gesundheit in Bonn. Innerhalb eines Jahres waren diese Leitlinien erarbeitet und zur Veröffentlichung im Oktober 2003 durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychothe-

rapie fertig. Nach Recherchen von Prof. Thome waren es weltweit die ersten Leitlinien für Erwachsene.

Im Jahr 2003 begannen die Fusionsgespräche mit den Verbänden BV AÜK e. V. und AdS e. V., 2006 fusionierten BV-AH e. V. und BV AÜK e. V. zu ADHS Deutschland e. V. Nach knapp 3000 Mitgliedern im Jahr 2002 betrug vor der Fusion die Zahl 2175; die Möglichkeit, sich im Internet zu informieren, ließ das Interesse, Mitglied in einem Verband zu werden, schwinden.

Zum 20-jährigen Bestehen waren wir schon wieder etwas gewachsen, zum jetzigen 30-jährigen Bestehen sind wir nach der Fusion mit AdS e. V. auf 3200 Mitglieder gewachsen!

Die Wahrnehmung der Störung ADHS hat in den 30 Jahren des Bestehens des Verbandes einen großen Wandel erfahren, aus einer engagierten Gruppe von Eltern, die für ihre Kinder kämpften, ist ein großer Verband geworden. An der Existenz der ADHS werden nur noch die ewig Gestrigen zweifeln. Erst 2011 – nach 25 Jahren Verbandstätigkeit – wurde dann erstmals mit Medikinet adult® ein Stimulans zur Behandlung Erwachsener im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zugelassen, es folgten 2013 und 2014 die Zulassung von Strattera® und Ritalin adult® für Erwachsene.

Leider wurde bis heute kein amphetaminhaltiges Stimulans zur Behandlung erwachsener Patienten zugelassen, eine entsprechende Therapie ist deshalb weiterhin ein Off-Label und muss von erwachsenen Kassenpatienten selbst finanziert werden.

Es bleibt weiterhin noch einiges zu tun, das heißt, ein Verband, der die Interessen dieser Patienten vertritt, ist weiterhin dringend notwendig!

■ Dr. Johanna Krause ist seit 1991 in unserem Verband aktiv.

Das hyperkinetische Syndrom aus der Sicht einer betroffenen Mutter

Von Karin-Gisela Seegers anlässlich des 1. Symposiums des Arbeitskreises Überaktives Kind e. V. am 10.06.1989

Dieser kleine Vortrag, gehalten im Namen von allen betroffenen Eltern, soll ein wenig die Problematik aufzeigen, die Eltern haben, deren Kind anders ist oder speziell hyperaktiv.

Hyperaktivität, was es aus klinischer Sicht bedeutet,

haben wir soeben vernommen. Aber was weiß man eigentlich wirklich über dieses Syndrom?

Auffällig werden zuerst die sogenannten Zappelphilippe, weil das Umherzappeln und Nichtstillsitzen das Erste sein können, was die Umwelt störend bemerkt. So wird leider auch oft einseitig vom Zappelphilippensyndrom gesprochen, und sowohl Ärzte wie auch der größte Teil der Bevölkerung, wissen nichts von der weiteren Problematik dieser Kinder.

Alarmierend ist meines Erachtens, dass immer mehr Lehrer, Erzieher und Eltern beobachten, dass immer mehr Kinder sich nicht mehr erziehen lassen, dass immer mehr Kinder unkonzentrierter, verhaltensauffälliger, krankheitsanfälliger werden.

Aggressivität und pöbelhaftes Verhalten in den Gruppen nimmt zu, und immer mehr Ärzte und Psychologen werden aufgesucht von ratsuchenden Eltern und Erziehern. Die Sonderschulen haben Hochkonjunktur, bevölkert mit Kindern, deren IQ häufig über dem Normalbereich liegt.

Die Ratschläge der Fachleute sind mehr als unbefriedigend. Glauben sie denn wirklich, dass Eltern heute nicht mehr in der Lage sind, ihre Kinder zu erziehen?

Wie sieht nun der Alltag einer solchen sogenannten Problemfamilie aus?

Das Kind wird geboren und entwickelt sich häufig schon im Säuglingsalter zu einem kleinen Nervtöter, der seine Eltern nie schlafen lässt, häufig unter Blähungen zu leiden hat und oft ohne Grund, wie wir meinen, schreit.

Sie haben alles versucht, dem Baby zu helfen, aber es nervt weiter. Die lieben Verwandten geben Ratschläge, irgendetwas machst Du falsch, das Kind ist doch in Ordnung! Sie lesen Bücher über Erziehung, versuchen die Ratschläge, die sie darin finden anzuwenden, aber irgendwie klappt bei ihrem Kind gar nichts. Der Kinderarzt wird konsultiert, und nun kriegen sie es auch von ihm zu hören. Sie seien viel zu besorgt, das ist alles ganz normal, das gibt sich, ihr Kind ist eben sehr lebhaft. Seien Sie doch froh darüber, es entwickelt sich prächtig. Mit schlechtem Gewissen gehen sie nach Hause und nehmen sich vor, den Kinderarzt nur noch im Notfall aufzusuchen. Der kommt leider bald. Das Kind hat ständig Schnupfen und Bronchitis, außerdem ist es häufig wund, und Milchschorf und Ausschlag kommen noch dazu. Was haben sie sich alles anhören müssen, keiner spricht es richtig aus, aber der Vorwurf, dass sie ihr Kind vernachlässigen, ist überall rauszuhören. Der Kinderarzt verschreibt ein Antibiotikum, dazu bekommt es Hustensaft und den Hinweis, die Milch so zu verdünnen, dass sie besser vertragen wird. Auf die Frage, woher denn der Ausschlag kommt und warum das Kind nach den Hustensaftgaben so unruhig wird und nicht schlafen kann, weiß der Kinderarzt keine Antwort.

Die Kindergartenzeit kommt, unsere kleine Nervensäge, die nie richtig spielen konnte, andere Kinder im Sandkasten schlug und schrie und tobte, wenn sie nicht ihren Willen bekam, wird endlich im Kindergarten lernen, was es heißt miteinander umzugehen. Auch die lieben Freunde und Nachbarn hoffen mit; denn jetzt wird es sich ja zeigen, was alles für Erziehungsfehler bei diesem kleinen verwöhnten Paschakind gemacht wurden.

Aber ..., weit gefehlt. Nach einer Woche erste Gespräche mit einer völlig genervten Kindergärtnerin, das Kind ist schwierig, wie geht es denn bei Ihnen zu Hause? Das Kind ist aggressiv, na, ob das nicht doch von den Eltern abfärbt? Schließlich spiegelt so ein Kind doch das häusliche Umfeld wider, das weiß man schließlich. Sie beteuern, bei ihnen wäre alles in Ordnung, das Kind war schon immer so. Auch der Arzt hätte gesagt, das Kind hätte eben eine ausgeprägte Persönlichkeit, da müssen sie nur immer konsequent sein.

Die Kindergartenzeit wird zum Problem, die Kindergartenleitung empfiehlt, das Kind doch einmal beim Psychologen vorzustellen; denn es wäre außerdem äußerst ungeschickt, könnte immer noch keine Schleife binden und viele dauernd hin. Und dann ist da noch etwas. Es redet ununterbrochen, ist an allem interessiert, weiß unheimlich viel, aber hört überhaupt nicht zu. Man sagt ihm alles zwanzigmal, man schreit es an, irgendwann muss dieses Trotzalter doch aufhören.

Es geht jetzt in eine Therapie, aber irgendwie kommt man da nicht weiter. Je mehr von dem Kind gefordert wird, desto mehr verschließt es sich.

Das Kind kommt in die Schule. Es ist sechs bis sieben Jahre alt. Einige haben diese Zeit schon mit vielen Ärzten und Therapien durchlaufen, andere Kinder waren einfach nur überaus anstrengend, aber irgendwie ist man damit noch zurechtgekommen. Plötzlich, in der Schule, geht nichts mehr. Die Kinder, die sich doch eingewöhnen müssen, um einen geregelten Unterrichtsablauf zu gewährleisten, denken gar nicht dran, sich einzuordnen. Die Eltern werden zur Schule zitiert, und dort hört man, dass das Kind nicht nur nicht stillsitzen kann, ewig etwas vergisst, ständig dazwischenredet, den Klassenclown spielt, um sich wichtig zu machen und sich bei der geringsten Gelegenheit ständig mit anderen prügelt. Außerdem hätte es Schwierigkeiten beim Lesen, abschreiben kann es überhaupt nicht und die Schrift sei eine mittlere Katastrophe.

Man empfiehlt, sich doch mehr zu Hause um die schulischen Belange zu kümmern und mehr mit ihm zu üben, damit es nicht so viele Defizite bekommt. Sie erklären dem Lehrer, dass sie das ja eigentlich schon ständig machen, aber leider ohne viel Erfolg. Mit dem Hinweis, dann wären Sie eben nicht konsequent genug, versprechen sie, weiter ihr Bestes zu geben.

Aber das ist leichter gesagt als getan.

Es soll Schularbeiten machen, aber nach drei Wörtern sagt es: ich kann nicht. Noch ist man ganz ruhig, lobt es, redet gut zu, aber nichts ändert sich. Man wird ärgerlich, droht, explodiert, es nutzt nichts.

Also wieder zum Arzt. Der bestärkt einen, nur weiter kon-

sequent zu sein, was immer man auch darunter verstehen mag. Man probiert also weiter mit Güte oder Strenge. Das Kind wird immer unglücklicher, es kommen von diesen Kindern nicht selten Sätze, dass sie aus dem Fenster springen wollen oder anders ihrem jungen Leben ein Ende machen wollen, damit sie ihren Eltern nicht mehr zur Last fallen.

Die Klassenkameraden haben sich jetzt auch auf das Kind eingeschossen. Es ist nicht beliebt, wird gehänselt und geärgert und hat keine Freunde. Dafür ist es dann im Unterricht der große Faxenmacher, und alle sagen, der traut sich. Bloß die Lehrer sehen das leider anders.

Eines Tages ist es dann soweit, das Kind wird zur Sonder-

schule vorgeschlagen, weil es in einer normalen Klasse bzw. Schule nicht tragbar ist. Viele Eltern gehen unweigerlich diesen Weg. Sie schildern den Ärzten und Psychologen eindringlich die Symptome ihres Kindes und werden nicht verstanden.

Ich gehörte auch zu den Müttern, die nicht verstanden wurden ... inzwischen zu den Großmüttern mit neun Enkeln, davon vier betroffen und die Nöte der Eltern sind nicht kleiner geworden, obwohl wir doch inzwischen so viel mehr wissen ...

■ Karin-Gisela Seegers ist seit 1987 in unserem Verband aktiv.

Das Schaukelpferd



Das Schaukelpferd

Am Anfang war ein Schaukelpferd. Im Jahre 1978 stand es im Wartezimmer der Kinderarztpraxis, die ich eben in der alten Remstalgemeinde Beutelsbach eröffnet hatte. Es war ein überaus kräftiges Ross, vom Schreiner aus zehn Zentimeter dicken Buchenplanken zusammengeleimt. Ich hoffte, dass es den gesunden und kranken Kindern zur Freude noch viele Jahre leben würde.

Eines Tages untersuchte ich im Sprechzimmer ein Kind und dann noch ein Kind. Durch die Wand zum Wartezimmer hörte ich ein lautes Getöse mit Quieken, Schreien, Fußge-trappel und Stühlerücken. Solch ein Lärm soll vorkommen bei lebhaften Kindern. Verwunderlich war freilich, dass sich im Wartezimmer nur ein einziges Kind und seine Mutter aufhielten. Und dieses Kind, ein Knabe von sieben Jahren, tobte und brüllte ohne Pause durch den Raum, schwitzend und mit hochrotem Kopf. Hilflos schaute die Mutter auf das Getümmel und stammelte in regelmäßigen Abständen:

„Peterle, net so wild!“ – „Peterle, sei brav!“

Doch Peterle hatte seine Ohren auf Durchzug gestellt. Er hörte nicht der Mutter Flehen. Irgendwann entdeckte er das Schaukelpferd. Als wilder Reiter schaukelte er auf und ab. Beinahe überschlug er sich beim übermütigen Ritt. Und da geschah es: Peterle riss so heftig den Kopf des Pferdes nach hinten, dass der sich mit lautem Krachen vom Halse löste. Erstaunt, aber keineswegs erschreckt, hielt Peterle den Pferdekopf in der Hand. „Hoppla!“ sagte er – und warf den Kopf achtlos zu Boden.

Ich aber war verblüfft: Ein siebenjähriger Knirps, der einem großen Schaukelpferd den Kopf abreißt, das musste ein ganz besonderes Kind sein. Das war ein Grund, sich näher mit diesem Kind und seiner Geschichte zu befassen. Und so geschah es.

Von den Eltern erfuhr ich, dass Peterle

- leicht ausrastete,
- nie stillsitzen und
- nicht lange bei einer Sache bleiben konnte.

Aber ich erfuhr auch noch einige ganz besondere Eigenschaften ihres Sohnes, denn Peterle

- sprühte vor Phantasie,
- hatte Humor
- war hochmusikalisch,
- hatte ein starkes Gerechtigkeitsgefühl,
- war ungewöhnlich hilfsbereit,
- war unendlich wissbegierig,
- hatte immer wieder eine treffende Bemerkung auf den Lippen und
- war intelligent.

Ein neues Störungsbild

Da ich von solchen Kindern auf der Universität noch nie etwas gehört hatte, suchte ich nach Fachliteratur. Ich fand wenig. Stattdessen hörte ich mir die Leidensgeschichte zahlreicher Eltern an. Ich ging in die Kindergärten und Schulen und ließ mir von den Erzieherinnen und Lehrern berichten, was sie im Alltag mit solchen Kindern erlebten.

Wo sollte ich dieses Störungsbild einordnen? Der große Tübinger Kinder- und Jugendpsychiater Reinhard Lempp sprach von einem „**leichten frühkindlichen Hirnschaden**“. Im angloamerikanischen Bereich redeten die Verhaltensforscher von „**Minimaler cerebraler Dysfunktion (MCD)**“.

Die ersten Arbeiten in der deutschen Fachliteratur zum Thema MCD stammen alle aus dem Jahr 1970 und wurden geschrieben von

- Margit Hochleitner, Universitätskinderklinik Innsbruck,
- Christel Schweizer, Städtische Kinderklinik Stuttgart, und
- Ernst Berger, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien.

Mit der Vorstellung Lempps vom „frühkindlichen Hirnschaden“ konnte ich mich überhaupt nicht anfreunden. Für einen Hirnschaden waren mir die Kinder einfach zu gescheit. Der Begriff „Minimale cerebrale Dysfunktion“ gefiel mir ebenfalls nicht. Das Wörtchen „minimal“ deutet geradezu eine Verniedlichung des Problems an. „Minimal“ waren die Störungen wahrhaftig nicht. Daher änderte ich den Begriff für den Eigengebrauch in die Formel „**Minimale Störung, maximale Folgen**“.

In Angleichung an diese Formel entschied ich mich für die Bezeichnung „**Cerebrale Dysfunktion**“.

Ich konnte damit klarstellen, dass es sich bei dem Syndrom nicht um eine anatomische Störung handelt, also nicht um einen Hirnschaden. Die Bezeichnung „Cerebrale Dysfunktion“ vermittelt vielmehr den Eltern das Wissen, dass den Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes eine Stoffwechselstörung des Gehirns zugrundeliegt.

Zu meinem Bedauern hat sich der einleuchtende Begriff „Cerebrale Dysfunktion (CD)“ nicht durchgesetzt. An seine Stelle ist das Wortungetüm

Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne oder mit Hyperaktivität (ADHS)

getreten.

1978 habe ich mich als Kinder- und Jugendarzt in Weinstadt-Beutelsbach niedergelassen. Schon vorher als Oberarzt an der Kinderklinik Waiblingen hatte ich begonnen, Kinder mit Aufmerksamkeitsstörung zu behandeln. Diese Arbeit setzte ich in freier Praxis fort. 1981 lernte ich Walter Eichlseder kennen.

Eichlseder war niedergelassener Kinderarzt in München. Er war einer der ersten Kinderärzte und lange Zeit der einzige Kinderarzt, der „hyperaktive Kinder“ behandelte. Er sprach allerdings nur von „Hyperaktivität“. Andere Formen von Aufmerksamkeitsstörungen kannte er nicht. In seinem Buch „Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern“, 1985 erschienen, verwendete er bereits den Begriff **Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS)**.

Er gab mir viele gute Tipps und bestärkte mich in meinen Bemühungen, den betroffenen Kindern und ihren Eltern zu helfen.

Die Kollegen belächelten meine Anstrengungen oder hielten sie für unwissenschaftlich. Trotzdem schickten sie mir die Patienten, mit denen sie nicht zurechtkamen. Ich hatte damals nur vier Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung:

1. Elternberatung
2. Sport
3. Verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Ergotherapie
4. Neurotransmitterersatz

Ich setzte sie unterschiedlich ein, je nach Lage und Alter.

Die ersten Erfolge stellten sich ein. Peterle und seinen Eltern ging es besser. Im Unterricht konnte er endlich aufpassen. Die Überstellung an die Sonderschule, die bereits angedroht worden war, war nicht mehr nötig. Die Eltern erzählten im Freundeskreis von ihren Erfahrungen. Es sprach sich herum, dass es im Remstal einen Kinderarzt gibt, der sich mit „Problemkindern“ befasst. Bald war die Praxis überlaufen von Patienten, die ähnliche Schwierigkeiten hatten wie Peterle. Die Patienten kamen oft von weither, der Rems-Murr-Kreis war nicht mehr die Grenze. Anscheinend gab es keinen zweiten Arzt, der sich die Mühe machte, mit diesen schwierigen Kindern zu arbeiten.

In meinen Quartalsabrechnungen tauchte nun die Diagnose ADS überdurchschnittlich häufig auf. Das fiel sowohl den Kollegen bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wie auch den regionalen Krankenkassen auf.

Ich wurde zu einem Gespräch im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung in Stuttgart-Möhringen vorgeladen. Die Teilnehmer setzten sich zur einen Hälfte aus Ärzten und zur anderen Hälfte aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Solche Gespräche waren bei den Kassenärzten gefürchtet, ging es doch stets um vermeintliche oder tatsächliche Unwirtschaftlichkeit im Untersuchungs- oder Behandlungsstil des Kassenarztes und um daraus folgende Regressforderungen.

Bei der nachmittäglichen Sitzung fragte mich der Vertreter der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK): „Herr Dr. Kemmerich, ist die Krankheit ADS, die nach Ihren Abrechnungen so oft im Remstal vorkommt, Folge der Inzucht in den

engen Seitentälern? Ähnliches ist ja von der Schilddrüsen- und Kropferkrankung bekannt.“ Sofort meldete sich der Vertreter der Techniker-Krankenkasse (TK) zu Wort: „Ich glaube nicht, dass ADS ein Inzuchtproblem ist. Eher ist zu vermuten, dass das häufige Auftreten des Syndroms damit zu tun hat, dass sich im Remstal so viele Ingenieure vom Daimler niedergelassen haben. Und das sind alles ein bisschen spinnerte Leute!“

Anscheinend konnte ich die Runde mit meinen Ausführungen zu Diagnose und Behandlung der ADS überzeugen. Die Teilnehmer nahmen kommentarlos zur Kenntnis, dass es im Remstal nicht mehr ADS gibt als anderswo. Die überhöhte Fallzahl kam vielmehr durch saubere Diagnostik zustande. Auch stellte man erleichtert fest, dass viele der kleinen ADS-Patienten gar nicht aus dem Remstal stammten, sondern aus ganz anderen Gegenden Deutschlands. Die Runde der Ärzte und Kassenvertreter war zufrieden. Einen Regress bekam ich nicht aufgebracht.

Vor dreißig Jahren war ich ein Einzelkämpfer in Sachen ADS. Das hat sich inzwischen gründlich geändert: In den letzten zehn Jahren haben sowohl Ärzte wie Nichtärzte die Marktlücke ADHS entdeckt und haben sich zu „Experten“ in dieser Sache aufgeschwungen. Sie wissen inzwischen alles viel besser!

Bei der Beschäftigung mit ADS-Kindern fielen mir frühzeitig zwei Dinge auf:

1. Es gibt eine große Zahl von Kindern, die überhaupt nicht zappelig sind, aber dennoch unter einer Aufmerksamkeitsstörung leiden. Wir nennen sie Hansguck-in-die-Luft und Traumsuse. Auch diese Kinder brauchen eine solide Behandlung. 1970 leugneten noch viele Fachleute, dass es ein eigenständiges Störungsbild mit den Kernsymptomen des Hyperkinetischen Syndroms gibt. Erst recht widersprachen sie der Auffassung, dass es eine Aufmerksamkeitsstörung **ohne** massive Unruhe gibt.
2. Meine zweite Erkenntnis war:
Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ist **erblich**.

