

neue AKZLENTE

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



**Rumzappeln ist kein
Psychozeug**

Medizinische Leitlinien

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

Zeitschmerz



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

bald findet unser jährliches ADHS-Symposium mit Mitgliederversammlung, dieses Jahr wieder in Königswinter statt. Wir freuen uns, dort viele altbekannte Aktive wiederzutreffen und neue kennenzulernen. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können oder darüber hinaus an weiteren Themen interessiert sein, so liegt dieser Ausgabe unserer **neue AKZENTE** ein Informationsflyer der Landesgruppe Baden-Württemberg zur Landesgruppenfortbildung im Oktober bei.

Weitere interessante Veranstaltungstermine finden Sie auf S. 49 unserer Zeitschrift oder auf unserer Internetseite www.adhs-deutschland.de.

Haben Sie bisher ein Thema in unserer Vereinszeitschrift vermisst oder möchten Sie uns zu einem unserer Beiträge etwas mitteilen, so schreiben Sie bitte an akzente@adhs-deutschland.de.

Wir freuen uns über jede Zuschrift, sei es konstruktive Kritik – aber natürlich auch Lob! – und veröffentlichen gerne Ihre Leserbriefe.

Bis dahin wünschen wir Ihnen angenehme Frühlingstage

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

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung

ADHS Deutschland e. V.
Hannoversche Volksbank
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00
BIC: VOHADE2H

Gestaltung

Agnes von Beöczy, www.librito.de

Druck

BUD, Potsdam

Auflage

4000 Exemplare

Erscheinungsweise

3x jährlich

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe

01. Juni 2018

Fotonachweis

Titelbild: Renate Meyer
Aktive der Landes- und Regionalgruppen
Seite 23: ldule964/fotolia
Weitere Fotos: pixabay

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.

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 Verfasseramen 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.

INHALT

FACHBEITRÄGE

- Professor Andreas Reif*
04 Rumzappeln ist kein Psychozeug
- Dr. Klaus Skrodzki*
07 Medizinische Leitlinien
- Rechtslupe.de*
10 Polizeibeamte mit Aufmerksamkeitsdefizit
- Dr. Helga Simchen*
14 Borderline-Persönlichkeitsstörung und AD(H)S – gibt es einen möglichen Zusammenhang?
- zentrales adhs-netz*
15 Stellungnahme zur pharmakologische Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei Senioren

ALLGEMEINES

- Dr. Marc Edel*
16 Was auch immer Sie über ADHS denken: Stimmt das?
- Judith Gruhler*
18 Tipps für den ADHS-Familienalltag
- Judith Gruhler*
20 Verbreitete Irrtümer über ADHS
- Katharina Döhl*
21 Fadenspiel
- Es stellt sich vor:*
24 Der Gemeinsame Bundesausschuss

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

- Anfrage an KBV vom 02.11.2017*
26 Diagnostik bei ADHS
- 26** Antwort der KBV
- Stellungnahme des ADHS Deutschland e. V.*
27 Einsatz von sogenannten „Sandwesten“ bei verhaltensauffälligen Kindern, insbesondere Kindern mit ADHS
- Christine Kirchner, Patrik Boerner, Christiane Eich*
29 Evaluation in der Selbsthilfe?
- 30** Der Beirat des ADHS Deutschland e. V. stellt sich vor: Prof. Dieter F. Braus
- 31** ADHS Deutschland e. V. Spenden und Fördergelder 2017

BERICHTE

- ADHS Deutschland e.V. – bundesweit, landesweit, regional*
- Petra Peilert*
32 Duderstadt – ein Weiterbildungs-Wochenende für die Aktiven des ADHS Deutschland e.V.
- 33** Landesgruppe BW Jahresbericht 2017
Regionalgruppenberichte in alphabetischer Reihenfolge
- 36** Regionalgruppenberichte in alphabetischer Reihenfolge

MEDIEN REZENSIONEN

- Dr. Andrea Daniels*
43 Ryffel-Rawack: Unser facettenreiches Leben – ADHS-Collagen zum Schmuzzeln
- Astrid Bojko-Mühr*
45 Saskia Heike: Tiergestützte Pädagogik und ADHS
- Dr. Johannes Streif*
46 Monika Ridinger: ADHS und Sucht im Erwachsenenalter

TERMINE

- 49** Fortbildungen

VERBANDSDATEN

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

FACHBEITRÄGE

Rumzappeln ist kein Psychozeug

Das Gehirn von ADHS-Patienten reift oft verzögert, und bei vielen reift es anders. Längst ist klar, dass die Biologie das Problem ist – viele aber wollen das nicht wahrhaben. Und: Zu viele Kranke bleiben unbehandelt.