Wie oft erlebte ich beim Elterngespräch, dass die Mutter des betroffenen Kindes den Ehegatten mit dem Ellenbogen in die Seite stieß und sagte: „Deine Mutter hat mir erzählt, dass Du in diesem Alter genauso warst!“

Auch diese Beobachtung erregte Widerspruch bei Pädagogen und Psychologen. Ihre Ansicht war und ist es oft auch noch heute: Wenn beim Kind etwas nicht stimmt, dann liegt das nicht am Erbgut, sondern an den Erziehungsfehlern der Eltern! Heute wissen wir, dass bis zu 85 % der Eigenschaften der ADHS erblich bedingt sind.

Die Selbsthilfegruppe

Wie ging die Geschichte weiter? Im Jahre 1986 erschienen Bruno Stehle und seine Frau in meiner Praxis. Ihr Sohn war seit zwei Jahren in meiner Behandlung. Sie trugen mir ihren Plan vor:

„Wir wollen uns mit ähnlich betroffenen Eltern zusammensetzen und eine Selbsthilfegruppe gründen. Wir haben oft den Eindruck, dass wir die einzige Familie auf der Welt sind, die solche Probleme mit ihrem Kind hat. Sie haben uns aber gesagt, dass zwischen drei und fünf Prozent aller Kinder eines Jahrgangs eine anhaltende Aufmerksamkeitsstörung haben. Wir wollen etwas gegen die Vereinzelung tun. Wir wollen Erfahrungen mit anderen Eltern austauschen. Wir wollen gemeinsam lernen, wie wir unsere Kinder richtig fördern können. Können Sie uns helfen, zum Beispiel damit, dass Sie andere betroffene Eltern aus Ihrer Praxis auf unsere Selbsthilfeinitiative aufmerksam machen und uns mit Ihrem Rat zur Verfügung stehen?“

Ich half natürlich gern. Ich nannte anderen Eltern die Postfachanschrift und Rufnummer der neuen Selbsthilfegruppe. Viele Eltern meldeten sich bei Bruno Stehle. Die Sache nahm Gestalt an. Aus einem kleinen Kreis wurde rasch ein großer Verein mit Vorstand, Kassenwart und Satzung. Der Verein nannte sich anfangs

„Elterninitiative zur Förderung von Kindern mit hyperaktivem Syndrom e. V.“

Am 3. April 1987 fand die Gründungsversammlung statt und bereits am 10. April 1987 wurde die Gemeinnützigkeit des Vereins vom Finanzamt Waiblingen vorläufig bestätigt. Es dauerte nicht lange, bis im ganzen Land Gesprächskreise wie Pilze aus dem Boden schossen. Ich war bei vielen Treffen dabei und stand Rede und Antwort auf die Fragen der Teilnehmer.

Zu einer der ersten Abendveranstaltungen luden wir eine Psychologin aus Esslingen ein, von der wir schon viel Gutes gehört hatten. Sie hieß Cordula Neuhaus. Ihr Vortrag zum Thema Verhaltenstherapie begeisterte die Zuhörer. Nach dem offiziellen Teil des Abends saßen wir noch lange zusammen. Ich erzählte Frau Neuhaus von den Kindern, die mir in den letzten Jahren viel Kummer, aber auch viel Freude bereitet hatten. Wissbegierig hörte Cordula zu. Anscheinend hatte ich etwas angestoßen. Denn fortan widmete Cordula Neuhaus einen wesentlichen Teil ihrer hohen fachlichen Qualifikation der Aufgabe, den Kindern mit ADHS zu helfen. Sie wurde zur hochgeschätzten Expertin auf diesem Gebiet. Cordula Neuhaus hat den Verein AdS e. V. bis heute mit ihrem Wissen und Können unterstützt und gefördert. Für uns beide, Corrie und mich, entstand eine Freundschaft, die ein Leben lang hielt.

Das ist die Geschichte, wie aus dem abgerissenen Kopf eines Schaukelpferds eine große, leistungsstarke Selbsthilfegruppe entstand. Ich bin stolz, dass ich bei ihrer Geburt helfen konnte.

■ Dr. Rudolf Kemmerich ist seit 1987 in unserem Verband aktiv.

„Vieler Menschen Lügen gestraft“

„Du hast doch kein ADHS!“, sagte meine Kollegin aus der Gruppe. Es fühlte sich komisch an, zu wissen, es würde nicht (mehr) auffallen. Denn neben allem, was ich tue, und allem, wie ich mich selbst kontrolliere, ist ADHS ein Teil von mir und meiner Persönlichkeit. Es war schon immer Teil von mir: als Kind, als Jugendlicher und auch nun als Erwachsener, für immer.

„Du hast vieler Menschen Lügen gestraft.“, ein Satz, der offensiver klingt, als er zu verstehen ist.

Mein Name ist Philip Höhn, ich bin 24 Jahre alt und habe im August 2016 mein Studium zum Diakon der Evangelischen Landeskirche-Bayern beendet. Zusätzlich bin ich staatlich anerkannter Erzieher.

Ich habe ADHS. Immer wieder haben mir Menschen Steine in den Weg gelegt. Auf einem Weg, der schon ohne Steine schwieriger war als für manch andere in meinem Alter. „Frau Höhn, Sie müssen damit rechnen, dass Ihr Sohn immer Probleme in Beruf und Alltag haben wird.“ „Philip wird die Regelschule nicht schaffen.“ „Philip wird keine Ausbildung durchstehen.“ Nur ein paar Sätze, an die ich mich erinnern kann. Von Menschen, die mich nur als Problem gesehen haben.

Zu meinem bestandenen Studium, am Tag meiner Bachelorabschlussfeier gab meine Mutter mir eine Karte. „Du hast vieler Menschen Lügen gestraft mit dem, was du geschafft hast.“ Ich stockte zuerst als ich diesen Satz las, denn auch für mich klang er erstmal negativ belastet. Doch nach einem erneuten Lesen wurde mir klar, was ich an diesem Tag geschafft hatte. Ja, ich habe ADHS und ja, ich habe meinen Bachelor bestanden und stehe jetzt mit beiden Beinen im Berufsleben.

So wie mir geht es vielen ADHSlern. Uns als Problem zu sehen ist immer eine einfachere Methode als uns als alternative, aufregende Abwechslung wahrzunehmen.

Seit nunmehr einem Jahr bin ich Vorstand im ADHS Netzwerk Nürnberg-Fürth-Erlangen und trete somit in die Fußstapfen meiner Mutter. Ich freue mich, Menschen beraten zu können und nicht nur aus meiner pädagogischen Sicht als Erzieher, sondern auch aus meinen eigenen Erfahrungen heraus Menschen zu unterstützen.

Auch meine Bachelorarbeit beschäftigte sich mit dem Thema ADHS: „Pädagogische Richtlinien für die Evangelische Jugend Bayern zur Arbeit mit ADHS-Kindern und -Jugendlichen.“ Gerade mein Beruf hat mich darauf aufmerksam gemacht, ADHS nicht nur unter Pädagogen oder Eltern zu thematisieren, sondern unter Ehrenamtlichen, Sportlern, Gruppen, Vereinen und eben auch der Evangelischen Kirche/Jugend und der Kirche im Allgemeinen.

Im April 2017 bin ich wieder einen ganzen Nachmittag an der Fachakademie für Sozialpädagogik, in der ich selber meine Ausbildung zum Erzieher absolviert habe, und halte einen Vortrag über ADHS in der Pubertät. Ich möchte zukünftige Pädagogen für ein Thema sensibel machen, das immer noch einer der wichtigsten pädagogischen Themen ist, die es gibt.

Was hat mich motiviert diesen kurzen Bericht über mich selber zu schreiben?

Ich hoffe, dass jeder Arzt, jedes Elternteil, jeder Betroffene oder Pädagoge, der das hier liest, eine Sache niemals aus dem Augen lässt: Lassen Sie sich niemals entmutigen. Lassen Sie sich niemals etwas einreden von Menschen, die es angeblich besser wissen. Tun Sie das, was Sie lieben und motivieren Sie die ADHSlern, sich daran festzuhalten. Etwas als Störung zu sehen wird immer einfacher sein als es als Abenteuer zu betrachten. Als Abenteuer des Lebens, als persönliches Geschenk, als Herausforderung und als Teil der Persönlichkeit.

■ Philip Höhn

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Berlin, 18.12.2016

Liebe Mitglieder,
hiermit laden wir Sie gem. § 8 der Vereinssatzung ein zur

**ordentlichen Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e. V.
am Samstag, dem 01. April 2017, um 16:00 Uhr,
im Gymnasium Julianum, Goethestr. 1a, 38350 Helmstedt**

Tagesordnung:

1. Begrüßung, Feststellung der form- und fristgerechten Einladung und Beschlussfähigkeit
2. Feststellung der Tagesordnung
3. Bericht des Vorstandes und der Geschäftsführung / Geschäftsbericht 2016
4. Bericht der Schatzmeisterin (Jahresabschluss 2016 / Haushaltsplan 2017)
 - 4.1 Bericht der Kassenprüfer
 - 4.2. Genehmigung des Kassenberichtes
5. Entlastung des Vorstandes
6. Wahl des Bundesvorstandes
7. Wahl der Kassenprüfer
8. Verschiedenes

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme am Symposium, an der Mitgliederversammlung sowie den Fortbildungen für Gruppenleiter/innen. Informationen zum Symposium finden Sie auf dem dieser Zeitschrift beiliegenden Flyer.

Gestalten Sie die Arbeit des Vereins durch Ihre wertvolle aktive Beteiligung und einen lebendigen Gedanken- und Erfahrungsaustausch auch künftig mit.

Wir freuen uns auf schöne Tage in Helmstedt!

Herzliche Grüße



Für den Vorstand
Hartmut Gartzke

KANDIDATENLISTE:

Vom bisherigen Vorstand kandidieren als Geschäftsführender Vorstand:

Erster Vorsitzender: Hartmut Gartzke

Zweiter Vorsitzender: Dr. Johannes Streif

Schatzmeisterin: Karin-Gisela Seegers

Schriftführer: Patrik Boerner

Beisitzer mit besonderen Aufgaben:

- Herta Bürschgens (Unterstützung des Vorstandes)
- Christiane Eich (Schulische Angelegenheiten)
- Gerhild Gehrman (E-Mail- und Telefonberatung)
- Dr. med. Astrid Neuy-Bartmann (Erwachsenen-ADHS)
- Dr. med. Klaus Skrodzki (Kinder und Jugendliche mit ADHS)
- Bärbel Sonnenmoser (Ansprechpartner Regionalgruppenleiter ohne LG-Leitung)
- Isabell Streif (Juristische Angelegenheiten)

Die Kurzdarstellungen der bisherigen Vorstandsmitglieder können Sie auf unserer Internetseite unter <http://www.adhs-deutschland.de/Home/Ueber-uns/Vorstand.aspx> nachlesen.

Die neuen Kandidaten :

Kirsten Riedelbauch

Geboren 1969 in Hannover. Meine Kindheit und Jugend habe ich in Garbsen verbracht. Dort habe ich 1985 meinen Real-schulabschluss erworben.

Es folgte eine Ausbildung zur Kinderkrankenschwester, die ich 1990 mit einem erfolgreichen Staatsexamen abgeschlossen habe.

Bis 2005 war ich in der neonatologischen Intensivstation an der Berliner Charité tätig, wo ich auch im Team des Baby-Notarzwagens mitgefahren bin.

Als Mutter von drei Kindern (geboren 2000, 2001, 2007) war die Arbeit in der Klinik nicht mehr möglich.

2005 zog ich nach Baden-Württemberg und habe in diesem Jahr die Diagnose ADHS bei meinem mittleren Kind bekommen. So kam der Kontakt mit dem ADHS-Deutschland e. V. zu Stande.



2009 haben Sabine Kolb und ich zusammen die ADHS-Elterngruppe Hambrücken gegründet, seither bin ich Mitglied im ADHS-Deutschland e. V.

Seit 2013 leite ich die Landesgruppe Baden Württemberg, in der wir angefangen haben, auch Kinderbetreuung und Jugendveranstaltungen in unseren Symposien einzubauen. Mit dieser Aufgabe, die Jugend im Verband weiter zu fördern, möchte ich den ADHS Deutschland e. V. künftig gerne unterstützen.

Margit Tütje-Schlicker

Geboren 1958 im schönen Ostfriesland, wohne ich mit meinem Mann Walter und unseren fünf Kindern (drei Söhne, zwei Töchter) seit 1994 in der Gemeinde Sassenburg.

1999 wurde bei unserem zweiten Sohn die Diagnose ADS gestellt. Weil ich jemand bin, der nicht einfach hinnehmen kann, „musste“ ich so viel wie möglich über diese Störung erfahren. Durch die Teilnahme an verschiedenen Vorträgen kam ich auf die Selbsthilfe.

Im März 2002 gründete ich dann zusammen mit vier weiteren Frauen den AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg. Seit 2004 bin ich Mitglied im ADHS Deutschland e. V. (vorher AüK e. V.) und unser Gesprächskreis wurde zur Regionalgruppe Sassenburg.

Zu unseren monatlichen Treffen gesellten sich schon bald betroffene Erwachsene. Dadurch entstand neben der Elterngruppe dann im Laufe der Zeit eine eigene Erwachsenenengruppe.



Sehr gefreut habe ich mich über die Verschmelzung der beiden Verbände AüK und BV-AH im Jahr 2007. Im September 2011 wurde ich zur Landesgruppenleiterin für Niedersachsen und Bremen gewählt. Diese Aufgabe macht mir viel Freude.

Im Bundesverband möchte ich mich für eine breite Information und Akzeptanz der ADHS einsetzen, ebenso wichtig ist mir auch die Fortbildung sowie die Vernetzung und Stärkung unserer Landesgruppenleiter/innen

Landesgruppentreffen im September in Springe

„Wir tun jetzt was für uns“

... war das Motto des gemeinsamen Fortbildungswochenendes der Landesgruppen Berlin, Hamburg, Niedersachsen/Bremen und Schleswig-Holstein, das am niedersächsischen Wahl-Wochenende – 09. bis 11. September 2016 – stattfand.

Doch was war an diesem Motto Besonderes?

In den vergangenen Jahren gab es immer schon das gemeinsame Wochenende der vier Landesgruppen unter Federführung der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen. In den Jahren zuvor hatte es auch den so wertvollen Erfahrungsaustausch untereinander gegeben.

Allerdings fanden die vorherigen Landesgruppentreffen immer in der Nähe einer der Regionalgruppen statt, die in die Organisation eingebunden waren. Stets waren die Jahrestreffen auch mit öffentlichen Symposien verbunden.

Anders war, dass wir diesmal für unser Treffen das Lutherheim in Springe gewählt haben, in dem schon seit Jahren die Fortbildungsveranstaltungen der Telefon- und E-Mail-Berater/innen stattfinden.

Dort waren alle teilnehmenden Regionalgruppenleiterinnen und Regionalgruppenleiter sowie deren Stellvertreter/innen unter einem Dach untergebracht.

Neu war auch, dass es in diesem Jahr keine öffentliche Vortragsveranstaltung gab. Ganz bewusst haben wir, Karin Seegers (Berlin), Helga Meyer (Hamburg), Carola Kliemek (Schleswig-Holstein) und ich, Margit Tütje-Schlicker (Niedersachsen/Bremen), uns für diese Neuerung entschieden.

An diesem Wochenende sollte es um die Menschen gehen, die als Regionalgruppenleiter/innen unsere Landesgruppen ausmachen, die sich ehrenamtlich engagieren und die doch auch aus eigener Betroffenheit oft an ihre Grenzen kommen.

Der Einladung, bereits am Freitagabend anzureisen, folgten die meisten Teilnehmer. Nach der netten Begrüßung durch die Tagungsstättenleiterin, Frau Schröder, folgte ein wohlgeschmeckendes Abendessen, bei dem schon die ersten Erfahrungen ausgetauscht wurden. Alte Kontakte konnten aufgefrischt und neue geknüpft werden.

Nach dem Frühstück am Samstagmorgen ging es mit einem Erfahrungsaustausch aller angereisten Gruppenleiter und Co-Leiter weiter. Anschließend erfolgte ein Brainstorming zu künftigen Fortbildungsthemen. Kurz vor der Mittags-

pause wurden dann die Teilnehmer aus der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen zur Wahl gerufen, um den künftigen Stellvertreter Walter Schlicker zu wählen. Er wurde einstimmig gewählt. Im Anschluss an seine Wahl wurden zwei Kassenprüferinnen gewählt, die künftig die Landesgruppenkasse prüfen.



In entspannter Atmosphäre beim Workshop „Achtsamkeit“

Nach dem Mittagessen standen die Workshops auf dem Programm. Darin ging es um folgende Themen:

Den Workshop „Achtsamkeit“ leitete Dana Wilhelm aus Bad Bramstedt. Sie bescherte den Teilnehmer/innen erste Erfahrungen mit dem Thema Achtsamkeit.

Dana Wilhelm forderte auf, sich auf Erlebnisse der anderen Art einzulassen und sich die Chance zu geben, einen Schatz zu finden, der zu Ruhe und Gelassenheit führen kann.

Im Workshop „Improvisationstheater“ mit Carsten Donath, Werder (Havel), wurden den Teilnehmer/innen in abwechslungsreichen Übungen und Spielen sowohl die Grundlagen der Improvisationskunst vermittelt, als auch die eigene Spontaneität, Kreativität und Außenwahrnehmung geschult. Mit Ausprobieren, Ja-Sagen, keine Angst haben, Fehler zu machen und im Moment zu reagieren, verschafften sie sich spielerisch einen Einblick in die Welt der Improvisation.

Im Workshop „Stressbewältigung“ mit Ursula Grube-Wilhelm aus Bremen gab es für die Teilnehmenden so wenig Theorie wie nötig und so viel praktisches Üben wie möglich. Hauptinhalte des Workshops waren die Wahrnehmung z. B. von körperlichen und/oder emotionalen Blockaden, die Achtsamkeit mit sich und anderen, das Erspüren von festgefahrenen Gedanken- und Emotionsmustern und vieles mehr.

Nach den arbeitsintensiven Workshops ging es zum gemeinsamen Abendessen.

Im Anschluss daran gab es einen Rückblick auf den Tag und anschließend wurde munter weiter ausgetauscht, allerdings ohne Programm.

Am Sonntag fanden die gleichen Workshops in geänderter Besetzung statt. Im Anschluss daran gab es ein letztes Zusammenkommen mit einer Blitzlichtrunde, einer Zusammenfassung des Wochenendes und einem Ausblick auf künftige Veranstaltungen.

Alle waren zufrieden mit dem neuen Veranstaltungsort, den wir nun für die kommenden drei Jahre gebucht haben.

Nach dem Mittagessen verabschiedeten wir uns.

Den Workshop „Achtsamkeit“ wird es in 2017 auf jeden Fall wieder geben. Da die beiden anderen Workshopleiter auch Gruppenleiter sind und dadurch nicht an den Angeboten teilnehmen konnten, überlegen wir eine passende Lösung für die Zukunft.

Vielen Dank an alle Beteiligten! Es hat mir viel Freude gemacht, mit euch allen zusammen zu sein.



Die Regionalgruppenleiter/innen

■ Margit Tütje-Schlicker
Landesgruppenleiterin Niedersachsen/Bremen

ADHS-Symposium der Landesgruppe Baden-Württemberg in Überlingen

Mit etwas Verspätung ist unser Symposium am 1.10. gestartet. Nach der Begrüßung durch mich sprach als nächstes die Geschäftsführerin des Salem International College Härle, Frau Mergenthaler-Walter, einige einleitende Worte. Im Anschluss daran kam die Geschäftsführerin des ADHS Deutschland e. V., Frau Dr. Myriam Bea, zu Wort.



Kirsten Riedelbauch, Frau Mergenthaler-Walter

Den ersten Vortrag an diesem Tag hielt der Kinder- und Jugendarzt **Dr. Bernhard Zehe** aus Bruchsal. Sein Thema war „**Übermäßiger Medienkonsum – Risiken für Körper und Seele aus medizinischer Sicht!**“ Im Anschluss an seinen Vortrag stand Dr. Zehe noch für Fragen zur Verfügung.

Um 11:15 Uhr trat dann **Prof. Dr. Tobias Renner**, Lehrstuhlinhaber und ärztlicher Direktor der Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter an der Universität Tübingen an das Mikrophon und referierte über die „**Medikation bei Kindern und Erwachsenen**“. Auch er nahm sich im Anschluss Zeit, um alle evtl. angefallenen Fragen zu beantworten.



Prof. Dr. med. Tobias Renner

Nach dem Mittagessen erzählte uns Frau **Dr. Astrid Neuy-Bartmann** über den „**Übergang von Schule ins Ausbildungs-Berufsleben-ADHS und wie startet man gut ins Leben ...?**“

Dr. Astrid Neuy-Bartmann ist Buchautorin (ADHS-Spots, ADHS – Erfolgreiche Strategien für Kinder und Erwachsene), Mitbegründerin des „ADHS-Zentrum München“ und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Aschaffenburg und Beisitzerin im Vorstand des ADHS Deutschland e. V. Auch sie beantwortete alle angefallenen Fragen im Anschluss an ihren Vortrag.