Professor Andreas Reif

Fast jeder kennt die beiden: den Hans Guck-in-die-Luft und den Zappelphilipp; die beiden Kinder haben sich tief in das kollektive Gedächtnis eingegraben. Aus heutiger Sicht mag man darin Prototypen der beiden Pole des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) sehen: der eine verträumt und unkonzentriert, der andere hyperaktiv, impulsiv, widerborstig. Schon vor über 150 Jahren, im Jahr 1845, beschrieb und zeichnete Heinrich Hoffmann die beiden Figuren im „Struwwelpeter“, einem Büchlein, das er ursprünglich als Weihnachtsgeschenk für seinen Sohn verfasste. Was kaum jemand weiß: Hoffmann war gar nicht in erster Linie Autor, sondern eigentlich Arzt – und zwar der erste psychiatrische Klinikdirektor in Frankfurt, mit geradezu legendärem Ruf. Natürlich liegt es daher nahe, zu vermuten, dass es reale Vorbilder für seine Figuren gab. In der Tat gab es einen echten Philipp – Philipp Julius von Fabricius, später ebenfalls Arzt in Frankfurt. Er war zwar Namensgeber, selbst jedoch ganz und gar nicht ADHS-Betroffener. Eher machte sich Hoffmann einen Spaß daraus, Kinder aus seinem Freundeskreis mit in das Buch zu integrieren. Dennoch könnte er durchaus klinische Symptome, die er bei verschiedenen Kindern wahrnahm, in die Darstellung von Hans und Philipp einfließen lassen. Als klinische Fallstudie war der Struwwelpeter jedoch nicht angelegt.

Die Erstbeschreibung des Krankheitsbildes ist aber sogar noch älter als der Struwwelpeter: Der englische Arzt Alexander Crichton beschrieb bereits Ende des 18. Jahrhunderts eine Erkrankung bei Kindern, die sich durch Unaufmerksamkeit und „mentale Ruhelosigkeit“ auszeichnete, die aber glücklicherweise mit dem Älterwerden vergehe. Dass dem nicht so ist, vermutete man bereits in den späten sechziger Jahren. Mehrere, großangelegte Studien, die betroffene Kinder zum Teil mehr als 30 Jahre lang nachuntersuchten, konnten klar zeigen, dass nur ein Teil der Kinder gesundete. Bei rund 15 Prozent der betroffenen Kinder

persistiert die Erkrankung voll in das Erwachsenenalter, und bei ungefähr der Hälfte sind noch etliche Symptome, nicht aber das volle Krankheitsbild nachweisbar. Freilich ändern sich die Beschwerden: Während bei Kindern neben der Unaufmerksamkeit und Konzentrationsstörungen sehr häufig die motorische Hyperaktivität – also das berühmte Zappeln – im Vordergrund steht, verliert sich letzteres Symptom häufig im Erwachsenenalter. Vielmehr treten andere impulsive Verhaltensweisen wie kurzschlüssiges Handeln und das unbedachte Eingehen von Risiken in den Vordergrund, häufig zusammen mit emotionalen Beschwerden wie kurzfristigen Stimmungsschwankungen.

Dominiert wird das Bild des ADHS im Erwachsenenalter jedoch durch gleichzeitig auftretende sogenannte comorbide Erkrankungen. Patienten mit ADHS haben ein deutlich höheres Risiko für andere, gleichzeitig auftretende psychische Erkrankungen: Stimmungsleiden, Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, um nur einige zu nennen. Auch das Risiko für körperliche Erkrankungen, Unfälle, kriminelles Verhalten und sogar Suizide ist gesteigert, so dass Patienten mit ADHS ein doppelt so hohes Risiko haben, vorzeitig zu sterben – angesichts der Tatsache, dass weltweit gut 2 bis 3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung an ADHS leiden, eine beträchtliche Zahl. Freilich sind dies alles nur Risiken, kein Schicksal. Es gibt auch zahlreiche Beispiele für sehr erfolgreiche ADHS-Patienten, die positive Aspekte ihrer Erkrankung sogar zu nutzen wussten. In der Behandlung und Einschätzung der Patienten sind daher immer die aktuelle Lebenssituation und der Leidensdruck der Patienten zu beachten, insbesondere im Erwachsenenalter.