In der darauf folgenden Kaffeepause wurde unser Infostand gut besucht. Wir hatten sieben aktuelle Broschüren, Infos über den Verband und deren Leistungen dabei.

Als letzten Punkt an diesem Samstag gab es eine offene Fragerunde über **„Aktuelle Entwicklungen im Bereich ADHS“**. Hier konnten die Teilnehmer Fragen stellen, die von Experten beantwortet wurden. **Kirsten Riedelbauch, Dr. Myriam Bea, Ute Jansen, Dr. Johannes Streif und Dr. Lilli Jochem** standen als Experten zur Verfügung.

Den ganzen Tag über waren 30 Kinder und Jugendliche in ihren eigenen Veranstaltungen und kamen nur zum Mittagessen zu den Eltern. Die Jugendlichen über 12 Jahre sollten eigentlich zum Klettern gehen. Da aber der Wetterbericht Regen und Gewitter vorhergesagt hatte, wurde das Programm kurzfristig geändert (mit Jugendlichen, die möglicherweise etwas abenteuerlustig sind bei Regen Klettern zu gehen, ist vielleicht keine gute Idee). Also ging es in die Überlinger Therme zum Baden.

Die Kleineren durften in der Turnhalle toben und basteln sowie das Gelände erkunden.

Wer jetzt noch nicht genug hatte, der konnte um 19:00 Uhr im Landgasthof Adler in Lippertsreute eintrudeln und sich zum gemütlichen Abendessen zusammenfinden.

Damit die Nacht nicht ganz so kurz war, haben wir am Sonntag das Programm erst um 10:00 Uhr beginnen lassen. Schließlich ist ja Sonntag!

Prof. Biegert – Leiter und Gründer der Hebo-Privatschule Bonn – stand eigentlich auf dem Programm mit dem Vortrag **„Wie kann man Anforderungen in der Oberstufe und ADHS unter einen Hut bringen?“**

Leider ist Prof. Biegert erkrankt und konnte nicht kommen. Ein Unikat wie Prof. Biegert zu ersetzen ist nicht einfach. Aber wir haben im ADHS Deutschland e. V. auch Unikate.

Dr. Johannes Streif, Dipl. Psychologe, Gründer und Kopf der Jägerburg sowie 2. Vorstand des ADHS Deutschland e. V., ist kurzfristig eingesprungen und hat auch das Thema von Prof. Biegert übernommen. Nachdem die Technik dann endlich funktionierte, hörten wir von Dr. Streif nun den Vortrag **„Wie kann man Anforderungen in der Oberstufe und ADHS unter einen Hut bringen?“** Nachdem auch er die angefallenen Fragen beantwortet hatte, überreichten wir den Kinder- und Jugendbetreuern noch eine Kleinigkeit und bedankten uns somit für ihre Arbeit.

Die Kinder wurden nun wieder ihren Eltern übergeben. Die Veranstaltung ließen wir nun mit Kaffee und einem kleinen Imbiss ausklingen.

So ging eine gelungene Veranstaltung mit über 150 Teilnehmern und 30 Kindern und Jugendlichen zu Ende.



Ein aufmerksames Publikum

■ Kirsten Riedelbauch

Von ADHS und Wassernixen

Höchst motiviert traten die Betreuer der Jugendveranstaltung am Tag vor dem ADHS-Symposium der Landesgruppe Baden-Württemberg ihre Reise an und legten insgesamt eine Strecke von rund 1.500 km zurück.

Geplant hatten wir eine Fahrt in den Kletterpark und diverse Aktivitäten rund um den Veranstaltungsort Schloss Salem und Überlingen.

Doch es kommt immer anders als geplant ... Die Wettervorhersage für das erste Oktoberwochenende war nicht sehr ergiebig und so mussten wir kurzerhand das Programm ändern. Anstelle des Abenteuerparks ging der Ausflug nun in die Bodensee-Therme, die zum Glück fußläufig nur ca. 20 Minuten vom Symposium entfernt lag. So eroberten 15 Jugendliche in Badehose und Bikini alles, was das Schwimmbad zu bieten hatte: das Schwimmerbecken mit Startblöcken, die sich super zum „Köpfer üben“ anboten, ein Außenbecken mit Blick auf den Bodensee und das Highlight: die 90m

-Reifenrutsche. Nicht zu vergessen ist auch unser selbst gegründeter „Überlinger-Unterwasser-Chor“, wobei die besten Lungen zum Singen und die gespitztesten Ohren zum Hören unter Wasser benötigt wurden. Tatsächlich haben einige von uns die Lieder erraten können.

Auch am Sonntag ließ uns das Wetter im Stich, so dass wir Gruppenspiele in der Schule gespielt haben, wobei wieder einige Talente unserer Jugendlichen ans Licht kamen, beispielsweise sehr gute Zeichenkünstler oder Pantomimen. Zudem konnte die Zeit für den Ausbau von neuen Freundschaften genutzt werden.

Ich möchte mich ganz herzlich bei allen Teilnehmern der Kinder- und Jugendveranstaltung und bei den Betreuern für das tolle Wochenende bedanken!

■ Alena Marsch
(Leitung Kinder- und Jugendveranstaltung)

Kinderbetreuung

Das Symposium stand an. Diesmal ging es zur Schlossschule Salem, doch manch einer hatte so gar keinen Bock da drauf. Doch die Eltern sagen einem: „Komm mit! Du kannst nicht alleine bleiben.“ Und so kamen dann auch einige, die überhaupt keinen Bock da drauf hatten. Manche waren jedoch extrem gespannt drauf, was kommen würde. Nun also ging es los. Für manche war es neu, für andere war es mal wieder ein Symposium. Für mich war es das erste Mal als Betreuer.



Bei der Entdeckung im Felsen

Am ersten Tag waren wir in der Turnhalle. Doch die Turnhalle war nicht wie bei den meisten Schulen direkt daneben, nein, sie war ca. einen Kilometer entfernt. Und nein, es war nicht einfach ein asphaltierter Weg, sondern es ging mitten durch den Wald. Auf dem Weg fanden wir einen Kerker oder sowas ähnliches. Zumindest war mitten im Fels ein Raum und nach draußen war der Weg mit einem Gitter abgesperrt. Was sich dahinter genau verborg, wusste keiner. Aber nach kurzer Zeit war der gefundene Raum wieder uninteressant. Schließlich waren wir ja auf dem Weg zur Turnhalle. Nach kurzer Zeit kamen wir dann auch in der Turnhalle an. Und natürlich, wie sollte es auch je anders sein, die ersten Kinder wollten Fußball spielen. Aber da es nicht alle wollten und da wir noch nicht mal die Namen alle konnten, musste der Fußball erst mal in der Ecke bleiben.

Als Erstes spielten wir ein Kennlernspiel. Dazu sollte sich jeder eine Bewegung überlegen und danach seinen Namen sagen. Und bevor der Nächste dran war, mussten alle Bewegungen sowie die Namen wiederholt werden. So ging es nicht lang und wir konnten die Namen. Danach spielten wir eine Runde Karottenziehen. Danach dann durfte man endlich spielen, was man wollte. Doch auf einmal war Fußball gar nicht mehr so extrem gewollt. Viel interessanter war die Kletterwand hinten in einem extra Raum der Turnhalle. Wer kam als erster nach ganz oben? Das war vermutlich die Frage. Und jeder wollte natürlich als erster nach ganz oben kommen. Allerdings spielten auch ein paar

Fußball. Alles in allem hat der erste Teil der Betreuung allen großen Spaß gemacht. Später dann mussten wir aufbrechen und zurücklaufen, da wir pünktlich zum Essen zurück sein mussten. Als wir angekommen waren, wollte natürlich jeder so schnell es geht zu seinen Eltern. Somit war auch für mich erst mal Pause.

Nach dem Mittagessen trafen wir uns alle wieder. Dann teilten wir uns in zwei Gruppen auf. Die eine Gruppe ging auf den nahe gelegenen Sportplatz und die andere bastelte auf einer Wiese. Ich ging bei der Gruppe mit, die zum Sportplatz ging. Wir spielten Fußball. Nach einiger Zeit gingen wir dann zurück, da die Kaffeepause anstand. Dort konnte dann jeder zu seinen Eltern gehen.

Nach der Kaffeepause trafen wir uns wieder und gingen nochmals auf den Sportplatz. Dort war auch die andere Gruppe. Ein paar spielten dann mit der anderen Gruppe zusammen Fußball und die anderen gingen an die Spielgeräte, welche auf der Erhöhung des Sportplatzes standen. Nach ca. einer Stunde gingen wir in ein Klassenzimmer, da es anfang leicht zu regnen. Zunächst staunten erst mal alle, was in dem Klassenzimmer alles war. Am interessantesten war das Smartboard (Whiteboard) an der hinteren Wand des Klassenzimmers. Jedoch konnten sie es nicht benutzen. Darum bastelten dann die meisten oder zeichneten irgendwas an die Tafel. Die Zeit verging schnell und der Tag neigte sich dem Ende. Deshalb gingen wir auch zurück, da das Programm beendet war.

Am nächsten Morgen kamen nicht mehr alle wieder. Wir gingen dann mit unserer Gruppe zur Sporthalle, da dort alle am meisten Spaß hatten. Dort angekommen, spielten wir erneut eine Runde Karottenziehen. Danach spielten wir noch einige Fangspiele und natürlich auch noch ein bisschen Fußball. Und es hat wieder allen großen Spaß gemacht. Danach ging es dann aber auch schon wieder zurück, da wir nur zwei Stunden Zeit hatten. Die vergingen, wie bereits gestern, wie im Flug. Nun hieß es Abschied nehmen.

Mir persönlich hat es großen Spaß gemacht. So erging es, glaube ich, jedem. Zumindest sah niemand traurig aus. Wer auch Lust auf sowas hat, muss nächstes Jahr nach Hambrücken kommen. Dort ist die nächste Veranstaltung. Aber bedenkt, die Plätze sind begrenzt. Ich werde auch wieder dabei sein.

■ Euer Fabian

Bericht über die Gruppenleiterschulung 2016 der Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

Vom 11. bis 15. Juni 2016 trafen sich Regionalgruppen unseres Verbandes aus NRW zur jährlichen Fortbildung im Jugendgästehaus „Aasee“ in Münster. Samstagmorgen um 10:00 Uhr konnte die Leiterin der Landesgruppe, Herta Bürschgens, 27 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den aktuell 31 bestehenden Regionalgruppen begrüßen.

Der Vormittag diente dem Erfahrungsaustausch und Berichten über Aktivitäten der einzelnen Gruppen. Der Trend der letzten Jahre, dass verstärkt erwachsene Betroffene in den Gruppen den Austausch suchen, hält weiterhin an. Fast überall gibt es mittlerweile zusätzliche Erwachsenengruppen. Die Teilnehmerzahlen bei den Gruppenabenden sind insgesamt stabil, wobei die Anzahl der regelmäßig teilnehmenden Personen in den Gruppen abnimmt. Veranstaltungen mit Referentenvorträgen sind gut besucht und eine gute Öffentlichkeitswerbung für die Gruppen einer Region. Förderlich sind auch Präsentationen in den Schulen. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch geäußert, mehr vorhandene Power-Point-Vorträge im Intranet des Bundesverbandes den Gruppen zur Verfügung zu stellen, die als Vortragmaterial verwendet werden können.

In Essen wird ein regionales ADHS-Netzwerk aufgebaut. An der Implementierung ist die Regionalgruppe Essen beteiligt.

Frau Bürschgens teilte mit, dass sich drei Regionalgruppen aufgelöst haben, aber keine neue RG gegründet werden konnte. Es gibt weiterhin viele ADHS-Gruppen in NRW, die leider nicht unserem Verband angehören. Frau Bürschgens möchte die Kontakte mit diesen Gruppen fördern. Die Mitgliederzahl in NRW hat sich zu Jahresbeginn mit 627 Mitgliedern kaum verändert.

Seitens der Regionalgruppen wurde berichtet, dass Fördergelder der Krankenkassen häufig erst spät im Jahr bewilligt und ausgezahlt werden. Die Gruppen seien deshalb darauf angewiesen, zur Überbrückung Rücklagen, insbesondere für Veranstaltungen im ersten Halbjahr, zu bilden.

In der Mittagspause fanden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausreichend Gelegenheit, Bekannte aus den vergangenen Gruppenleiterschulungen in NRW persönlich zu begrüßen und sich im Gespräch auch über Privates auszutauschen.

Der Nachmittag begann mit dem ersten Vortrag von Carmen Wöhler, Dipl.-Pädagogin und Systemische Familien-

beraterin (DGSF) zum Thema „**ADHS & Pubertät = Superpubertät; Was bedeutet das für die Familie?**“. Zunächst erläuterte Frau Wöhler die verschiedenen psychischen und physischen Veränderungen, die Jugendliche bewältigen müssen. Insgesamt wurde klar, dass die Pubertät für die Heranwachsenden immer eine Zeit großer Unsicherheit ist, die sich auch im Handeln niederschlägt. Eine wichtige Entwicklungsaufgabe sei die Verselbständigung; die Jugendlichen übernehmen zunehmend die Verantwortung für ihre Pflichten und Rechte.

Das Besondere bei Jugendlichen mit ADHS sei die Verstärkung der Impulsivität, begleitet von Stress durch die Unsicherheit über die eigene Rolle in der Familie. Regeln und Anforderung (Schule) würden ignoriert, in Auseinandersetzungen komme es oftmals zu Wutausbrüchen mit heftigen verbalen Attacken und Androhung von Gewalt, die bei den Eltern ein Ohnmachtsgefühl und Angst erzeugen könnten. Was können Eltern also tun, um durch den Sturm der Pubertät ans Ufer des Erwachsenenseins zu gelangen? Wichtig blieben wie immer bei ADHSlern klare Regeln und Absprachen und deren Durchsetzung. Eltern sollten aber auch die Gefühle der Jugendlichen ernst nehmen und sich trauen, Freiheiten zu gewähren, um den Jugendlichen die Chance zu geben, Erfahrungen zu sammeln und aus Fehlern zu lernen. Dennoch bleibe ein größerer Unterstützungsbedarf durch die Eltern bei Alltagsaufgaben als bei Gleichaltrigen.

Nach einer kurzen Kaffeepause betrachtete Frau Wöhler in ihrem zweiten Vortrag das Thema „**ADHS & Pubertät = Superpubertät**“ unter dem Aspekt „**Was bedeutet das für Schule und Ausbildung?**“. Die schulischen Probleme werden nicht besser während der Pubertät, oftmals verstärken sie sich. Die Schule erwarte jedoch eine zunehmende Selbstständigkeit in der Bearbeitung von Aufgaben und sei oftmals nicht bereit, das Handicap der ADHSler zu akzeptieren.

Mit dem Übergang in die Berufsausbildung sei es wichtig, die Jugendlichen weiterhin zu unterstützen und Kontakt zu den Ausbildern, Berufsschullehrern und zur Schulsozialarbeit aufzunehmen. Gerade in dieser Entwicklungsphase würden außerfamiliäre Ratgeber und Unterstützer oftmals eher akzeptiert als Eltern.

Ein ganz anderes Thema hatte der Vortrag „**Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und ADHS-Parallelen und gegenseitige Verstärkung**“ von Dr. Walter Beerwerth aus

Münster-Hiltrup. Zunächst zeigte er die Ähnlichkeiten bei der Erkrankungen bei den Symptomen und Folgeerkrankungen auf, was oftmals zu Fehldiagnosen führe. Besonders wichtig war der Hinweis, dass Menschen mit ADHS in höherem Maß gefährdet seien, eine PTBS zu erleiden und zu entwickeln. Oftmals suchten ADHSler den besonderen Kick und begäben sich dadurch selbst in Gefahr. Gewalt und Verwahrlosung in der Familie drücke sich aus durch die hohe Zahl von Pflege- und Adoptivkindern mit ADHS.

Der Tag wurde mit dem gemeinsamen Abendessen und von den meisten Teilnehmern mit einem Bummel durch die Altstadt abgeschlossen.

Der nächste Tag begann mit dem Vortrag **„ADHS und die Rolle der Angehörigen – Alles dreht sich nur um Dich ... oder wie ein Störungsbild die Familie verändert“** von Thomas Dereser, Coach und psychologischer Berater aus Duisburg. Herr Dereser stellte dar, wie wichtig die Einbeziehung der Angehörigen in der Therapie- und Coachingarbeit ist. Oftmals belasten die Verhaltensweisen des Betroffenen die Familie und die Familie sehe den Betroffenen als Ursache für alle familiären Probleme. Der Coach sei in dieser Situation nicht Schiedsrichter, der in Problemen denkt, sondern versuche Veränderungsprozesse im Familiensystem zu gestalten. Nur wenn die Angehörigen mit dem Coach zusammenarbeiten, offen für Veränderungen seien und die nötige Geduld aufbringen, könne die Unterstützung durch einen Berater gelingen. Schwierig bleibe die Finanzierung durch öffentliche Stellen.

Im zweiten Vortrag des Vormittags schilderte Sandra Jackelen, Erzieherin und Leiterin der RG Sundern in ihrem Erfahrungsbericht **„ADHS-Symptome im Kleinkindalter - Praxisbeispiele aus der KiTa“** Verhaltensweisen von Kindern, die auf eine ADHS-Problematik hindeuten. Diese Kinder verhielten sich oftmals in vielen Situationen unkontrolliert und unvorsichtig. Frau Jackelen warnte davor, vorilige Diagnosen zu stellen, riet aber dazu, auffällige Kinder durch die Eltern von Fachkräften untersuchen zu lassen. Im Kindergarten benötigten diese Kinder möglichst eine 1:1-Betreuung, um die notwendigen pädagogischen Maßnahmen umsetzen zu können. Das schütze das betroffene Kind vor Verletzung und Ausgrenzung und verhindere eine Beeinträchtigung der anderen Kinder.

Vor dem wohlverdienten Mittagessen gab Brigitte Wolf, stellvertretende LG-Leiterin und Leiterin der RG Gütersloh eine kurze Info zu den **„Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung bei ADHS – auch als persönliches Budget“**. Das grundlegende Problem sei die Anerkennung von ADHS als eine Form der Behinderung, die bei einigen Betroffenen Leistungen verschiedener Sozialträger erfordert, um



v. l. n. r.: Herta Bürschgens und Carmen Wöhler

im Sinne der Inklusion durch bezahlte Unterstützung ihr Berufs- und Privatleben zu meistern. Diese Anerkennung zu erstreiten überfordere die Betroffenen und auch die Hilfe anbietenden regionalen Selbsthilfegruppen. Die anwesenden Regionalgruppenvertretungen würden daher seitens des Bundesverbandes die Erarbeitung von Hilfestellungen, die im Umgang mit Behörden für die Anerkennung von ADHS als Grund für soziale Leistungen zur Alltagsgewährung verwendet werden könnten, begrüßen. Außerdem solle geprüft werden, ob der Bundesverband auf politischer Ebene tätig werden kann, um die Anerkennung von ADHS als Behinderungsgrund zu erwirken.

Nach dem gemeinsamen Mittagessen standen Themen der Landesgruppe, u. a. die Finanzen mit dem Kassenbericht für das Jahr 2015 und dem Finanzplan 2016 auf dem Programm. Da es keine Beanstandung seitens der Kassenprüferinnen gab, wurde die LG-Leitung einstimmig entlastet.

Frau Bürschgens teilte mit, dass David Lenneper sein Amt als stellvertretender Leiter der Landesgruppe NRW nach seinem tatkräftigen Einsatz auf der didacta in Köln aus persönlichen Gründen niedergelegt hat. Sie selbst möchte die Leitung der Landesgruppe in absehbarer Zeit abgeben und bat die Anwesenden, über eine Mitarbeit in der Landesgruppenleitung nachzudenken. Sie dankte allen Gruppenleitungen für ihr Engagement in den Regionalgruppen vor Ort und für die aktive Verbandsarbeit.

Die Gruppe dankte Herta Bürschgens für die gut gelungene Gruppenleiterschulung. Alle Teilnehmer fuhren gestärkt durch Kaffee und Kuchen, bereichert mit vielen neuen Einblicken und Informationen nach Hause.

Am 24./25. Juni 2017 wird man sich in Münster wiedersehen.

■ Brigitte Wolf (Gütersloh)
stellv. Landesgruppenleiterin

Jahresbericht 2015 der ADHS-Elterngruppe Regionalgruppe Bruchsal/Hambrücken

13. Januar 2015

1. Gruppentreffen der ADHS-Elterngruppe 2015

Am ersten Treffen 2015 konnten wir 23 betroffene Eltern bei uns begrüßen. Wir hatten Herrn Henrik Herrmann bei uns zu Besuch, der uns über ADHS und Versicherungen informierte. In seinem Vortrag befasste er sich mit der Berufsunfähigkeitsrente, Unfallversicherung und alle relevanten Versicherungen. Leider ist es mit der Diagnose ADHS nicht so einfach diese so ohne weiteres zu bekommen. Gesundheitsfragen muss man wahrheitsgemäß beantworten. Sollte sich die ADHS verwachsen haben, so ist diese nach fünf Jahren Beschwerdefreiheit nicht mehr anzugeben. Herr Herrmann stand im Anschluss noch für weitere Fragen persönlich zur Verfügung.

21. Januar 2015

1. Frühstückstermin der ADHS-Elterngruppe

Acht Eltern, vorwiegend Mütter, haben sich mit uns im Globus Wiesental zum gemeinsamen Frühstück getroffen. Lustig wie immer verbrachten wir zwei gemütliche Stunden, bevor wir uns wieder aufmachten, um vor unseren Lieben wieder rechtzeitig zu Hause zu sein.

23. Januar 2015

Gesprächstermin Kammertheater Projekt

Wir trafen uns mit Herrn Bernd Gnann, Geschäftsführer und Schauspieler des Kammertheaters, in den Räumen von BadenTV. Dort erläuterte er uns, wie er sich eine Zusammenarbeit mit uns (Kindern mit ADHS), dem Kammertheater und der AOK Karlsruhe vorstellt. Angeboten werden sollen Schauspielgruppen mit jeweils 2 - 3 Kinder an einem Tag in der Woche für 1 - 2 Stunden. Möglich wären bis zu vier Gruppen. Dort würde den Kindern professionell Schauspielunterricht gegeben werden. Bezahlt würde das dann von der AOK Karlsruhe. Am 10. Februar wird es die erste offene Gruppe zum Schnuppern geben. Bis dahin müssen sich 10 Kinder gefunden haben, die daran teilnehmen möchten.

29. Januar 2015

Standaufbau Medizin-Messe Stuttgart

Auch in diesem Jahr ist die Landesgruppe BW mit einem Messestand auf der Medizinmesse in Stuttgart vertreten.

03. Februar 2015

2. Gruppentreffen der ADHS-Elterngruppe 2015

Heute hatten wir 12 interessierte Eltern bei uns zu Gast. Davon waren zwei neue dabei. Kirsten begrüßte zu Beginn alle Anwesenden und erzählte dann kurz von der Medizin-Messe in Stuttgart. Dann erinnerte sie noch an die 1. ADHS-



Henrik Herrmann

Tage im April 2015. Im Anschluss daran teilten wir uns auf und Kirsten übernahm die zwei Neuen, um mit ihnen das Erstgespräch zu führen und ich kümmerte mich um die „alten Hasen“.

10./24. Februar 2015

Kammertheater

An diesen beiden Terminen trafen wir uns, 11 Kinder und deren Eltern, mit Bernd Gnann und Lilly Repplinger im Kammertheater in Karlsruhe, zu den ersten beiden Workshopstunden.

Die Kinder hatten kaum Scheu und wurden gleich zu Beginn von beiden herzlich begrüßt. Und schon ging es auf die Bühne zu den ersten Schritten auf dieser. Es wurden einige Spiele gemacht. Wie z. B. die Augen zumachen und langsam auf das Publikum zuschreiten, mal schauen, wer rechtzeitig stoppt. Natürlich kann er sich auf die anderen verlassen, die rechtzeitig rufen „STOP“. Weitere solche Trainings und Übungen wurden an beiden Tagen veranstaltet. Die Eltern haben sich im Theater „Kaffee“ derweilen gut unterhalten.

Im Nachhinein ist leider die Finanzierung dieses Workshops geplatzt und es fanden keine weiteren Treffen mehr statt. Viele der Kids waren darüber sehr traurig, weil es ihnen sehr viel Spaß gemacht hatte.

05. März 2015

Besprechung 1. ADHS-Tage in der Lußhardtalle

Wir trafen uns mit den verantwortlichen Technikern der Firma Aliventa, den Vereinsmitgliedern vom CDU-Ortsverband, Förderverein der Pfarrer-Graf-Schule, Freizeitclub Hambrücken und mit dem Hausmeister der Lußhardtalle Herrn Läßle, um den Ablauf der Veranstaltung zu besprechen. Wie viele Leute kommen, wie viele Räume müssen bestuhlt werden, Beginn vom Aufbau und der Veranstaltung? Zum Ende kam auch der Caterer noch dazu, um zu bespre-

chen, wie die Essenausgabe aufgestellt werden muss und weitere Einzelheiten.

10. März 2015

3. Gruppentreffen der ADHS-Elternguppe 2015

Heute hatten wir keinen Vortrag bei uns in der Gruppe. Nachdem Kirsten noch einige Infos bezüglich der ADHS-Tage und rund um ADHS mitgeteilt hatte, konnte ein gemütlicher Gruppenabend mit vielen Gesprächen beginnen. Anwesend waren neun Personen. Viele liehen sich aus unserer gut sortierten Bücherei Bücher aus.

17. April 2015

Aufbau 1. ADHS-Tage

Um 13:30 Uhr trafen wir uns mit allen unseren Helfern und dem Team der verschiedenen beteiligten Firmen und Vereinen zum Aufbau. Die Halle musste mit 500 Stühlen bestuhlt werden, genauso wie das Forum mit 120 Stühlen. In der Halle wurde die Technik mit zwei großen Leinwänden und mehreren Mikrofonen und dem Licht aufgebaut. Auch der Beamer und Laptop wurden eingerichtet. Für das Forum, in dem die Erwachsenenveranstaltung stattfindet, wurde eine Leinwand, Beamer und Mikrofon bereitgestellt.

Der Vereinsraum und das Foyer wurden mit Tischen und Stühlen bestückt, dort können sich die Besucher während den Pausen erfrischen und stärken. Für den Caterer (Essenausgabe), den Einlass und die Tageskasse wurde ein Bereich im Foyer eingerichtet. Der Infostand des ADHS Deutschland e. V. wurde in der Halle aufgebaut sowie Infomaterial zur Veranstaltung auf jedem Stuhl ausgelegt. Die Kinderbetreuer richteten den Clubraum ein, um darin mit den Kids zu basteln und zu malen.

Um 19 Uhr trafen wir uns mit den schon angereisten Mitgliedern des Verbandes und den anwesenden Referenten zum Abendessen auf dem Spargelhof Simianer. Insgesamt waren es ca. 40 Personen.

18./19. April 2015

1. ADHS-Tage Bruchsal-Hambrücken

Für diese Tage gibt es einen separaten Bericht, mit vielen Informationen. Die Veranstaltung war ein voller Erfolg und wurde sehr gut angenommen. Zur Hauptveranstaltung konnten wir ca. 450 Besucher begrüßen. In den beiden Jugendbetreuungen waren ca. 85 Jugendliche. 25 Kinder wurden von vier Betreuerinnen in zwei Gruppen eingeteilt und während der Veranstaltung betreut. In der parallel stattfindenden Erwachsenenveranstaltung des ADHS Deutschland e. V. waren dann nochmal ca. 150 Personen.

In der Hauptveranstaltung waren am Samstag Vorträge von Dr. Bernhard Zehe, Frau Edith Wölfl, Dr. Fritz Jansen und Prof. Dr. Biegert zu hören. Am Sonntag kam dann Prof. Dr. Braus zu uns und Herr Fritz Jansen hielt noch einen Vor-

trag. Die Veranstaltung wurde so gut angenommen, dass wir für 2017 die 2. ADHS-Tage planen.

Möchten Sie noch mehr Informationen zu der Veranstaltung haben, wenden sie sich gerne an uns. Kontaktdaten finden Sie auf unserer Homepage www.adhs-elterngruppe-hambruecken.simigos.com



1. ADHS-Tage Bruchsal-Hambrücken

04. Mai 2015

Treffen mit Frau Dr. Lücke, AOK-Karlsruhe

Wir trafen uns an diesem Vormittag mit Frau Dr. Lücke um ihr für die Unterstützung bei den 1. ADHS-Tagen zu danken, und ihr den Bericht dazu persönlich zu überreichen. Wir besprachen unsere Eindrücke, was wir verbessern könnten, was gut ankam und was für Rückmeldungen wir bekommen haben. Gleichzeitig signalisierte sie Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit und sagte uns ihre Unterstützung für die 2. ADHS-Tage zu.

05. Mai 2015

4. Gruppentreffen der ADHS-Elternguppe 2015

Zum Gruppentreffen in diesem Monat konnten wir 11 Eltern begrüßen. Darunter waren auch zwei „Neue“. Zu Beginn begrüßte Kirsten alle Anwesenden und erzählte von den nächsten Terminen in der Gruppe. Im Juni werden wir einen Vortrag zum Thema „Mobbing“ anbieten. Im Juli wird Dr. Streif einen Vortrag für Eltern und Jugendliche halten zum Thema „Aggression“.

Des Weiteren erzählte Kirsten kurz noch von unseren Eindrücken von den 1. ADHS-Tagen. Danach gab sie die Runde frei und wie immer kümmerte Kirsten sich um die Neuen und ich mich um die „Alten“. Es war ein netter Abend mit vielen interessanten Gesprächen.

02. Juni 2015

Treffen Schulamt Karlsruhe

An diesem Nachmittag trafen wir uns in Karlsruhe mit der Schulamtsleiterin Frau Groß zu einem persönlichen Gespräch. Sie war bei den 1. ADHS-Tagen beim Vortrag von Prof. Dr. Braus anwesend und hat uns daraufhin zu einem Gespräch eingeladen.

Wir erarbeiteten im Gespräch, wie eine Zusammenarbeit mit uns als Selbsthilfegruppe und dem Schulamt aussehen

könnte. Des Weiteren konnten wir verschiedene Infomaterialien zur Verfügung stellen. Das Schulamt bekam von uns die Broschüren des Verbandes über ADHS und Schule in ausreichender Anzahl. Selbst orderte das Schulamt für alle Lehrer die Interventionstabellen für Lehrer. Nach gut zwei Stunden machten wir uns zufrieden und mit einem guten Gefühl auf nach Hause. Wir denken, es war ein großer Schritt, um ADHS im Bereich Schulleben in Karlsruhe und Umgebung ein Stück weiterzubringen.

09. Juni 2015

5. Gruppentreffen der ADHS-Elternggruppe 2015

27 interessierte Personen konnten wir an diesem Abend zum Gruppentreffen begrüßen. Wir hatten Herrn Möller-Stein vom „Mobbing competence-center BW“ zu Gast. Er referierte zum Thema „Was tun, wenn mein Kind gemobbt wird?“

Das **Mobbing competence-center** bietet Betroffenen aus BW Beratungen an. 60 % der bei ihnen gewesenen Personen sind wegen Mobbing in ärztlicher Behandlung. 80 % der Anrufer sind nicht in einer Mobbing-Situation. Aber auch diesen Personen wird geholfen. Herr Möller-Stein zeigte in seinem Vortrag nun auf, wann es sich um Mobbing handelt. Merkmale wurden genannt und besprochen.

Leider war der Vortrag nicht gerade auf die Altersgruppe unserer Kinder und Jugendlichen zugeschnitten. Es war in dem Vortrag viel von Erwachsenen die Rede. Das war leider etwas schade. Trotz allem haben wir viele brauchbare Informationen mitgenommen. Im Anschluss an seinem Vortrag stand Herr Möller-Stein noch für Fragen zur Verfügung und es bestand die Möglichkeit, sich noch zu unterhalten.

13. Juni 2015

1. Feldberger ADHS-Tag im Caritas-Haus

Erzieherinnen, Therapeuten, Psychologen und Kinderärzte trafen zusammen mit Wissenschaftlern und Forschern. Die Plattform dafür bot das Caritas-Haus Feldberg. Anlässlich des 20-jährigen Bestehens des **Interdisziplinären Therapie-zentrums (ITZ) Caritas-Haus Feldberg** hatten Klinikleiter Udo Wankelmuth und ärztlicher Leiter Hansjörg Schmelzle zur ersten Tagung unter dem Leitspruch „Feldberger AD(H)S-Tag“ eingeladen.

Das Fachpublikum bestand aus 120 Personen, die aus ganz Baden-Württemberg angereist waren. Hochkarätige Referenten konnte der ärztliche Leiter Schmelzle für die Tagung gewinnen, entsprechend anspruchsvoll waren auch die Vorträge, in denen die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse vorgestellt wurden.

Das ITZ hat sich neben der Rehabilitation von Adipositas und Asthma besonders den an AD(H)S-erkrankten Kindern und Jugendlichen verschrieben. „Rehabilitation bedeutet,

dem Erkrankten wieder die Teilhabe am alltäglichen Leben zu ermöglichen“, erläutert Hansjörg Schmelzle, „wenn ein ambulanter Therapieeinsatz nicht mehr hilft, besteht eine Indikation für eine Rehabilitation.“ Über AD(H)S im Vorschulalter referierte Frank W. PAufius, Psychologe vom Universitätsklinikum des Saarlandes. Monica Biscaldi-Schäfer aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg informierte über die symptomatischen Überschneidungen bei Autismus-Spektrum-Störungen mit AD(H)S. Der letzte Referent Christoph Klein, Universität Freiburg, ließ die Zuhörer teilhaben an aktuellen Forschungsergebnissen über die neurologischen Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede von ADHS und Autismus (Quelle: Badische Zeitung). Wir waren auf dem 1. ADHS-Tag auf dem Feldberg mit einem Infotisch des ADHS Deutschland e. V. vertreten.

14. Juli 2015

6. Gruppentreffen der ADHS-Elternggruppe 2015

61 Interessierte, darunter Eltern, Erzieher, Ergotherapeuten und auch ein Kinderarzt sowie 10 Jugendliche hatten wir an diesem Abend bei uns zu Gast.

Dr. Johannes Streif, Dipl.-Psychologe aus München und Frau Isabell Kappl, Richterin in München, waren an diesem Abend bei uns zu Gast. Sie hielten einen Vortrag in zwei Teilen zum Thema: „Hau drauf, die Mama räumt auf! – Wann ADHS wirklich Spaß macht.“ Hintergrund zu diesem Vortrag war das Thema Aggression und Gewalt. Zuerst hielt Dr. Streif seinen Teil des Vortrags für die Eltern und Interessierten. Frau Kappl nahm die Jugendlichen mit nach draußen, um mit diesen separat zum Thema Aggression und ihre Folgen aus rechtlicher Sicht zu sprechen.

Dr. Streif erzählte den Anwesenden inzwischen über „Warum ADHS so leichtsinnig macht?“ bis hin zu, was Eltern tun können. Nach ca. einer Stunde tauschten Frau Kappl und Herr Dr. Streif die Positionen und er übernahm die Jugendlichen, während Frau Kappl den Erwachsenen erklärte, was das Recht sagt.

Am Ende dieses Abends standen beide noch für Fragen zur Verfügung. Durch die Anwesenheit mehrerer Jugendlicher löste sich das Gruppentreffen zum Ende hin relativ schnell auf.

22. September 2015

7. Gruppentreffen der ADHS-Elternggruppe 2015

Am Treffen nahmen 14 Personen teil. Darunter waren auch wieder ein paar neue Gesichter. Kirsten teilte nach der Begrüßung einige Termine mit, unter anderem das KVBW Versorgungsforum in Schwäbisch Gmünd. Sie kündigte auch gleich noch die Verschiebung des nächsten Gruppentreffens vom 13. auf den 20. Oktober an. Im Anschluss daran, gab sie das Gruppentreffen frei für die Gespräche. Viele

davon wurden geführt. Die Neuen konnten ihre Probleme bei Kirsten erzählen und wurden aufgeklärt. Ich übernahm es, mit den uns schon Bekannten, Gespräche zu führen und ich war die Ansprechpartnerin für die Bücherei, von der an diesem Abend reger Gebrauch gemacht wurde.

22. September 2015

3. Teamtreffen des ADHS-Regionalteams nördlicher Landkreis Karlsruhe

An diesem Abend waren leider nicht ganz so viele nach Bad Schönborn gekommen. 15 Teilnehmer konnten gezählt werden. Besprochen wurden einige Dinge, wie Pflegestufe bei ADHS, der neue Flyer, der im nächsten Jahr stattfindende Vortrag von Prof. Dr. Braus. Ein weiterer Punkt war unser Anliegen, die Transition ins Erwachsenenalter etwas voran, zutreiben und auch in diese Richtung weiter zu denken. Es wäre eine Möglichkeit, Erwachsenenpsychiater einzuladen, um mit ihnen darüber zu beraten, wie es mit einer Vernetzung aussieht. Des Weiteren wurden noch Termine genannt, wie die Veranstaltung der KVBW, das Versorgungsforum mit der Unterstützung der Landesgruppe BW des ADHS Deutschland e. V. am 24.10.2015 in Schwäbisch Gmünd.

06. Oktober 2015

Frühstückstermin der ADHS-Elterngemeinschaft beim „Globus“

Wir trafen uns mit fünf weiteren Eltern beim „Globus“ in Wiesental zum gemeinsamen Frühstück. Es wurden sehr gute Gespräche geführt und wir konnten uns in gemüthlicher Atmosphäre etwas erholen.

20. Oktober 2015

8. Gruppentreffen der ADHS-Elterngemeinschaft 2015

Dieses Gruppentreffen musste, aus persönlichen Gründen und Terminen von unserer Seite aus, leider ausfallen. Leider waren auch die Anmeldezahlen nicht gerade hoch, so dass wir uns zu diesem Schritt entschlossen haben.

24. Oktober 2015

KVBW Versorgungs-Forum AD(H)S Baden-Württemberg in Schwäbisch Gmünd

Zum Versorgungs-Forum AD(H)S kamen mehr als 120 Teilnehmer, um über die aktuelle Versorgungssituation der laut Statistik ca. 70.000 von AD(H)S betroffenen Patienten in Baden-Württemberg zu diskutieren. Mit einer Zweidrittelmehrheit der Teilnehmer waren die Ärzte und Psychotherapeuten beim Forum sehr zahlreich vertreten. Weitere Teilnehmer kamen aus dem Bereich der Selbsthilfe oder der sonstigen Behandler.

Das „Versorgungs-Forum AD(H)S Baden-Württemberg“ wurde von Daniela Fuchs, Kooperationsberaterin für Ärzte/Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen (KOSA) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sowie Frau Riedelbauch, Landesgruppenleiterin des ADHS Deutschland e. V. organisiert und moderiert.



ADHS Deutschland e. V. Stand in Schwäbisch Gmünd

Seit 1. April 2009 besteht der AD(H)S-Versorgungsvertrag in Baden-Württemberg. Frau Dr. med. Christa Schaff, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Nervenheilkunde, war als Vorstandsmitglied ihres Berufsverbandes des BKJPP e. V. maßgeblich an dessen Entstehung und Einführung beteiligt. Im Rahmen ihres Vortrages mit dem Titel „Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S in Baden-Württemberg - Einführung und Überblick“ zeigte sie anhand von Statistiken auf, was sich zwischenzeitlich bei der Versorgung der Patienten aufgrund des Vertrages verändert hat. Im zweiten Referat „Update Pharmakotherapie bei AD(H)S“ berichtete Prof. Dr. med. Tobias Renner, ärztlicher Direktor der Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Tübingen, über die Wirkungsmechanismen, Chancen und Risiken der pharmakologischen Behandlung der AD(H)S. Sein Bericht stellte die positiven Effekte der Medikation bei eindeutiger Diagnosestellung ausführlich dar. Selbst nach der Zulassung neuer Substanzen wie Atomoxetin und Lisdexamphetamin sowie der anstehenden Markteinführung von Guanfacin zur Behandlung der AD(H)S bleibt Methylphenidat die Medikation der ersten Wahl.

Nach einer Pause sprach im zweiten Vortragsblock Dr. med. Matthias Gelb, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Mitglied der AWMF-Leitlinien-Kommission ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (S3), über „Aktuelles zu den Leitlinien bei AD(H)S“. Abschließend sprach der Psychologe und 2. Vorsitzende des ADHS Deutschland e. V., Dr. Johannes Streif, über „Psychologische Interventionen bei AD(H)S“ jenseits des Störungsbegriffs.

Wir waren mit einem Stand des ADHS Deutschland e. V. vertreten.

24./25. Oktober 2015

RG-Schulung der Landesgruppe BW in Schwäbisch Gmünd

Nach der Teilnahme am Versorgungsforum trafen sich die angereisten RG-Leiter zur Schulung im Hotel Pelikan. Dort fanden sich insgesamt 13 RG-Leiter ein. In einer großen offenen Runde besprach man am ersten Tag Grundsätzliches. Am Abend ging es dann zum gemeinsamen Abendessen zu einem Restaurant in der Nähe.

Am Sonntag nach dem Frühstück ging es dann weiter. Es wurde diskutiert und beraten. Wie sollte eine Veranstaltung aussehen? Wie wird eine Veranstaltung geplant? Wo sollten die nächsten RG-Schulungen und -Treffen stattfinden? So wurden viele Infos gesammelt, bevor wir uns dann gegen 13 Uhr auf den Heimweg machten.