Angesichts des Obengesagten lässt sich ADHS auch als Risikofaktor ansehen, als eine Pathologie, die möglicherweise den Einstieg in einen ungünstigen Verlauf bedeuten kann. Dies eröffnet aber auf der anderen Seite die Chance, sehr frühzeitig vorbeugend zu behandeln, wenn

man denn diejenigen Kinder identifizieren könnte, die ein hohes Risiko haben, auch im Erwachsenenalter noch symptomatisch zu sein. Dies ist eine der Kardinalfragen in der ADHS-Forschung; um sie zu beantworten, ist das Verständnis der dem ADHS zugrundeliegenden Krankheitsmechanismen unverzichtbar. Leider ist die Diskussion hier oft noch von Weltanschauungen und Meinungen geprägt, da sich viele für berufen halten, etwas zum Thema beizusteuern – häufig allerdings ist die Lautstärke der Meinungsäußerungen zu der zugehörigen Evidenz umgekehrt proportional. Dies ist umso erstaunlicher, als dass man bereits recht viel über die Ursachen von ADHS weiß und es keinen Zweifel daran gibt, dass es sich hier um eine stark biologisch bedingte Erkrankung handelt.

Ein klarer Hinweis hierauf ist die starke genetische Ursache von ADHS. Aus einer Vielzahl von Studien mit unterschiedlichen Designs (zum Beispiel familienbasierte Studien, bei denen zahlreiche Familienmitglieder auf das Vorliegen von ADHS untersucht werden; Zwillingsstudien; und Adoptionsstudien, bei denen untersucht wird, ob das Krankheitsrisiko eher durch die Herkunfts- oder die Aufnahmefamilie bestimmt wird) kann man zuverlässig abschätzen, dass der genetische Beitrag zur Erkrankung bei ungefähr 80 Prozent liegt. Das bedeutet nicht, dass Umwelteinflüsse gar keine Rolle spielen; im Vergleich zum genetischen Risiko allerdings sind sie deutlich weniger wichtig. ADHS ist allerdings keine Erbkrankheit im klassischen Sinn, wie etwa Mukoviszidose; bei diesen Erkrankungen ist ein einzelnes Gen so mutiert, dass das entsprechende Protein in der Struktur verändert und somit fehlerhaft arbeitend ist. So einfach liegt die Sache im Fall von ADHS nicht. Vielmehr handelt es sich um eine komplex-genetische Erkrankung, bei der eine Vielzahl – Hunderte bis Tausende – von genetischen Veränderungen an vielen Orten zusammenwirken; die meisten dieser Veränderungen betreffen nicht die Struktur der entsprechenden Eiweiße, sondern deren Regulation – also wo und wie viel des Proteins hergestellt wird. Für sich genommen ist jede dieser Veränderungen eher harmlos und führt nur zu einer sehr geringen Risikosteigerung; jeder Mensch trägt etliche dieser Veränderungen („Risikoallelen“) mit sich, ohne notwendigerweise krank zu sein. Wenn allerdings zu viele solcher Veränderungen zusammenkommen, steigt das Erkrankungsrisiko deutlich an, wobei es darüber hinaus vielleicht noch zusätzliche seltene Risikogenvarianten gibt, die die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken, ebenfalls beeinflussen.

Damit ist auch klar, dass es nicht „das“ ADHS-Gen und dementsprechend keinen ADHS-Gentest gibt: auch mit den aufwendigsten Methoden lässt sich aktuell nur ein kleiner Teil des genetischen Risikos (in der aktuell größten Studie an 20000 Patienten etwa 5 Prozent) tatsächlich

dingfest machen. Die genetische Architektur ist auch stark mit anderen Eigenschaften wie Raucherstatus, erreichtes Bildungsniveau oder Übergewicht als auch mit Erkrankungen (insbesondere Depression) assoziiert, so dass sich die oben erwähnte Comorbidität auch auf genetischer Ebene offenbart.

Spannenderweise zeigt sich, dass die mit der Erkrankung verbundenen Gene signifikant im Gehirngewebe abgelesen werden. Dies ist ein starker Beleg dafür, dass es sich bei ADHS tatsächlich um eine Erkrankung handelt, die neurobiologisch und neurogenetisch bedingt ist. Die wichtige Frage ist nun jedoch, wie es von genetischen Veränderungen zur Erkrankung kommt. Dies ist ein langer und komplizierter Weg.