Dr. Johannes Streif

10. November 2015

9. Gruppentreffen der ADHS-Elternguppe

Dr. Johannes Streif war an diesem Abend unser Gast. Er hielt einen Vortrag zum Thema „ADHS im Alltag – Geschichten und Geschichten“. 37 Interessierte haben sich im Vereinsraum eingefunden, um diesen Vortrag zu hören. Kirsten begrüßte zuerst einmal alle Anwesenden mit einigen Infos, wie z. B. Weihnachtsfeier und unseren Termin fürs letzte Treffen 2015. Dann übergab sie das Wort Dr. Streif.

Als 2. Vorsitzender des ADHS Deutschland e. V. zeigte er auf, was unser Verband alles tut für Betroffene mit ADHS und deren Familien. Des Weiteren erwähnte er sein Jägerlager. Das Jägerlager richtet sich an Kinder und Jugendliche zwischen acht und 14 Jahren – und an die Eltern und Erzieher. Während einer Woche lebt das Kind mit 10 bis 15 weiteren Kindern sowie bis zu acht Betreuern in der „Jägerburg“ – ein Haus im Stil einer Jugendherberge. Die Jägerburg liegt mitten in der Natur und verfügt über die Infrastruktur für eine Vielzahl von Aktivitäten: u. a. psychomotorische Anleitung in Haus und Wald, Ballspiele, Mountainbike und Exkursionen. Dann begann er mit dem Video vom Hypie-Käfer seinen Vortrag.

Über Heinrich Hoffmann bis hin zu Hermann Emminghausen früher und Will Smith, Bill Cosby oder Emma Watson heute zeigte er in seinem Vortrag die Veränderung der Diagnose bis hin zur Therapie.

Im Anschluss an seinen Vortrag gab es noch die Möglichkeit, ihm persönlich Fragen zu stellen. Von der Bücherei wurde an diesem Tag wieder reichlich Gebrauch gemacht. Von unseren Besuchern waren acht neue gekommen, die sich in die E-Mail-Verteilerliste eingetragen haben. Diese haben wir dann nochmal eingeladen, am nächsten Termin vorbeizukommen, da wir dort keinen Vortrag haben und mehr Zeit für Gespräche ist.

14./15. November 2015

RG-Leiterschulung Hirschaid

An diesem Treffen der RG-Leiter in Hirschaid nahmen Kirsten und Jürgen Riedelbauch teil. Ich war aus persönlichen Gründen verhindert. Diese Veranstaltung fand dieses Mal in Kooperation mit der Landesgruppe Bayern statt.

Gemeinsam begonnen wurde am Samstag, dem 14.11.2015, um 10:00 Uhr mit einem Symposium mit folgenden Referenten und Themen: Prof. Dr. Marcel Romanos „ADHS – wo kommt's her und wo geht's hin?“, Dr. Helga Simchen „Die ADHS-Frau – stark, aber doch empfindlich“, PD Dr. Wolfgang Briegel „Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) bei Kindern mit oppositionellem Verhalten“, Carsten Donath „Autismus und AD(H)S und dann auch noch Resilienz (aus der eigenen Innensicht)“.

Am zweiten Tag wurden verschiedene Workshops angeboten.

24. November 2015

4. Teamtreffen des ADHS-Regionalteams nördlicher Landkreis Karlsruhe

An diesem Abend waren 24 Teammitglieder gekommen, um sich die Vorstellung des Caritas-Hauses auf dem Feldberg anzuhören. „ADHS: Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Das Konzept des Caritashauses Feldberg“, ein Vortrag von Herrn Dr. Hansjörg Schmelzle. Ein weiterer Punkt auf der Tagesordnung waren die letzten Änderungen an den Daten für den neuen Flyer, den ich erstellte sowie einige organisatorische Angelegenheiten.

05. Dezember 2015

Weihnachtsfeier

Auf Grund zu weniger Anmeldungen haben wir uns dazu entschlossen, die Weihnachtsfeier abzusagen. Das fanden wir sehr schade und hoffen, dass die Zahlen 2016 wieder besser werden.

05. Dezember 2015

5. Mannheimer ADHS-Tagung

Nach der Begrüßung durch Prof. Dr. Dr. Banaschewski vom ZI Mannheim wurde der 12. ADHS-Förderpreis überreicht. Preisträger waren zum einen die Zeitschrift „N#MMER – das Magazin“ für Autisten und ADHSler und Astronauten. Diese Zeitschrift wird ausschließlich von ADHSlern und Autisten umgesetzt.

Der zweiten Preisträger war „Erwachsenwerden mit Modus: Fit für den Wechsel“. Ein Transitionsmodul im modularen Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche.

Im Anschluss daran konnten wir sechs interessante Vorträge hören, die da waren:

- Lässt sich durch angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit ADHS die Wirksamkeit von Pharmakotherapie verbessern? – Prof. Dr. Manfred Döpfner, Köln
- Adhärenz & Therapiewirksamkeit – Prof. Dr. Michael Huss, Mainz
- ADHS im Vorschulalter – Prof. Dr. Katja Becker, Marburg
- Psychopharmakologie bei Autismus und komorbider ADHS – Prof. Dr. Luise Poustka, Wien
- ADS: Differentialdiagnose oder Komorbidität – Dr. Sarah Hohmann, Mannheim
- ADHS & Bildung – Prof. Dr. Kerstin Konrad, Aachen

08. Dezember 2015

10. Gruppentreffen der ADHS-Elterngruppe 2015

An diesem letzten Gruppentreffen durften wir 14 interessierte Eltern bei uns begrüßen. Zu Beginn des Abends stellte Kirsten unseren neuen Jahresplan vor, erzählte kurz von Hirschaid, dem Mannheimer ADHS-Tag und der neuen ZI-Studie. Im Anschluss daran gab es eine PowerPoint-Präsentation mit einem Jahresrückblick der ADHS-Elterngruppe.

■ Sabine Kolb

Gute Zeiten – sehr gute Zeiten

Fast auf den Tag genau vor drei Jahren gründeten Patricia Ödell und ich unsere SHG.

Wir hatten uns nie zuvor gesehen. Die Selbsthilfe-Kontaktstelle „verkuppelte“ uns, da wir beide auf der Suche nach einem Partner waren. Vernunftfehen sind die besten! Inzwischen treffen jeden dritten Montag im Monat ca. 20 Teilnehmer bei uns ein, um sich auszutauschen. Unser E-Mail-Verteiler umfasst mehr als 60 Kontakte. Wir sind offen für selbstbetroffene Erwachsene, Eltern, Erzieher und Lehrer. Erstmals nahmen wir 2015 am jährlich stattfindenden Selbsthilfetag in Bad Dürkheim teil, bei dem sich Selbsthilfegruppen aus dem gesamten Schwarzwald-Baar-Kreis präsentieren. Unser Stand wurde gut frequentiert (wir gaben alles ...) und wir konnten um die 40 intensive Beratungsgespräche führen. Wie in unseren Gruppentreffen üblich, hatten wir auch dort ein breit gefächertes Spektrum an Infomaterial über ADHS ausgelegt. Zwischendrin wurde eine „Schnupperrunde“ eingeleitet: Wie wir wissen, leiden Menschen mit einem AD(H)S oft zusätzlich unter Komorbiditäten wie Depressionen, Süchten, Zwängen und Ängsten. Wir stellten uns solchen Selbsthilfegruppen vor, die mit diesen Störungsbildern arbeiten und überreichten unsere Flyer.

Zwei Themen beschäftigten uns schon stark seit dem Vorjahr. Zum einen vermuteten einige Eltern im Dialog mit der Gruppe, selbst ein AD(H)S zu haben. Es begannen Prozesse, die sehr gut begleitet werden mussten. Ein völlig verzweifelter Elternpaar wurde mit positivem Ergebnis diagnostiziert. Nun gab es in der Familie schon drei Kinder mit AD(H)S, die ihre Eltern ans absolute Limit brachten. Das gesamte Leben wurde umgekrempelt, Medikamentengabe bei allen. Eine Familienhelferin und Schulbegleiter trugen dazu bei, dass sich die Situation entspannte. Alle drei Kinder beka-

men eine Pflegestufe. Der Vater gab seinen Beruf auf und lässt sich umschulen. Auch die Mutter ist dank der Hilfen wesentlich ruhiger, kann mit den Kindern wieder adäquat umgehen und auch wieder besser für sich selbst sorgen. Als Gruppenleitung erfüllt es uns mit großer Freude und auch mit einem gewissen Stolz, Biografien so positiv beeinflussen zu können.

Gleichzeitig spitzten sich die negativen Berichte aus den Schulen zu. Ein Kind wurde sogar von einer Lehrerin durchgeschüttelt. Wir bekamen in diesem Jahr jedoch die große Chance, eine Vielzahl von Lehrern zu erreichen. Dazu später mehr.

Im Mai konnten wir Karlemann Timm zu einem Vortrag mit dem Thema „ADHS wird erwachsen“ gewinnen. Karlemann Timm ist Chefarzt der Bad Dürkheimer Luisenklinik und beschäftigt sich seit 20 Jahren mit dieser Thematik. Er leitet dort die AD(H)S-Erwachsenen-Station. Der Vortrag war mit etwa 30 Personen gut besucht, und es konnten auch im Anschluss noch viele Fragen beantwortet werden.

„Eva und das AD(H)S“ hieß es im Oktober. Wir hielten zwei eigene Vorträge: Patricia mit dem Titel „Zwischen Können und Wollen“, ich zum Thema „Der hormonelle Einfluss auf das Befinden bei Frauen mit ADHS“. Wir wollten, dass die Frauen besser verstehen, wie Chaosprinzessinnen funktionieren und warum ADHS eine Herausforderung für sie ist. Auch Männer waren herzlich eingeladen. Wiederum waren es rund 30 BesucherInnen, von denen wir viel positives Feedback bekamen.

In der Zwischenzeit war der Schulrat am staatlichen Schulamt Donaueschingen, der Patricia in einem anderen Zusammenhang kennt, an sie herangetreten und zeigte

großes Interesse an unserer Arbeit. Er ist zuständig für alle Grund-, Real- und Werksrealschulen sowie Gemeinschafts- und Sonderschulen im Schwarzwald-Baar-Kreis. Aus seiner Zeit als Rektor und Lehrer war ihm die AD(H)S-Problematik bestens bekannt, so dass ihm sehr daran gelegen ist, die Lehrer für das Thema zu sensibilisieren. Herr Schneider hatte die Idee, mit uns einen Lehrer-Fachtag zu organisieren, um mehr Informationen an die Lehrkräfte weitergeben zu können.

Das Wissen der Lehrer um ADHS soll helfen, Konfliktsituationen nicht eskalieren zu lassen. Es folgte eine Zeit der Planung und Organisation. So wurden z. B. alle regionalen Zeitungen informiert. Zusammen mit Herrn Schneider und der Schulpsychologin Frau Müller-Lüdtke wurden wir zu mehreren Interviews in die Redaktionen eingeladen.

Der Lehrer-Fachtag ADHS richtete sich an Lehrerinnen und Lehrer besagter Schulen im Schwarzwald-Baar-Kreis. Im Rahmen von Vorträgen und Workshops wurde das Thema ADHS im Schulalltag vermittelt und vertieft. Der Fachtag war nicht öffentlich. Die ca. 150 Teilnehmer wurden direkt vom Schulrat eingeladen. Das Programm begann morgens mit einer Rede meiner erwachsenen Tochter Lea. Sie fungierte erfolgreich als emotionaler Türöffner, indem sie einen Vortrag über ihr bisheriges Leben mit der Diagnose ADHS hielt. Vom Kindergarten-Alter bis zu ihrem heutigen Beruf schilderte sie ihre Erlebnisse. Besonders die Schulzeit mit all der Ausgrenzung und teils rüder Behandlung durch Kinder und Lehrer sind ihr bestens in Erinnerung. Lea sollte auf die Sonderschule, wogegen wir uns zur Wehr setzten. Sie machte letztlich ihr Fachabitur und ist heute erfolgreiche Logopädin.

Prof. Hans Biegert, Leiter der HEBO-Schule in Bonn, sorgte anschliessend mit seinem Vortrag „Was man über AD(H)S als Lehrkraft wissen muss“, in seiner bewährt-flotten Art dafür, dass auch die letzten Zuhörer wach wurden. Nachmittags wurde das Wissen in kleinen Gruppen mit verschiedenen Workshops vertieft:

- Anders denken, hören, sehen – Handlungskonzepte für Lehrer/innen
- Ungleiches nicht gleich behandeln – der Nachteilsausgleich
- ADHS, neurobiologische Grundlagen, Medikation und komorbide Störungen
- ADHS aus Elternsicht
- Entspannt und angemessen umgehen mit schwierigen Schülern im Unterricht und Ganztagesbereich
- Erfolgreiche Handlungsstrategien im Unterricht – Erfahrungen eines Schülers
- Schulkonzept für den koordinierten und gemeinsamen Umgang mit AD(H)S-Fällen
- Stationäre Behandlungskonzepte bei Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Alles hat ein Ende, so auch leider am späten Nachmittag dieser energiegeladene, interessante Fachtag.

Gute Zeiten – sehr gute Zeiten: Wir blicken gern auf das Jahr 2015 zurück mit dem Gefühl, vieles bewegt zu haben. Und der Spaß ist dabei auch nicht zu kurz gekommen! Für unsere Gruppe und uns definitiv sehr gute Zeiten.

■ Karen Richter und Patricia Ödell

Leiterinnen der AD(H)S-Selbsthilfegruppe Schwarzwald-Baar, Regionalgruppe Villingen Schwenningen

Ramona Thümmler „ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen: Eine Forschungsstudie zu Zusammenar- beit, Strukturen und gelingender Praxis.“



Ramona Thümmler
„ADHS im Schnittfeld verschiedener Professionen:
Eine Forschungsstudie zu
Zusammenarbeit, Strukturen
und gelingender Praxis“
ISBN: 978-3779932482
Verlag: Beltz Juventa
Preis: € 34,95

Ramona Thümmler widmet sich in ihrer im Jahr 2013 an der Fakultät für Rehabilitationswissenschaften der Technischen Universität Dortmund eingereichten Dissertation einer empirischen Studie mit dem Ziel der Analyse der institutionalisierten Hilfesysteme und -strukturen bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Nach einer kurzen Einführung geht Ramona Thümmler allgemein auf die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen ein (S. 21-38). In einem weiteren Schritt widmet sie sich den (sozial-)psychologischen Grundlagen der Aufmerksamkeitsstörungen (S. 39-82) und erörtert dabei nicht nur die Symptomatik, die Prävalenz und den Verlauf der Störung, sondern auch einige Erklärungs-

ansätze, die Diagnostik, die Intervention und die Versorgung. Im vierten Kapitel vermittelt die Verfasserin Definitionen, Grundlagen und Rahmenbedingungen bezüglich der Kooperation (S. 83-102).

Das Ziel der Untersuchung liegt sowohl in der Beschreibung der Situation der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS als auch in der Ermittlung der förderlichen und hinderlichen Faktoren, die während einer ADHS-Behandlung in der Kooperation auftreten können. Die Untersuchung beinhaltet drei Teilaspekte. Als Erstes werden die Angebote auf dem Feld der Aufmerksamkeitsstörungen benannt. In einem zweiten Schritt identifiziert Thümmler die förderlichen und hinderlichen Strukturen anhand von Fallbeispielen und im Bereich von Kooperationsnetzwerken. Im dritten Teil befasst sie sich schließlich mit der Entwicklung von Kriterien für die Zusammenarbeit und die Vernetzung von Fachkräften, die entwicklungsauffällige Kinder und Jugendliche begleiten.

Die Autorin greift bei ihrer Untersuchung auf ein Mixed-Method-Design mit der Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden zurück. In der ersten Phase wird zunächst eine Felderkundung durch Expertengespräche durchgeführt. Experten/innen sind in diesem Fall Teilnehmende eines Qualitätszirkels zu ADHS an einem nicht namentlich genannten Klinikum in Stuttgart. In der zweiten Phase wird mit 15 Experten/innen verschiedener Berufsgruppen (Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendmedizin, Psychologie usw.) eine Interviewstudie durchgeführt. Mithilfe eines Fragebogens wird in der dritten Phase schließlich eine quantitative Untersuchung vollzogen, um Daten von Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS arbeiten, aus vier deutschen Regionen zu erheben. Die Stichprobe umfasst zwar erfreulicherweise Vertreter aus einer Vielzahl an Berufsgruppen, dennoch ist die Studie aufgrund der relativ kleinen Stichprobe und der Beschränkung auf vier Regionen nicht repräsentativ. Um die Daten zu erheben, wurde aufgrund fehlender Vorgängerstudien ein eigenes Forschungsdesign entwickelt, sodass keine standardisierten Erhebungsinstrumente zum Einsatz kamen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen bezüglich der strukturellen Gegebenheiten zeigen, dass eine große Vielfalt an Hilfen besteht und dass Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen involviert sind, wenn es um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit auffälligem Verhalten geht. Durch die Untersuchung konnte gezeigt werden, dass das System einige strukturelle Schwierigkeiten aufweist. Neben personellen und finanziellen Engpässen sowie fehlenden therapeutischen Angeboten, ist vor allem als problematisch einzuschätzen, dass das System oft nur durch

das hohe Engagement einzelner Fachkräfte aufrechterhalten wird. Dies führt zu einer Diffusion von Zuständigkeiten und der Angewiesenheit der Betroffenen auf das Engagement Einzelner. Große Schwierigkeiten zeigen sich zudem bei den schulischen Lehrkräften, die in einem Spannungsfeld zwischen Kinderorientierung und Systemfunktionalität insgesamt nur wenig Unterstützung von allen Beteiligten erhalten. Die Lehrkräfte haben in dem System der Schule oftmals nur wenige Möglichkeiten, sich individuell um ein betroffenes Kind zu kümmern. Als hinderlich erwies sich zudem die häufige Annahme der nächsten behandelnden Fachkraft, es besser machen zu können als die vorher am Fall tätige Fachkraft. Thümmler bezeichnet dies als sogenanntes „Erlösermotiv“ (S. 233). Die Verfasserin ist der Auffassung, dass die Notwendigkeit der Entwicklung besserer Strukturen unübersehbar ist.

Bezüglich der Kooperation konnte gezeigt werden, dass eine große Anzahl an Kooperationspartnern verschiedenster Berufsgruppen zur Verfügung steht und dass diese im Bezug auf Erreichbarkeit, Aufgeschlossenheit, Zuverlässigkeit und im Kontakt allgemein sehr positiv beurteilt werden. Das Jugendamt spielt als Kooperationspartner bei ADHS in diesem umfangreichen Netzwerk eher eine untergeordnete Rolle. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass die Motivation zur Kooperation mit der Verfügbarkeit von Kooperationspartnern steigt. Eine Zusammenarbeit wird oftmals von der Einstellung zum Störungsbild aufseiten der Fachkräfte beeinflusst. Damit eine Kooperation gelingt, sind nach Ansicht der Verfasserin eine klare Zuweisung von Zuständigkeiten bei Fallbesprechungen und eine umfassende Information schon während der Ausbildung notwendig.

Der theoretische Teil der Studie stellt eine gute Wissensbasis dar. Die vielfältigen Angebote sind angemessen aufgezeigt und die förderlichen und hinderlichen Strukturen anhand von Fallbeispielen und im Bereich von Kooperationsnetzwerken gut herausgearbeitet. Die Entwicklung von Kriterien für die Zusammenarbeit und die Vernetzung von Fachkräften – zum Beispiel der Einsatz von einer zentralen Fachperson, offener Informationsaustausch und vom Einzelfall unabhängige Strukturen – fällt bedauerlicherweise etwas spärlich aus. Eine Zusammenstellung der Kriterien in einem zusätzlichen Kapitel wäre wünschenswert gewesen. Die Arbeit selbst ist gut verständlich geschrieben, fasst wichtige Erkenntnisse gelungen zusammen und macht komplexe Zusammenhänge mit bildlichen Darstellungen verständlich, sodass sowohl Fachkräfte als auch Unerfahrene als Adressaten/Adressatinnen in Frage kommen.

■ Justus Brocke

Regine Hinkelmann (Hrsg.) „ADHS bei Erwachsenen“ Coaching als innovativer Beratungsansatz für Ärzte und Therapeuten



Regine Hinkelmann
„ADHS bei Erwachsenen“
Coaching als innovativer
Beratungsansatz für Ärzte
und Therapeuten
ISBN: 978-3-437-31585-5
Verlag: Urban & Fischer
Verlag/Elsevier GmbH
Preis: € 34,99

Ein neuer Ratgeber aus dem Coachingbereich für Fachpersonen aus dem ADHS-Spektrum mit dem Fokus auf arbeitsweltliche Probleme, sinnvoll?

Hui ein Coaching-Ratgeber für Ärzte und Therapeuten zum Umgang mit adulter ADHS. Das hört sich nach sehr viel wissenschaftlichen Informationen an. Es ist interessant, dass neben dem Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen und ADHS-Coaching „Psychoedukation und Coaching-ADHS im Erwachsenenalter“ von D'Amelio, Retz, Philipsen und Rösler (2009) aus dem klinischen / therapeutischen Bereich, jemand aus einem völlig anderen Tätigkeitsbereich ein Coachingbuch für ADHS im Erwachsenenalter mit dem Fokus auf Veränderungsprozesse im Arbeitsleben herausgebracht hat. Auch begrüße ich den Titel, dass das Werk sich ausschließlich an Therapeuten und Ärzte richtet und vorerst noch nicht für den allgemeinen Gebrauch für Betroffene mit ADHS oder professionell Tätige, z. B. im Systemischen Coaching, angedacht ist.

1. Von der Wirtschaft / Businessbereich zum ADHS-Coaching im Gesundheitswesen

Die Autorin Regine Hinkelmann ist Organisationsberaterin, zertifizierter systemischer Coach, und verfügt über jahrelanges Praxiswissen im Bereich Organisationsentwicklung und Changemanagement für Firmen in Veränderungsprozessen. Die Autorin hat somit scheinbar wenig Berührungspunkte mit dem Gesundheitswesen, wo die neurobiologische Reizfilterschwäche ADHS als valide Diagnose ihren Platz hat. Andererseits arbeitet Frau Hinkelmann als Beraterin und Coach auch mit Menschen und unterstützt diese in arbeitsweltlichen Themen, so wie ein Psychiater, Psycho- oder Ergotherapeut Patienten hilft sich zu stabilisieren, z. B. eine angemessene Arbeitsfähigkeit für den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt wiederherzustellen (oder zu erhalten), trotz psychischer Erkrankung.

„Behandle die Leute so, als ob sie das wären, was sie sein könnten. Und hilf Ihnen, das zu werden, was sie sein könnten.“ (J. W. Goethe)

In beiden Unterstützungsbereichen geht es um Hilfe zur Selbsthilfe zur Bewältigung von Veränderungsprozessen. Frau Hinkelmann hat das Buch in sieben Kapitel zuzüglich Anhang gegliedert. Als Begrüßung hat die Autorin das oben genannte Zitat von J. W. Goethe gewählt. In den ersten

vier Kapiteln wird der Leser aktuell über die Definition, Diagnostik, auch Schwierigkeiten der Diagnostik, weitere Komorbiditäten, den modularen Behandlungsansatz (medikamentöse Psycho- und Verhaltenstherapie) der ADHS im Erwachsenenalter aufgeklärt, um dann explizit in den Bereich des ADHS-Coachings einzusteigen.

2. ADHS-Psychotherapie grenzt sich klar vom ADHS-Coaching ab

Frau Hinkelmann grenzt ganz klar die Funktionsbereiche der ADHS-Psychotherapie und des ADHS-Coachings voneinander ab. Beide Konzepte haben eine unterstützende, ermutigende Haltung des Therapeuten, bzw. des Coaches dem Klienten z. B. ein besseres Symptomverständnis, und Selbstakzeptanz zu vermitteln zum konstruktiven Umgang mit der ADHS.

ADHS-Psychotherapie-Unterstützung der emotionalen Stabilität

Die ADHS-Psychotherapie richtet sich im Gegensatz zum ADHS-Coaching an Betroffene, die vorwiegend an den Komorbiditäten der ADHS leiden und Schwierigkeiten haben, ihre Wahrnehmungen, Erlebnisverarbeitungen und sozialen Beziehungen zu steuern. Hinkelmann zitiert (nach Kahl): *„dass im Leistungsbereich der ADHS-spezifischen Psychotherapie für Erwachsene einerseits Probleme und Symptome bzgl. der Aufmerksamkeits- wie Lernstörungen, mangelnde Erschöpfung des Leistungspotentials, Unpünktlichkeit, Vergesslichkeit, Organisations- und Motivationsprobleme, sowie auch impulsive Entscheidungen, zwischenmenschliche Konflikte, Emotionsregulationsstörungen und das Kontrollieren von Aggressionen behandelt werden können.“* (Kahl 2012) Im therapeutischen Setting übernimmt der Therapeut die Rolle des lenkenden Experten und gibt einen Orientierungsrahmen vor. Der Therapieverlauf dauert länger und ist inhaltlich emotional tiefgreifender als der Coachingprozess. Hinzu kommt ein größerer organisatorischer Aufwand von Therapeut und Klient, wie z. B. zeitaufwendige Antragsverfahren, notfalls mithilfe von weiteren Gutachten, bei den Krankenkassen, damit die Psychotherapie durchgeführt werden kann. Im Gegensatz zum Coaching, hier zitiert Hinkelmann Ratey: *„kann der Therapeut bei arbeitsweltlichen Anliegen nicht im Umfeld des Klienten eingesetzt werden, um eine Stigmatisierung des Klienten am Arbeitsplatz zu vermeiden.“* (Ratey 2008) *„Der Therapeut verhilft dem belasteten Klienten zur emotionalen Stabilität,*

sowie zum konstruktiven Umgang mit den Komorbiditäten. Der Coach kann dann mit dem psychisch stabilisierteren Coachee effektiver an den Selbststeuerungskompetenzen im Arbeitsleben ansetzen.“ (Ratey 2002)

3. Coaching – Begriff und Abgrenzung von anderen Beratungsformaten

Bevor Frau Hinkelmann intensiver auf den Bereich des ADHS-Coachings eingeht, erklärt die Autorin die allgemeinen Begriffe und Bedeutung des Coachings und nennt weitere Beratungsformate, die jedoch klar vom Coaching abgegrenzt werden (Expertenberatung, Supervision, Mentoring, Training). Hinkelmann bezieht sich auf die Definition des Deutschen Bundesverbandes für Coaching e. V. „Coaching wird überwiegend als berufsbezogene Beratungsform und als Instrument der Personalentwicklung definiert, das sich vorwiegend der Förderung der Funktionsfähigkeit von Personen widmet. Coaching verfolgt das Ziel einer Anleitung zur Selbstreflexion und kann verstanden werden als ein Prozess der professionellen Beratung, Begleitung und Unterstützung von Mitarbeitern in Organisationen. Es handelt sich um einen interaktiven, personenzentrierten, individuellen Beratungs- und Betreuungsprozess, der arbeitsweltliche und lebensweltliche Themen behandelt.“ (DBVC 2012). Bis zur Jahrtausendwende wurde Coaching als so genannter Containerbegriff genutzt, in den jeder das hineininterpretierte, was er gerade brauchte (Böning 1994). Hinkelmann betont, dass das Beratungsformat „Coaching“ erst ab der Jahrtausendwende eine vertiefte Professionalisierung durch fundierte Ausbildungs- und Studiengänge erfährt, ist jedoch als empirischer Forschungsbereich noch am Anfang.

4. ADHS-Coaching – Unterstützung bei Stabilität in arbeitsweltlichen Prozessen

Die Autorin beschreibt, dass sich beim ADHS-Coaching der Coach und Coachee gemeinsam auf das Ziel und die Strategie einigen und somit kein Experten-Klienten-Gefälle entsteht, sondern die Begegnung auf Augenhöhe mit dem Fokus auf arbeitsweltliche Themenbearbeitung. Der Coachee übernimmt die Verantwortung für den Inhalt des Anliegens, z. B. Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten im Arbeitsprozess. Der Coach hingegen übernimmt das Prozessmanagement und die Methodenauswahl. Die partnerschaftliche Arbeitsatmosphäre ist in hohem Maße bedeutsam für ADHS-Betroffene, weil diese meist Abhängigkeitsverhältnisse zu Ärzten und Therapeuten erlebt haben. Frau Hinkelmann betont, dass es ihrer Ansicht nach im ADHS-Coaching mit beruflichen Anliegen vorteilhaft sei, wenn der Coach über betriebswirtschaftliche bzw. arbeitsweltliche Fachkompetenzen und Erfahrungswerte verfügt. Coaching in Betrieben sei anerkannter, als wenn der Psychotherapeut in den Betrieb käme.

5. Welche ADHS-Coaching Konzepte gibt es – welche sind effektiv, welche nicht?

In Kapitel fünf erklärt die Autorin die vier bereits bekannten ADHS-Coaching- und Trainingsmodelle von D`Amelio, Ratey, Lauth und Minsel, sowie Swartz, Prevatt und Proctor. Anschließend bewertet die Autorin die Konzepte mit dem Fazit, dass D`Amelio als einziger ein kleinschrittiges, strukturiertes Stufenmodell aus acht Phasen (Orientierungsphase / Identifikation von Ressourcen / Klärung des Ist-Zustandes / Klärung des Soll-Zustandes / Strukturierung & Planung / Umsetzung / Zielerreichung / Stabilisierung des Erfolgs) entwickelt hat. Hervorzuheben ist die lösungsorientierte, zielgerichtete Struktur. Die Klienten werden zur Selbstregulation motiviert, auch nur mit einem Ziel zu arbeiten. Eine weitere Besonderheit sieht Hinkelmann in der Stabilisierung des Erfolgs in der letzten Phase des Prozesses von D`Amelio. „Stabilität bietet vor allem Menschen mit ADHS-Symptomen Orientierung sowie Sicherheit und wirkt damit dem Aufmerksamkeitsdefizit und der Impulsivität entgegen.“ (D`Amelio 2009). Nancy Ratey kommt vom Konzept her am nächsten an D`Amelio heran, besonders mit dem Bezug auf die Arbeitswelt. Hinkelmann zitiert Ratey: „Coaching soll nicht in Konkurrenz mit therapeutischen Maßnahmen stehen, sondern sich mit diesen ergänzen.“ „Es wäre wünschenswert, wenn im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts diese Art von Begleitung im Alltagsleben zu einer festen Einrichtung werden könnte, da gerade Erwachsene sehr stark davon abhängig sind, bestimmte Arbeiten zuverlässig in einem vorgegebenen Zeitrahmen zu erledigen und sehr von einer strukturgebenden Außenbestimmung profitieren.“ (Ratey 2002).

6. Vorstellung eines ADHS-Coachings für Erwachsene mit arbeitsweltlicher Thematik

Regine Hinkelmann hat ein ADHS-Coaching-Konzept aus verschiedenen Bausteinen für ADHS-Betroffene mit arbeitsweltlichen Themen entwickelt. Die Autorin bedient sich vieler bereits bekannter Methoden, z. B. aus der systemischen Beratung und der humanistischen Psychologie, die symptomorientiert im ADHS-Coaching eingesetzt werden können.

Wer kann das ADHS-Coaching von Hinkelmann nutzen? Wer nicht?

Das Konzept richtet sich an Personen, die von leichter bis mittlerer ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter betroffen sind. Bei Komorbiditäten gibt die Autorin ausschließlich an Psychotherapeuten ab. Frau Hinkelmann zitiert D`Amelio: „Für die Behandlung der adulten ADHS ist von spezieller Bedeutung, dass sie nur selten als isolierte Störung auftritt. Es zeigen mehr als zwei Drittel der adulten ADHS-Betroffenen weitere psychische Leiden wie Major-Depression, Dysthymia, bipolare Störung, Drogenmissbrauch und Alkoholismus, Cannabismissbrauch bzw. -abhängigkeit, antisoziale bzw. emotional instabile Persönlichkeitsstörungen sowie Angst, -Zwangsstörungen und affektive Erkrankungen“ (D`Amelio 2009). Weiter zählt Hinkelmann zu den komorbiden Störungen oppositionelle Verhaltensstörungen, depressive Störungen, Borderline-,

Tic-, Lernstörungen und Leistungsdefizite, Sprech- und Sprachstörungen sowie Beziehungsprobleme.

Beratungsansatz des ADHS-Coachings

Im Fokus des ADHS-Coachings steht laut Hinkelmann die Unterstützung bei der Bearbeitung von beruflichen Anliegen u. a. mithilfe von Methoden aus dem **Personenzentrierten Ansatz** (PZA) und Transaktionsanalyse (TA). Das ADHS-Coaching-Modell wird hier als schulübergreifendes Beratungskonzept verstanden, welches vielfältige Interventionen des PZA, der TA, der Gruppendynamik (GD) insbesondere im Mehrpersonensetting, der systemischen Beratung, des hypnosystemischen Coachings sowie der Expertenberatung umfasst.

Personenzentrierte Beratung und Transaktionsanalyse

Beim Beratungsansatz des ADHS-Coachings bezieht sich Hinkelmann sowohl auf die Methode des Personenzentrierten Coaching-Ansatzes (PZA) mit dem Fokus auf Hilfe zur Selbsthilfe durch Ressourcenaktivierung zur Problemlösung von Anliegen im Hier und Jetzt (in Anlehnung an Rogers 2009), als auch auf die Methodenvielfalt der Transaktionsanalyse. „*Gemäß der Transaktions-Analyse (TA) werden Menschen mit psychischen Störungsbildern als vollwertige Handlungsträger betrachtet, die bei ausreichendem Wissen über ihr Störungsbild und aktiver Beteiligung am Veränderungsprozess ihre Probleme lösen können.*“ (Steiner 2009).

Situationsanalyse und -Deutung mithilfe des Differentiellen Inkongruenzmodells

Als inkongruent wird eine Kommunikationssituation definiert, wenn gesprochene (verbale Sprache) und nicht gesprochene (non-verbale) Signale nicht übereinstimmen. Kongruenz bedeutet Übereinstimmung verbaler- und non-verbaler Signale im Kommunikationsprozess. Die Situationsanalyse und -deutung des ADHS-Coachings basiert laut Hinkelmann auf Kriterien des so genannten Differentiellen Inkongruenzmodells (nach Speierer 2002, 2005, 2007). „*In der personenzentrierten Beratung bietet das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM) Möglichkeiten zur Diagnose persönlicher Hemmungen bei der Entfaltung vorhandener Ressourcen.*“ (Hosak 2006).

Die Situationsdeutung basiert auf dem salutogenetischen Ansatz, orientiert sich am Potential des Coachees. „*Besonders ADHS-Betroffene machen aufgrund ihrer Andersartigkeit häufig Erfahrungen mit Unverständnis und Abwertung, die sie durch ihre Interaktionspartner erlebt haben.*“ (Ratey 2003).

Was sollte der ADHS-Coach / ADHS-Berater mitbringen – Haltung

Frau Hinkelmann erklärt, dass die Haltung des ADHS-Beraters (Coaches) drei Grundbedingungen Empathie, Akzeptanz, Kongruenz voraussetzen, um einen wachstumsfördernden Prozess aufzubauen. Aufgrund der spezifischen Ausrichtung auf die Symptomatik von adulter ADHS

verbindet der Coach zwei Beratungskonzepte. Die reflexive Prozessbearbeitung und die Expertenberatung. Der ADHS-Coach verhilft dem Klienten zu einer wohlwollenden Haltung, u. a. die ADHS-Symptomatik zu akzeptieren und gemeinsam im partnerschaftlichen Prozess Strategien zu Selbststeuerung zu erarbeiten. Der Coach übernimmt die Verantwortung für das Prozessmanagement und setzt symptomgeleitete Interventionen ein.

Symptomgeleitete Interventionsauswahl des ADHS-Coachings

Frau Hinkelmann schaut aus der Betrachterrolle auf die drei Kernsymptome der ADHS und versucht den Symptomen entsprechend geeignete Interventionen, je nach Situation im arbeitsweltlichen Kontext zur Problembearbeitung auszuwählen.

Methoden bei Aufmerksamkeitsstörungen – Zielklärung und Ressourcenaktivierung

Frau Hinkelmann empfiehlt zur Reduktion des Aufmerksamkeitsdefizits die so genannte Problem- und Zielklärung, das Ressourcenmanagement und das Drei-Welten-Modell. Diese Methoden helfen Betroffenen bei Problemen wie Desorganisation, Strukturschwäche, Vergesslichkeit, mangelndes Zeitmanagement, Prokrastination und Vermeiderverhalten. Themen aus der Arbeitswelt wären Erhalt und Steigerung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, Verbesserung der Planung, Organisation und Umsetzung. Mithilfe des ADHS-Coaches kann der angeleitete Umgang mit Zeitplänen, To-Do-Listen, festen Tages- und Wochenstrukturen u. a. durch Terminplaner, konsequentes Definieren von Regeln zur Selbstorganisation trainiert werden.

Methoden bei Hyperaktivität – innerer und äußerer Unruhe entgegenwirken

Zum Umgang mit der Hyperaktivität empfiehlt die Autorin u. a. Methoden, wie die Inkongruenzbearbeitung, den Work-Life-Kompass und Tranceinterventionen. Oft haben die Betroffenen Probleme u. a. aufgrund der Hyperaktivität ihre Arbeit häufig unterbrechen zu müssen oder können diese nicht zügig erledigen. Sie stehen unter starkem Druck, der den eigenen Anspruch verstärkt, mit Folgen, wie Stress, Konflikte, verminderte Leistungsfähigkeit, Aufgeben oder den Arbeitsplatz zu kündigen. Durch Arbeitsplatzwechsel werden Tätigkeiten in Bereichen ausgeübt, die oft nicht den Potentialen entsprechen, sogar unterfordern können. In Bezug auf arbeitsweltliche Themen nutzt der ADHS-Coach Methoden, die dem Betroffenen verhelfen vorhandene Bewältigungsstrategien, „*die meist objektiv sehr hoch betrachtet werden, aber von Betroffenen subjektiv nicht wahrgenommen werden, zu erkennen und einzusetzen*“ (Beerwerth 2013). Diese Interventionen regen das Denken in Bildern an, machen das kreative Bewusstsein des Coachees nutzbar, Lösungen für Anliegen zu arbeiten. Es entstehen so genannte Zielbilder für Coachingprozesse.

Methoden bei Impulsivität

Zur Regulierung der Impulsivität eignen sich laut Hinkelmann Methoden wie das Rubikon-Modell (Bearbeitung von Entscheidungen), das innere Team (Auseinandersetzung mit den inneren Anteilen der Persönlichkeit und deren wechselseitigen Einflüssen in verschiedenen Situationen/visualisieren) sowie Interventionen zur Emotionsregulation. Diese Betroffenen haben oft Probleme mit verminderter Reflexion bei Entscheidungen, mangelnder Kommunikationskompetenz, Konflikten mit Interaktionspartnern, geschwächte Kritikfähigkeit, unbefriedigendem Emotionsmanagement. Mit dem Einsatz von Interventionen aus der Transaktionsanalyse (Eric Berne) kann laut Hinkelmann eine Verbesserung des Kommunikationsverhaltens und des Emotionsmanagements trainiert werden.

ADHS-spezifische Beratungskompetenzen

Laut Hinkelmann sollte der ADHS-Coach über fundierte diagnostische Kompetenzen verfügen, um beispielsweise zu erkennen, ob der Klient eine Ausprägung der Symptome zeigt, die eine Veränderung der Medikation und Therapie im modularen Behandlungskonzept erfordern. Der Coach sollte zwischen den Rollen als Expertenberater und systemischer Prozessbegleiter flexibel, situationsbedingt wechseln.