Am Beginn dieses Weges steht die Frage, welche Funktion denn die Gene haben, die bei ADHS verändert sind. In den frühen Jahren der psychiatrischen Genetik suchte man hier nach plausiblen Kandidaten – also Proteinen, von denen man bereits vermutete, dass sie eine Rolle spielen könnten, da sie beispielsweise im Stoffwechsel der Botenstoffe eine Rolle spielen. In der Tat konnte man auch zeigen, dass manche Veränderungen im Dopamin-Signalweg häufiger bei Patienten mit ADHS vorkommen. Letztlich sind solche Strategien zur Suche nach Risikogenen aber in der Aussagekraft beschränkt. Es ist so, als ob man nur unter einer Laterne nach einem verlorenen Schlüssel suchen würde, die unbeleuchteten Stellen aber auslässt. Aufgrund dessen untersucht man ohne irgendwelche Vorannahmen mittlerweile Hunderttausende bis Millionen von genetischen Veränderungen gleichzeitig. Die gewonnenen Daten lassen sich dann per Computer analysieren und biologischen Funktionen zuordnen. Bei den ADHS-Risikogenen legen solche Analysen bisher nahe, dass vor allem Gene, die synaptische Übertragung (also die Kommunikation zwischen den Nervenzellen) und das Wachstum oder die Form von Neuronen verändern, mit der Erkrankung verbunden sind. Auch dies unterstützt die Hypothese, dass ADHS auf eine überwiegend genetisch bedingte veränderte Funktion von Nervenzellen zurückzuführen ist. Dies heißt aber nicht, dass nicht auch externe Faktoren bedeutend sind.

Relativ unverstanden ist momentan noch, welche Auswirkungen die überwiegend regulatorischen Veränderungen der Proteine auf die Funktion von Nervenzellen haben. Eine gut belegte Folge ist eine Fehlfunktion des Dopamin-Systems, die unter anderem durch bildgebende Methoden wie „Spect“ dargestellt werden konnte. Der Botenstoff Dopamin hat unter anderem eine wichtige Funktion für das Lernen, insbesondere das Lernen durch Belohnung, für Impulsivität und Motivation. Eine Störung des Dopamin-Systems kann also zumindest teilweise erklären, warum es ADHS-Patienten schwerfällt, bei subjektiv lang-

weiligen Dingen lange motiviert zu sein, oder warum sie im Gegensatz zu anderen Menschen kaum durch spätere Belohnung lernen können. Ein weiteres Neurotransmitter-System, das bei ADHS verändert ist, ist das Noradrenalin-System; Noradrenalin ist ebenfalls ein Botenstoff, der seinerseits aus Dopamin gebildet wird. Sowohl das Dopamin- als auch das Noradrenalin-System sind die Hauptansatzpunkte der Medikamente, die bei ADHS eingesetzt werden: das am häufigsten verwendete Medikament, Methylphenidat („Ritalin“), hemmt die Transporter für Dopamin und Noradrenalin, die diese Moleküle wieder in die Nervenzellen aufnehmen. Durch diese Wiederaufnahmehemmung verstärken Methylphenidat und auch andere ADHS-Medikamente die Wirkung von Dopamin und Noradrenalin in der Synapse und führen somit zu längerfristigen Umbauvorgängen an den Nervenzellen. Diese sind allerdings nach Absetzen der Medikamente reversibel.

Die Veränderungen in den Neurotransmitter-Systemen sind wahrscheinlich aber nur eine gemeinsame Endstrecke der verschiedenen molekularen Veränderungen bei ADHS. Das Ungleichgewicht der Transmitter wirkt sich nicht generell im ganzen Gehirn aus, sondern in präzise definierten Bereichen. Insbesondere die sogenannten Basalganglien, ein tief im Gehirn liegendes Kerngebiet, das für Motivation, zielgerichtetes Verhalten und Motorik zuständig ist, als auch der Präfrontalcortex, der für Handlungskontrolle und Planung verantwortlich zeichnet, sind betroffen. Die Verbindung dieser beiden Gehirngebiete, das „frontostriatale System“, ist bei ADHS gestört, wie man in etlichen Studien mittels funktioneller Kernspintomographie und anderen Methoden herausfinden konnte. Während man hier die gestörte Kommunikation zwischen den beiden Gehirngebieten gut durch die Neurotransmitter-Veränderungen erklären kann, findet man auch noch andere funktionsveränderte Gehirnbereiche: die Schaltkreise der exekutiven Kontrolle etwa, des Belohnungssystems, des Aufmerksamkeitsnetzwerkes und des Ruhezustandes. Die beteiligten Hirnareale sind neben Bereichen der Hirnrinde (präfrontaler und parietaler Kortex) und den schon erwähnten Basalganglien noch der Thalamus und das Kleinhirn. Es handelt sich bei ADHS also um eine komplexe Netzwerkstörung des Gehirns; es gibt keinen einzelnen, klar definierten Ort, an dem die Erkrankung entsteht. Vielmehr führen die Störungen der Nervenzellfunktion und -plastizität an mehreren Stellen im Gehirn zu subtilen Funktionsstörungen.