7. Welches Potential bietet ADHS-Coaching im modularen Behandlungskonzept?

Frau Hinkelmann schreibt, dass das von ihr entwickelte Coaching-Konzept einen Beitrag zur Schließung der Forschungslücke bzgl. der Thematik Coaching für Erwachsene mit ADHS-Symptomen leisten soll. Die Autorin hat meines Erachtens die Zielgruppe und ihr Thema ganz gut ausgesucht. Sie gibt den professionell Tätigen aus dem medizinischen und therapeutischen Sektor Ansätze aus dem systemischen Coaching mit, grenzt sich so von den medizinischen, therapeutischen Fachbereichen ab und gerät nicht in fachliche Schwierigkeiten, indem sie nur ihren Arbeitsbereich vorstellt. Frau Hinkelmann hat sich meines Erachtens sehr viel Mühe gegeben, den Umgang mit adulter ADHS in arbeitsweltlichem Kontext darzulegen. Die Autorin integriert sehr professionell wissenschaftliche Forschungsergebnisse, Inhalte und Zitate vieler uns bekannter ADHS-Fachexperten, (z. B. Ratey, Hallowell, Barkley, Krause und Krause, Kahl, D`Amelio, Retz, Rösler, Philipsen etc.). Des Weiteren lädt Hinkelmann den Leser in die Welt (oder auch das Beratungsspektrum) der systemischen Beratung, Coaching, Training, Organisations- und Change-Management ein. Die Autorin benennt im Kapitel zwei auch ADHS-typische Stärken. Hier bezieht sie sich besonders auf die Literatur von Hallowell, Ratey, Krause und Krause sowie Christine Beerwerth. Meines Erachtens geht die Autorin sehr vorsichtig auf die Komorbiditäten bei adulter ADHS ein und schließt viele Komorbiditäten vom ADHS-Coaching aus. Hier fällt mir auf, dass Frau Hinkelmann nach

Barkley argumentiert, „*dass z. B. die Hyperaktivität bei Erwachsenen später in innere Unruhe umschlägt, dass besonders bei Frauen die so genannte Hypermotorik fehlt und diese eher Symptome wie Langsamkeit, Verträumtheit oder sogar Bewegungsarmut zeigen*“ (Barkley). Mir fehlt hier, dass auch viele ruhige ADHS-Männer diese Symptomatik aufweisen und der ganze Bereich der Hypoaktivität ausgelassen wird, geschweige denn die Autismusspektrumsstörungen, die mittlerweile viele hypoaktive Betroffene als zusätzliche Diagnose erhalten und auch Bedarf am ADHS-Coaching haben könnten. Da sehe ich noch einen großen Aufklärungsbedarf, weil die Hypoaktivität eher Folgen wie Erschöpfung und übermäßige Anstrengung und Anpassung, Burnout-Gefahr nach sich zieht. Was mir noch aufgefallen ist, dass Hinkelmann nicht nur diagnostizierte Erwachsene mit ADHS, sondern auch Personen mit ADHS-ähnlichen Symptomen und Problemfeldern in das Coaching-Konzept mit einschließt. Dieser Ansatz kann meines Erachtens u. a. Stigmatisierungen und Vorurteilen von Kollegen am Arbeitsplatz entgegenwirken (siehe oben). Ich sehe Hinkelmanns Werk als eine Sensibilisierung zum Umgang mit Menschen mit/ohne diagnostizierter adulter ADHS im Bereich des Arbeitslebens, auch wenn mir (persönlich) einige Feinheiten fehlen, wie z. B. die Stärken der Betroffenen. Mich interessiert auch, ob Regine Hinkelmann persönlich bzw. beruflich Kontakt zu ADHS-Betroffenen / zum ADHS-Spektrum hat? Ein Erlebnisbericht wäre für mich hier noch hilfreich. Es fehlt meines Erachtens neben dem Buch von D`Amelio, Retz, Philipsen und Rösler und Hinkelmanns Werk noch ein kombiniertes ADHS-Coaching-Buch von Medizinern, Therapeuten, Pädagogen und sogenannten Job-Coaches, auch von selbstbetroffenen professionell Tätigen mit allgemein leichter verständlichem Textaufbau. Auch fehlen mir in dem Buch, neben Praxisbeispiele aus der Arbeit mit ADHS-Betroffenen, auch Bildmaterial bspw. von durchgeführten Coachingprozessen mit Coachees. Auch, wenn ich das Buch von Frau Hinkelmann der Zielgruppe empfehlen kann, wäre ein ähnliches Buch auch für Gesundheitsämter, Arbeitsämter, Fachämter, weitere Institutionen, bestimmte Firmen und Träger der Beruflichen Rehabilitation und Soziale Dienste empfehlenswert. Ich denke, Frau Hinkelmanns ADHS-Coachingansatz lässt sich z. B. im Rahmen von Jobcoaching von entsprechend ausgebildeten Anbietern gut anwenden, um einerseits Arbeitslosigkeit und andererseits Eingruppierung von Betroffenen in Maßnahmen ohne ADHS-Hintergrund und Klinikaufhalten durch interdisziplinäre Unterstützung entgegenzuwirken. Hinkelmann erwähnt, dass ADHS-Coaching keine ADHS-Psychotherapie ersetzen kann, jedoch als weiterer wichtiger Behandlungsbaustein im multimodalen Kontext zusätzlich eingesetzt werden kann. Eine Idee wäre, dass auch Pädagogen, Sozialberater und Ergotherapeuten, die im Rahmen des ADHS-Coachings (mit entsprechender Zusatzausbildung im ADHS- und Autismusspektrum) auch im Arbeitsumfeld der entsprechenden Coachees eingesetzt

werden. Frau Hinkelmann wünscht sich mit ihrem Buch die Entwicklung eines Coaching-Konzeptes für Erwachsene mit ADHS-Symptomen. Ich gehe mit Frau Hinkelmann konform bezüglich der Herangehensweise des ADHS-Coaches zum Coachee, die aus viel Geduld, Empathie und Flexibilität sowie psychischer Stabilität bestehen sollte. Auch betont Hinkelmann, dass ADHS-Betroffene, aufgrund der aus den Kernsymptomatiken resultierenden Probleme, Coaches und Berater brauchen, die vorurteilsfrei und verständnisvoll sein sollten.

Hier sehe ich als Voraussetzung, dass der spezialisierte ADHS-Coach, der Coachees aus dem ADHS-Spektrum unterstützen soll, über ein Basiswissen diverser Erkran-

kungen / Einschränkungen nach ICD 10/DSM V verfügt. Bei erwähnten Komorbiditäten wie Sprachstörungen, Lernstörungen und Beziehungsstörungen sehe ich den Einsatz des ADHS-Coachings etwas anders. Auch hat Hinkelmann den Bereich der Teilleistungsschwächen Lese-Recht-Schreibschwäche (Legasthenie) und Rechenschwäche (Dyskalkulie) nicht miteinbezogen. Denn meines Erachtens gibt es viele spät diagnostizierte oder auch unerkannte ADHS-Betroffene, die mit diesen Hemmnissen ihren Arbeitsalltag bewältigen müssen. Für den Anfang ist das Werk von Hinkelmann ein Schritt zur Inklusion für das ADHS-Spektrum!

■ Kristina Meyer-Estorf

Jana-Mareike Hillmer, Kathrin Rothmann „Musikalisches Konzentrationstraining (Musiko mit Pepe)“ Ein Manual zur Behandlung von Kindern (5-10 Jahre) mit ADHS



**Jana-Mareike Hillmer,
Kathrin Rothmann**
„Musikalisches Konzentrationstraining (Musiko mit Pepe)“
ISBN: 978-3-17-026060-3
Verlag: Kohlhammer
(1. Auflage, Dezember 2015)
Preis: € 54,00

Das genannte Handbuch ist für Fachkräfte und Therapeuten jeglicher pädagogischer und psychologischer Couleur verfasst. Besonders geeignet scheint es meiner Meinung nach für Musik- und Ergotherapien.

Laut Aussage der Autorinnen sollte ein (und das wird die zwar ambitionierten und engagierten, jedoch eher un-musikalischen Menschen freuen). „... Interesse für Musik sowie ein grundlegendes Rhythmusgefühl“ vorhanden sein. Andererseits seien spezielle musikalische Vorkenntnisse keine Voraussetzung, um erfolgreich mit diesem Werk arbeiten zu können. Bei Bedarf und Interesse können erklärende und vertiefende Fortbildungen zum Handling gebucht werden.

Das Manual ist so aufgebaut, dass es verschiedene Arbeitsmodelle erlaubt. So können zum einen einzelne Übungen herausgegriffen und je nach aktuell erforderlicher (Gruppen-/Unterrichts-)Situation verwandt werden. Zum anderen, und das ist der große Vorteil und auch die Grundidee, kann und sollte es durch den sukzessiven Aufbau präzise befolgt werden.

Die Lektüre ist lesefreundlich strukturiert und in einen theoretischen und praktischen Teil gegliedert. Im ersten Teil werden die Hintergründe zur ADHS erläutert. So werden u. a. Zahlen, Fakten, der Ablauf der Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten näher beleuchtet. Auf-

grund der aktuellen, geradezu kriminellen Unwissenheit auf Seiten der Therapeuten et all. ist das eine gelungene Hinleitung. Ferner gibt es Informationen zum Forschungsstand und den Wirkfaktoren von Musiktherapien.

Darauffolgend werden die Inhalte, die nötigen Rahmenbedingungen, der Aufbau und die Intention des Kurses zur Konzentrationssteigerung en détail, als quasi step-by-step-Anleitung dargestellt.

Graduell werden dem interessierten Leser der gesamte Inhalt bzw. die genauen Ziele, die einzelnen Elemente des Kurses, die nötigen Vorbereitungen und der geplante Ablauf einer jeden Sitzung gelungen erklärt.

Trainiert und gestärkt werden sollen die fokussierte, geteilte und Daueraufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis, die Impulskontrolle und Handlungsplanung (und die damit verbundenen Schwierigkeiten Betroffener), die Sozialkompetenz und Eigenverantwortung sowie die Emotionsregulation und der Selbstwert. Die Hyperaktivität der Kinder, d. h. der Drang nach Bewegung, wird bei diesem Training „nicht unterdrückt, sondern ... in gezielte Aktivität umgesetzt“.

Im Anschluss folgen konkrete Beschreibungen der bereits erwähnten einzelnen Elemente des Trainings. Auf diese stützt sich das gesamte Konzept. Dazu zählen zuallererst natürlich die Musik und „Pepe der Paradiesvogel“ (eine Stoffpuppe, inkl. Bastelanleitung). Er agiert als Hauptak-

teur und dient sowohl als Identifikationsfigur, aber auch als Verstärkersystem.

Dazu muss man wissen, dass Pepe noch nicht fliegen kann. Das lernen Paradiesvögel nämlich nur, wenn ihnen genügend bunte Federn gewachsen sind. Diese entwickeln sich jedoch erst, wenn die zukünftigen Träger es schaffen, „sich zu konzentrieren, sich nicht ablenken zu lassen sowie ihre Handlungen und Gedanken zu strukturieren.“

Der geneigte Leser mag Pepes Problem bereits erahnen ...

Aber natürlich hat Pepe auch positive Eigenschaften. So ist er neugierig, offen und kreativ. Diese Wesensmerkmale sind – als Betonung der Ressourcen der Kinder – wiederholt Thema.

Neben der Stoffpuppe, die der gesamten Gruppe „gehört“, wird jedem Kind zu Beginn des Trainings ein Paradiesvogel in Papierform ausgehändigt. Dieser hat jedoch nur weiße Federn. Die Partizipanten können in den fortan stattfindenden Sitzungen für den „Gruppen-Pepe“ bunte Federn sammeln und ihrem eigenen eine ausmalen, jedoch nur bei „positiven Verhaltensweisen“.

Und nun wird es kompliziert – für mich zumindest. (Um dieses Training abhalten zu können, müsste ich wahrscheinlich erst einmal als TN partizipieren, um meine Konzentration und Strukturfähigkeit zu konditionieren, aber das nur am Rande.)

Puh, O. K., ich versuche mich an einer knappen Version des Kerns von's Janze.

Also:

- Pepe als Stofffigur für die Gruppe und auf Papier/Kind
- Ziel: bunte Federn sammeln/ausmalen
- pos. Verhaltensweisen an den Tag legen (an Gruppenregeln halten, keine rote Karte bekommen): Teamfeder
- Hausaufgabe machen UND mitbringen: Trainingsfeder
- punktemäßig dem anderen Team bei Konzentrationsaufgaben überlegen sein (ges. Gruppe = 2 konkurrierende Teams): eine Gewinnfeder ausmalen dürfen
- sagt ein Kind eine Sitzung selbstständig ab (wg. Krankheit z. B.): Mutigkeitsfeder
- Erfolg: Papier-Pepe wird bunt/Stoff-Pepe bekommt Federn (hoffentlich).

Bei der Handlungsplanung und der Impulskontrolle hilft Pepes Ampel (inkl. Bastelanleitung), deren verschiedene Signale Folgendes bedeuten:

- rot = stopp, abwarten
- gelb = zuerst überlegen
- grün = beginnen
- blau = kontrollieren
- lila = lobe dich .

Dazu gibt es in dem Manual anwendungsbezogene Beschreibungen von Situationen, in denen ausführlich erklärt wird, wann und wie die Ampel während des Unterrichts eingesetzt werden kann/sollte. Zusätzlich gibt es vier zentrale Regeln (zuhören, nett zueinander sein, am Platz bleiben und Mühe geben), die gemeinsam mit den Kindern besprochen werden. Diese sind sowohl bildlich als auch schriftlich auf laminierten Karten (inkl. Kopiervorlage) festgehalten und somit für alle verständlich, selbst wenn die Kinder nicht oder kaum lesen können.

On top of that gibt es auch noch die ungeliebte gelbe (Verwarnung) und die verhasste rote Karte (wg. „prosozialem Fehlverhalten“ darf dann keine Teamfeder ausgemalt werden) als Einsatzmittel.

Alles wird parallel verwandt, während die Teilnehmer die ihnen gestellten Aufgaben erledigen – wie z. B. sich einen Takt ausdenken, den die anderen sich merken und dann nachspielen müssen. Dabei sollen alle besprochenen Regeln eingehalten und angewandt werden. Hierbei können sie dann Punkte sammeln. Diese sind – wir erinnern uns – wichtig, um Federn für den Stoff- und die Papier-Pepe/s zu bekommen. Verspielt sich ein Kind jedoch, so bekommt das andere Team diesen heiß begehrten Punkt. Damit es aber nicht langweilig wird, besteht ferner die Möglichkeit sich Sonderpunkte zu erarbeiten.

Alle Stunden haben den gleichen, teilweise ritualisierten Aufbau (z. B. die musikalische Befindlichkeitsrunde) und beinhalten Themen, die den Kindern aus ihrer Lebensumwelt bekannt sind. Das gilt für die Regeln und die Sitzungsinhalte.

Diese hier wiederzugeben, würde jedoch den **AKZENTE**-Rahmen (und mein Hirn) sprengen. Eins sei gesagt bzw. geschrieben: Alles folgt einem äußerst logischen, akribischen(!), geradezu makellos durchdachten Ablauf mit jeweiliger Bewertung der Schüler und dem Transfer zu deren Realität.

Es wird angegeben, welches Material insgesamt benötigt wird, wie die Räumlichkeiten beschaffen sein müssen, wie die erste Sitzung ablaufen sollte, wie alle insgesamt ablaufen werden (Tabelle), es gibt Zeitangaben, sogar fertig ausformulierte Sätze und ganze Textpassagen, die (bei Bedarf) nur abgelesen werden müssen. Es ist, lax formuliert, absolut idiotensicher vorbereitet und man/ich hat/habe das Gefühl, dass an wirklich ALLES gedacht wurde.

Ich muss neidlos anerkennen, dass ich selbst so ein bis ins kleinste Detail ausgeklügelte Konzept nicht ansatzweise entwickeln könnte. Es scheint perfekt. Scheint ... Denn während ich das ganze Manual wieder und wieder lese, läuft bei mir innerlich zeitgleich ein Film ab, der reality check quasi und mir schießen Trilliarden von Szenarien und Fragen ins Oberstübchen. Dazu später mehr.

Im zweiten Teil erfolgt die genannte Übersicht aller Meetings, die einen groben Überblick gibt. So kann man schnell nachschauen, wann welche Musikstücke, Geschichten, Instrumente, Spiele, usw. behandelt werden, was wann und wie trainiert wird und welches Ziel dabei im Vordergrund steht. Daran schließen die einzelnen Unterrichtsstunden, 18 an der Zahl, mit ihrem genauen Ablauf an. Jede Sitzung ist kleinschrittig und sorgfältig ausgearbeitet. Diese elaborierte Form bietet jedem Trainer Sicherheit.

Als gewinnbringend finde ich die Idee, dass die Eltern mit „ins Boot geholt“ und in die Therapie eingebunden werden. So findet auch die erste Sitzung gemeinsam mit den Kindern und deren Eltern statt. In dieser wird beiden Seiten das folgende Programm erläutert, Pepe wird präsentiert, die Regeln und Ziele werden erklärt, Fragen können gestellt werden und der gesamte Ablauf der Sitzungen wird beleuchtet.

Die weiteren Treffen bestreiten die Teilnehmer ohne ihre Eltern. Der Aufbau bzw. die Struktur ist stets gleich, sodass eine gewisse Routine eintreten kann. Sie beinhalten aber jedes Mal andere Aufgaben bzw. Geschichten und Spiele. Am Ende gibt es jeweils eine Trainingsaufgabe für zu Hause. Die Termine finden einmal pro Woche statt.

Passend dazu wurde ein Elterstraining konzipiert, welches in drei Sitzungen parallel zum „Kindertraining“ abläuft. Dieses wird im Benutzerhandbuch ebenfalls erst als Übersicht dargestellt. Im Folgenden werden diese Gesprächskreise, deren Inhalte sowie die Handreichungen, welche sie für die Arbeit zu Hause erhalten, gleichermaßen ausführlich und gründlich erläutert. So lernen die Eltern, welche Ziele geplant sind und was sie selbst tun können, damit das Konzept Erfolg hat und zu Hause mehr Ruhe einkehrt.

Themen sind u. a. die Psychoedukation (Was sind Aufmerksamkeitsprobleme?), positives und negatives Verhalten der Kinder zu beobachten, dann im nächsten Schritt angemessen und konsequent (!) darauf zu reagieren, die Stärken der Sprösslinge zu benennen, die verschiedenen Aspekte von Kommunikation ((Aus-)Wirkung) sowie individuelle Verstärkerpläne und wirkungsvolle Aufforderungen zu entwickeln. Am Ende eines jeden Meetings wird die Option einer „Hausaufgabe“ angeboten. Diese soll den Eltern als eine Art Kontrollmechanismus dienen und ihnen bei der Umsetzung des Gelernten helfen und kann als Grundlage für die kommende Sitzung dienen – falls es Fragen, Wünsche, Anregungen dazu gibt. Alles findet auf freiwilliger Basis und ca. alle 3 - 4 Wochen statt.

Den Eltern wird die Möglichkeit gegeben, im Bedarfsfall nach Beendigung des kompletten Trainings, ein persönliches Abschlussgespräch zu führen.

Als letzter Punkt erfolgt eine Evaluation. Diese „erfolgte im

Rahmen der Promotion der Autorinnen in Form einer großangelegten Studie im Raum Hamburg“. Dazu gab es Stichproben an verschiedenen Grundschulen und lerntherapeutischen Einrichtungen. „Die untersuchten Kinder litten unter Aufmerksamkeitsproblemen, ... allerdings bestanden kaum klinisch untermauerte ADHS-Diagnosen“.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe stellten sich laut Aussagen der Autorinnen „über die Zeit signifikante Verbesserungen der Aufmerksamkeitsleistung sowie der Lebensqualität“ ein. Außerdem reduzierten sich die ADHS-Symptome ebenfalls signifikant, unabhängig „von Alter, Geschlecht, Intelligenz und Migrationshintergrund“, ... was auf dem spielerischen, weitestgehend sprachfreien und intuitiv verständlichen Vorgehen des Trainings basiert“.

Erwähnenswert und erstaunlich finde ich den Fakt, dass die Effektivität nicht „wesentlich höher“ ausfiel, wenn Eltern und Lehrer an den jeweiligen Gesprächen und Treffen teilnahmen.

Das Fazit der Evaluation fällt positiv aus, da es „demnach eine wirkungsvolle sowie beliebte Maßnahme zur Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen“ darstellt.

Das obligatorische Literaturverzeichnis sowie der Anhang mit den Geschichten und allen Vorlagen (verschiedene Bastelanleitungen, Regelkarten, Vordrucke, Urkunden, Material für das Elterstraining und eine Informationsbroschüre für Lehrer – alles in Kleinformat) bilden dann den Abschluss.

Wer es bis hierhin geschafft hat: Glückwunsch!

Meiner Meinung nach ist es, theoretisch zumindest, alles in allem ein wirklich gelungenes Manual, dem man die vorausgehenden, gründlichen Gedanken, Überlegungen und die Mühe bei der Er- und Ausarbeitung ansieht. Das Konzept und die Idee dahinter sind top.

Bisweilen beschlich mich bei der Lektüre jedoch das subjektive Gefühl, dass die eigentliche und existenzielle Problematik von betroffenen Kindern (und Erwachsenen) nicht erkannt bzw. verstanden wird, da einzelne Passagen etwas „abgeschrieben“ und theoretisch „abgearbeitet“ klingen. Aber das ist mein persönliches Empfinden.

Meine oben erwähnten Trilliarden mir ins Enzephalon schießenden Szenarien und Fragen will ich Ihnen, werter Leser, nicht vorenthalten. Beginnen wir mit ... kleiner Scherz am Rande, ich versuche sie auf 100 zu reduzieren.

Ich kann, werde und will die Evaluation nicht in Frage stellen.

Aufgrund von verlässlich Gehörtem (Eltern betr. Kinder, Pädagogen, Therapeuten) und selbst Erlebtem könnte ich mir vorstellen, dass einiges aus dem beschriebenen Werk jedoch die Realität verfehlt und/oder schwer umsetzbar ist. Das klingt im Zusammenhang mit der zuvor gemachten Aussage beileibe widersprüchlich. Indes wohnen ja

bekanntermaßen viele Paradoxien der „ADHS-Welt“ inne (wenn das die Menschheit endlich einmal begreifen würde).

Der in der Evaluation genannte Begriff „Aufmerksamkeitsstörung“ ist dehnbar, d. h. es können diverse Ursachen zugrunde liegen und der genannte Fakt, dass kaum konkrete ADHS-Diagnosen vorlagen, bekräftigt dieses.

Die Sitzungen werden wohl zumeist nachmittags stattfinden. D. h. „echte“ ADHSler haben oft schon ein Maximum an Kraft aufwenden müssen, um den Tag durchzustehen; evtl. genommene Medikamente werden sich in vielen Fällen aufgebraucht haben. Besteht eine Gruppe ausnahmslos aus 1a-ADHSlern, könnte ich mir allein die zu Beginn stattfindenden Gesprächsrunden recht lebhaft und ausufernd vorstellen – was Mitteilungsbedürfnis, Lautstärke und generell das Miteinander angehen.