Auch auf der strukturellen Ebene ließ sich vor kurzem in einer großen Untersuchung an mehr als 1700 Patienten zeigen, dass insbesondere Teile der Basalganglien bei Patienten signifikant kleiner sind. Sehr aufschlussreich sind auch Studien, bei denen man von ADHS betroffene Kinder nicht nur im Kindes-, sondern auch im Erwachsenenalter einem Hirnscan zuführen konnte. Hier zeigt sich, dass

es bei ADHS zu einer verzögerten Ausreifung von Teilen der Hirnrinde insbesondere im Vorderhirn kommt; wieder bleiben über die Lebensspanne die Basalganglien kleiner. Auch zwischen Patienten mit einem ausgeheilten und einem im Erwachsenenalter noch bestehenden ADHS zeigen sich Größenunterschiede mancher Gehirnteile. Insofern vermutet man, dass es sich bei ADHS um eine Verzögerung beziehungsweise Störung der Gehirnreifung handelt, was bei manchen Patienten im jungen Erwachsenenalter noch kompensiert werden kann – bei den Patienten mit ADHS allerdings nicht. Welche Faktoren allerdings entscheiden, ob die Krankheit fortbesteht oder nicht, ob dies eher auf Umwelt- oder Anlagefaktoren sind, ist noch weitgehend unbekannt.

Die auf vielen Ebenen festzustellende Variabilität der Hirnveränderung erklärt wahrscheinlich auch das teilweise bunte und ebenfalls variable Erscheinungsbild von ADHS. Dies bezieht sich auf die Dominanz von entweder hyperaktiv-impulsiven oder unaufmerksamen Symptomen, auf die begleitenden comorbiden Erkrankungen als auch auf experimentell nachweisbare neuropsychologische Defizite. Hier handelt es sich um messbare Verhaltensveränderungen, die bei ADHS gestört sind; vor allem das Arbeitsgedächtnis, die Handlungsplanung, Verhaltenshemmung, Aufmerksamkeitsprozesse, Emotionsregulation, verändertes Belohnungs- und Aufschubverhalten, Verarbeitungsgeschwindigkeit und motorische Kontrolle sind zu nennen. Auch hier mischen sich Defizite ganz unterschiedlich, sind aber in variablem Ausmaß fast immer nachweisbar und zumindest in Teilen der Behandlung mit Stimulantien wie Methylphenidat ebenfalls zugänglich.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den letzten Jahren überzeugende Belege gefunden wurden, dass man ADHS als komplex-genetische Erkrankung verstehen kann, bei der die Kombination einer Vielzahl von Risikogenen zur Erkrankung führt. Diese Risikogene verursachen eine Störung der synaptischen Übertragung und der neuronalen Plastizität und beeinflussen darüber unter anderem das Dopamin- und Noradrenalin-Botenstoffsystem insbesondere im Vorderhirn und in den Basalganglien. Diese Veränderungen sind nicht statisch, sondern dynamisch – ADHS ist eine Störung der Hirnreifung, was bei einem Teil der Patienten zu einer Ausheilung während der Adoleszenz führt. Ein substantieller Teil der Patienten bleibt allerdings über die Lebensspanne betroffen, was im Erwachsenenalter vor allem durch zusätzliche Erkrankungen wie Depressionen oder Suchterkrankungen maskiert werden kann.

Viele Fragen sind allerdings auch noch offen: So ist nur ein Teil der Risikogene bekannt; die zellulären Veränderungen, insbesondere auf der Ebene von lokalen Netzwerken, sind noch weitgehend unverstanden. Obgleich

Methylphenidat vielen Patienten mit ADHS hilft, gibt es dennoch auch Nicht-Responder. Außerdem ist seine Wirkung nicht anhaltend. Sobald das Medikament abgesetzt wird, kommen auch die Symptome wieder. Eine tatsächlich kurative Behandlung, die die Hirnreifungsstörung und somit die Netzwerkstörung beseitigt, ist momentan noch nicht in Sicht. Die Hoffnung der Wissenschaftler liegt hier auf einem besseren Verständnis der zugrundeliegenden molekularen Mechanismen und deren Auswirkungen auf der Netzwerkebene. Mit der konstant wachsenden Werkzeugkiste der Neurowissenschaften – von Genetik über Zellmodelle bis hin zur multimodalen Bildgebung – sind hier in den kommenden Jahren zumindest auf grundlegender Ebene erhebliche Fortschritte in der Aufklärung der Krankheitsmechanismen zu erhoffen.