Auch weiß ich nicht, inwieweit man 10-Jährige heutzutage noch mit der Aussicht Federn ausmalen zu dürfen, hinterm Ofen hervorlocken kann, bzw. einem Stoffvogel solche

anstecken zu dürfen – bietet Pepe dafür Anreiz genug? In besonders herausfordernden Gruppen müssten die Trainer nonstop mit Ampel, gelber und roter Karte hantieren, Diskussionen aushalten, auf der anderen Seite aber vorwärts kommen. Wie werden sich die Kinder verhalten, die kaum/keine Federn erhalten/ausmalen dürfen? Baut das nicht noch mehr Druck, neg. Gefühl auf? Was ist, wenn die Eltern nicht mitarbeiten bzw. selber betroffen sind (nicht unwahrscheinlich!), wie laufen diese Treffen ab, bzw. wie konsequent sind sie dann in der Umsetzung des Gehörten? Ganz dramatisch wäre, wenn am Ende nicht genügend Federn zusammengekommen sind und Pepe aufgrund der „Schuld der Kinder“ nie fliegen lernt ... aber das ist wohl ein eher unrealistisches *worst case scenario*. Wahrscheinlich bin ich schlichtweg zu negativ geprägt.

Fazit:

Die Grundidee ist gut, der Aufbau spitze und die Umsetzung kann, soll und wird individuell gestaltet werden.

■ Y. L.

Eva Josefine Jergens

„Nahsinn-orientierter Ansatz zum Rechnen, Lesen, Schreiben und Rechtschreiben lernen mit gleichzeitiger Nachentwicklung von Motorik und Sprache:“ Handbuch für Schule, Therapie, Kindergarten und Elternhaus

Mit den Nahsinnen lernen

Über 1,7 Mio. Titel listet das VLB (Verzeichnis Lieferbarer Bücher), der Katalog des deutschen Buchhandels, auf. Dieses Buch hier gehört – warum auch immer – nicht dazu. Es wird selbst verlegt und sein Erfolg wird demgemäß von Mund-zu-Mund-Propaganda abhängen. Auch die Bereitschaft der Leser/innen, 50 Euro (inkl. Versand) dafür zu bezahlen, könnte für seine Verbreitung maßgeblich sein. Lohnt sich die Anschaffung? Und falls ja, für wen?

2011 störte eine Studie der Universität Hamburg die Öffentlichkeit auf: Über 14 % der erwachsenen Deutschen, also rund 7,5 Mio. Menschen, sind funktionale, 4 % = 2 Millionen sogar totale Analphabeten. Außerdem gelten fünf bis sieben Prozent aller Kinder als rechenschwach. Lehrerinnen und Lehrer vor allem in den Grundschulen verzweifeln oft genug an den Betroffenen. Doch eigentlich sollten sie an

Verlag: Perlesreut (Eigenverlag) 2016
Preis: € 50,00

Bezug ausschließlich bei:

Eva Josefine Jergens

Dr.-Max-Grünzinger-Straße 14

94157 Perlesreut

E-mail: evaspindler@gmx.de

ihrer Ausbildung verzweifeln, denn die versetzt sie nicht in die Lage, auf unterschiedliche Lernvoraussetzungen von Kindern angemessen zu reagieren.

„Immer mehr Kinder kommen mit einem Entwicklungsrückstand im Bereich der Feinmotorik in die Schule. Dies betrifft hauptsächlich die Finger- und Sprechmuskulatur. Damit sind jene ‚Werkzeuge‘ betroffen, mit denen die Kinder das Rechnen, Lesen und Schreiben im Anfangsunterricht erlernen sollen“ (S. 16).

Mit diesem kleinen Absatz beginnt Eva Josefine Jergens ihr Buch. Ausgehend von den Erfahrungen mit den schulischen Problemen ihrer eigenen Tochter schildert sie die Entwick-

lung ihres methodischen Handwerkszeugs, das seine weitere Ausdifferenzierung der folgenden Arbeit als Lerntherapeutin und später als Hochschuldozentin verdankt.

Den zwei einleitenden Kapiteln über die Entstehung des „Nahsinn-orientierten Ansatzes“ und der Entwicklungseinflüsse im Vorschulalter folgen im Buch vier Teile mit zusammen 14 Kapiteln: zum Rechnen lernen, zum Schriftspracherwerb, zur Schichtendiagnose des „Nahsinn-orientierten Ansatzes“ sowie eine abschließende Zusammenfassung. Mit „Schichtendiagnose“ bezeichnet Jergens übrigens ein Testinstrument, das bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Vorschul- wie auch Schulkindern erfasst. Es geht darin um Basisleistungen wie die Rechts-Links-Unterscheidung, die Feinsteuerung der Finger- und Sprechmuskulatur oder auch um das Verständnis der Grundrechenarten.

Wie hilfreich dieses Buch für Lehrende ist, zeigt sich beispielsweise an der Thematik der „Synkinesien“. Damit sind unwillkürliche Mitbewegungen zwischen der Sprech- und der Arm- bzw. Handmuskulatur gemeint. Rund 30 % der Kinder mit Sprachwahrnehmungsproblemen sind derart stark davon betroffen, dass sie im LRS-Förderunterricht keine Fortschritte erzielen. Erst nach Auflösung der Kopplung von Mund und Hand kann ein Kind lernen, mit der Sprechbewegung die Schreibhand zu steuern. Lehrkräften

fällt zwar in der Regel auf, wenn ein Kind beim Basteln Lippen oder Zunge mitbewegt, aber dass diese Kopplung für Rechtschreibprobleme verantwortlich sein kann, ist weitgehend unbekannt.

Nahsinnbeeinträchtigungen müssen anders behoben werden als Defizite der Fernsinne. Wo eine Brille oder ein Hörgerät hilft, sind die Fernsinne korrigiert und beeinträchtigen die Lernfähigkeit nicht weiter. Defizitäre Nahsinne jedoch müssen „nachentwickelt“ werden. Tast- und Bewegungsempfindung sowie die Bewegungssteuerung von Fingern und Sprechwerkzeugen sind nun einmal die unverzichtbaren Voraussetzungen für das Erlernen der Kulturtechniken.

Lehrkräfte brauchen dieses Buch dringend, um den zahlreichen rechen- und/oder lese-rechtschreib-schwachen Kindern in der Schule effektiv und effizient helfen zu können. Erzieherinnen erfahren aus ihm, was es in der Kita schon zu stärken gilt. Lerntherapeuten erwerben neue, weiterreichende Kompetenzen zur Förderung von Kindern mit Lernproblemen im Basisbereich. Für sie alle lohnt sich die Anschaffung dieses Handbuchs. Für das, was es bietet, ist es seinen Preis allemal wert.

■ Detlef Träbert

Anna Maria Sanders „Ich dreh gleich durch!“ Tagebuch eines ADHS-Kindes und seiner genervten Leidensgenossen



Anna Maria Sanders
„Ich dreh gleich durch!“
Tagebuch eines ADHS-Kindes und
seiner genervten Leidensgenossen
ISBN: 978-3-579-08633-0
Verlag: Gütersloher Verlagshaus
(25. April 2016)
Preis: € 18,99

Zuerst denkt man hm... ich habe schon so viele ADHS-Fachbücher gelesen. Was soll ich denn nun mit einem ADHS-Tagebuch. Dann lag es auf meinen Nachttisch und es hat mich doch neugierig gemacht.

Das Buch schildert aus der Sicht des ADHS-Kindes Max, wie es sich fühlt, dass die Missgeschicke einfach immer nur so passieren, dass er gar nicht so sein möchte und er nur gute Absichten hat und die Erwachsenen ihn nicht verstehen.

Seine Mutter, Anna Maria Sanders, schildert ebenfalls den Alltag mit Max in der Schule und zu Hause, auch aus der Sicht von Max's Vater, Opa und auch von seinem Bruder Smartie, der ja ganz anders ist.

Sein Lehrer, der oft an seine Grenzen kommt, schildert wie er Max erlebt und wie er damit umgeht.

Zwischen den Kapiteln wird fachlich aus wissenschaftlicher- und aus ärztlicher Sicht gut und sehr verständlich erklärt, was ADHS bedeutet.

Trotz der Tragik, die so ein ADHS-Leben mit sich bringt, hat das Buch einen hohen Unterhaltungswert und ist in einigen Situationen urkomisch und man muss herzlich lachen.

Die Schrift im Buch ist zudem schön groß gedruckt und somit für eine bessere Konzentration und Aufnahmefähigkeit beim Lesen gedacht.

Es zeigt eindrucksvoll, was ein Kind mit ADHS fühlt, denkt und erlebt und erleidet. Für Menschen im Umfeld des ADHS-Kindes ist es eine sehr gute Beschreibung, um ADHS und das Kind zu verstehen, um zu lernen, es so anzunehmen, wie es ist und es dennoch von ganzem Herzen zu lieben.

Für betroffene ADHS-Kinder ist es eine lustige Lektüre, da sie sich selbst wiedererkennen. Das Buch hilft den Kindern zu verstehen, warum immer Chaos im Kopf ist. Auch

Freunde können dieses Buch mit Freude und Spannung lesen und werden ADHS besser verstehen.

Für Lehrer in der Ausbildung und auch im Schul-Alltag sollte dieses Buch Pflicht sein und gerne zur Information und Aufklärung an die Eltern weiter empfohlen werden.

Mir hat das Buch gefallen, weil es genauso ist, wie man es selbst erlebt hat.

■ Marlies Melzer-Reuter

Caroline Theiss-Wolfsberger & Maja Storch „Bewegen Sie sich besser!“ Mit Bewegungspetern und der richtigen Motivation durch jeden Tag



Caroline Theiss-Wolfsberger & Maja Storch

**„Bewegen Sie sich besser!“
Mit Bewegungspetern und
der richtigen Motivation
durch jeden Tag**

ISBN: 978-3-456-85222-5

Verlag: HOGREFE Verlags-
gruppe

Preis: € 29,95

Das Buch ist ein Aufruf an alle, die sich gern bewegen würden, es aber nicht tun.

Dabei sind oft nur kleine Anstöße nötig, um das Wissen in die Tat umzusetzen.

Die 271 Seiten regen in 10 Kapiteln an, die eigenen täglichen Bewegungen einmal genauer anzuschauen.

Caroline Theiss hat ein Programm entwickelt, das im Alltag mühelos integriert und ausgeführt werden kann.

Zur Veranschaulichung nimmt sie vier Personen (einen Studenten, eine junge Mutter, einen Geschäftsmann und eine Pensionistin), und zeigt, wie sich bewegen.

Vergleichsweise falsche und richtige Bewegungen werden mit Fotos dargestellt. Es sind keine besonderen sportlichen Kenntnisse notwendig, und jeder Laie, der sich „besser bewegen“ will, kann sofort damit beginnen, egal in welchem Alter.

Ich habe die meisten Übungen selbst ausprobiert und festgestellt, dass sie leicht nachzuvollziehen sind.

Bei manchen Bewegungen bin ich mittlerweile zur „Wiederholungstäterin“ geworden.

Mir gefällt es, dass alle vorgestellten Übungen ohne Vorbereitung und technische Hilfsmittel ausgeführt werden können.

Die Grundlage ist aus der Bewegungslehre nach Dr. Alois Brügge, einem Schweizer Neurologen und Psychiater.

*Seiner Meinung nach waren zahlreiche, als „Rheumatische Beschwerden“ bekannte Erkrankungen des menschlichen Bewegungsapparates auf Fehlbelastungen von Wirbelsäule und Gelenken durch eine schlechte Körperhaltung zurückzuführen. Die von ihm federführend entwickelte und so nach ihm benannte Brügge-Therapie baut auf der Diagnostik hinsichtlich körperlicher Beschwerden durch Einteilung der Muskulatur in „hyperton-tendomyotisch“ und „hypoton-tendomyotisch“ auf. Sie geht davon aus, dass die Muskulatur aufgrund von Schmerzen und Fehlbelastung des Bewegungsapparates entsprechend verschaltet werden kann.**

Ein dritter Teil des Buches von Maja Storch spricht die gängigsten Gründe an, seine Übungen nicht zu machen.

Das psychologische Motivationstraining, das hier anschließend aufgezeigt wird, beruht auf dem Züricher Ressourcenmodell ZRM (www.zrm.ch) einem wissenschaftlich abgesicherten Selbstmanagement.

Das umfangreiche Buch ist keine Geschichte, die man fortlaufend lesen sollte, sondern lädt ein, Vorgestelltes gleich auszuprobieren und umzusetzen.

■ Sieglinde Lugert

*Text aus: Wikipedia: Alois Brügge (1920 – 2001)

Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 24.02.2017 – Sonntag, 26.02.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 10.03.2017 – Sonntag, 12.03.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 25.08.2017 – Sonntag, 27.08.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 29.09.2017 – Sonntag, 01.10.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg:

27.05.2017 – 28.05.2017 in Hambrücken

Landesgruppe Bayern:

War bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt

Landesgruppe Berlin:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Hamburg:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Hessen:

War bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt

Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

08.09.2017 – 10.09.2017

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

24.06.2017 – 25.06.2017 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, 25.11.2017 – Sonntag, 26.11.2017

37115 Duderstadt

Mitgliederversammlung / Symposium 2017

Samstag, 01.04.2017 – Sonntag, 02.04.2017

Helmstedt

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Freitag, 16.06.2017 – Sonntag, 18.06.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Freitag, 27.10.2017 – Sonntag, 29.10.2017

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 Gehrmann**
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
- Dr. Cristina Clement**
Ökotrophologin, Universitätsklinikum Freiburg

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

ADHS Deutschland e. V.

Rapsstraße 61; D-13629 Berlin
 Tel.: 030 85605902
 Fax: 030 85605970
 E-Mail: info@adhs-deutschland.de
 Internet: www.adhs-deutschland.de

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

Spendenkonto:

Pax-Bank eG
 BIC: GENODED1PAX
 IBAN: DE95 3706 0193 6010 1150 17

Beitragskonto:

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

The screenshot shows the website's main navigation bar with links for 'Aktuelles', 'ADHS', 'Begleitstörungen', 'Unser Angebot', 'Über uns', 'Mitglieder', and 'Shop'. Below the navigation is a large banner image featuring a group of diverse people. Underneath the banner are several article teasers with titles like 'Vortragsreihe "ADHS verstehen"', 'ADHS in der Partnerschaft', and 'Aus dem Shop ADHS - Impressionen'. A sidebar on the right contains a 'Mitgliedschaft' section and a 'Geschäftsstelle' contact box.

This screenshot displays the 'Termine' (Events) section of the website. It features a calendar grid for the month of August 2016. Several events are listed with their dates and locations, such as 'ADHS in der Partnerschaft' on 23.08.2016 in Helmstedt, '7. ADHS-Kongress' on 29.08.2016 in Ostingen, and 'ADHS Symposium' on 11.10.2016 in Hambrücken. Each event entry includes a 'Weiter' (More) link. A 'Geschäftsstelle' contact box is visible on the right side.

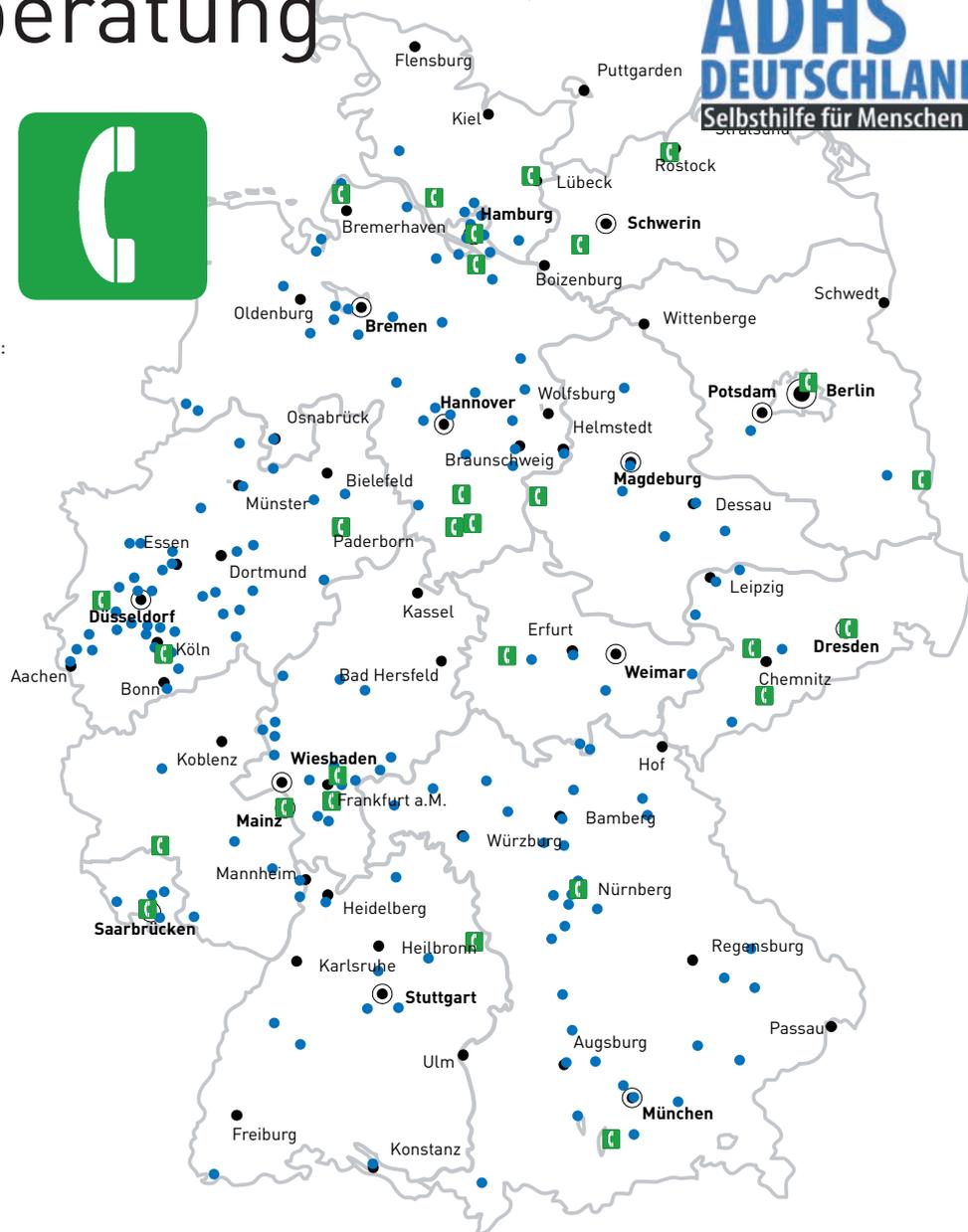
The screenshot shows the 'Zeitschrift' (Magazine) section. It features a stack of 'neue AKZENTE' magazines. The main text describes the magazine as a member benefit, providing 3 x 3 articles per issue. It lists the content of the latest issue (No. 102), including articles by Klaus Gierloff, Myrten Bea, and Isabel Streif. A 'Diesen Text vorlesen...' (Read this text aloud) button is present. A sidebar on the left lists various services like 'Selbsthilfegruppen' and 'E-Mail-Beratung'. A 'Mitgliedschaft' section is also visible.

This screenshot displays the 'Der ADHS Deutschland e. V.' section, which serves as a mission statement or overview of the organization. It lists the organization's goals, such as providing support for members, organizing regional and national events, and promoting research. A 'Diesen Text vorlesen...' button is included. A sidebar on the right offers options for 'Selbsthilfegruppen' and 'Telefonberatung'. A table at the bottom of the page lists various services and contact information.

Besuchen Sie uns im Internet: www.adhs-deutschland.de

Telefonberatung

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



Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:
08152 9996499
Ingrid Meyer-Kaufmann:
0911 9566351
Michaela Nagy:
09180 90 9716
Carolin Zasworka:
09542 772689

Baden – Württemberg

Bärbel Sonnenmoser:
07031 287323

Berlin

Petra Peilert:
030 65915610

Bremen und Umgebung

Ellen Köster-Schmidt:
0421 6979991

Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:
040 68915023

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:
05684 1659

Mecklenburg-Vorpommern

Karin Heynen:
0381 7698016

Niedersachsen

Angela Schwager:
05554 995646
Ellen Köster-Schmidt:
0421 6979991
(Kreis Wesermarsch)

NRW

Karin Knudsen:
0221 3561781
Ulrike Vlk:
02161 531739
Sonja Adam:
01577 6434551
(mit Rückrufoption)

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:
0651 4637878

Sachsen

Karin Bobsin:
03591 277435

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:
04821 4039480
Gerhild Gehrmann:
04121 807272
Carola Kliemek:
0461 3153772

Saarland

Sabine Berg:
0651 4637878

Thüringen

Regina Schrage:
03691 872222

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
D-13629 Berlin
Tel. 030 85605902