Dessen ungeachtet ist es auch jetzt schon möglich, den Patienten individuell sehr gut zu helfen. Hierfür ist jedoch

spezialisiertes Wissen um Diagnostik und Therapie des Krankheitsbildes über verschiedene Lebensphasen wichtig, das leider allzu oft noch nicht in der Fläche verfügbar ist, weshalb viele Patienten gerade im Erwachsenenalter eine wahre Odyssee hinter sich haben. Hier ließe sich bereits jetzt relativ einfach eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität für zahlreiche Betroffene erreichen.

AUTOR | Professor Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt, <http://www.psychiatrie.uni-frankfurt.de/62326922/reif>

Quelle: „Der Artikel ist zuerst im Rahmen der Reihe „Hirnerkrankungen – wo stehen wir?“ – einer Kooperation zwischen der FAZ und der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung – erschienen.“ Wir bedanken uns beim Autor und den Herausgebern für die freundliche Genehmigung zur Veröffentlichung des Artikels.

Medizinische Leitlinien



Dr. Klaus Skrodzki

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen.

Leitlinien unterscheiden sich von anderen Quellen aufbereiteten Wissens (Evidenzberichte, Systematic Reviews, Health Technology Assessments mit oder ohne Metaanalysen) durch die Formulierung von klaren Handlungsempfehlungen, in die auch eine klinische Wertung der Aussagekraft und Anwendbarkeit von Studienergebnissen eingeht.

Leitlinien sind wichtige und effektive Instrumente der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Ihr vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die Vermittlung von aktuellem Wissen.

Idealerweise unterliegen medizinische Leitlinien einem systematischen und transparenten Entwicklungsprozess; sie sind wissenschaftlich fundierte, praxisorientierte Handlungsempfehlungen und damit als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ zu verstehen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Abweichungen von der Leitlinie verlangen aber immer eine Dokumentation der Gründe für die Abweichung. Die An-

wendbarkeit einer Leitlinie oder einzelner Leitlinienempfehlungen muss in der individuellen Situation geprüft werden nach dem Prinzip der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzermittlung und partizipativen Entscheidungsfindung; so dass im Einzelfall auch die Präferenzen der Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen sind.

Bei einer *evidenz- und konsensbasierten Leitlinie* handelt es sich um den Konsens multidisziplinärer Expertengruppen zu bestimmten Vorgehensweisen in der Medizin unter Berücksichtigung der besten verfügbaren Evidenz. Der Konsens wird durch ein definiertes transparent gemachtes Vorgehen erzielt. Er basiert auf systematischen Recherchen und der Analyse der wissenschaftlichen Evidenz aus Klinik und Praxis sowie deren Einteilung in Evidenzklassen.

In Deutschland werden medizinische Leitlinien in erster Linie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt und verbreitet.

Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik ist.

S1: Die Leitlinie wurde von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet.

S2k: Eine formale Konsensfindung hat stattgefunden.

S2e: Eine systematische Evidenz-Recherche hat stattgefunden.

S3: Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung).

Die methodische Qualität einer S3-Leitlinie ist dementsprechend höher als die einer S2- oder S1-Leitlinie.

Evidenzklasse

Die in eine medizinische Leitlinie einbezogene Evidenz wird nach einer Klasseneinteilung differenziert.

GRADE – Graduierung der Evidenz

Hohe Qualität: Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in die Schätzung des Effekts verändern wird.

Moderate Qualität: Weitere Forschung wird wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und könnte die Schätzung ändern.

Geringe Qualität: Weitere Forschung wird sehr wahrscheinlich einen wichtigen Einfluss auf das Vertrauen in die Schätzung des Effekts haben und wahrscheinlich die Schätzung ändern.

Sehr geringe Qualität: Es herrscht eine große Unsicherheit bezüglich der Schätzung.

Kritikpunkte:

- Betrachtet man die Dauer der Erstellung von Leitlinien, so kann ein Minimum von zwei Jahren angenommen werden. Daraus resultiert beim bekannten Fortschritt der Wissenschaft, insbesondere auch in der Medizin, die Frage der Aktualität.
- Ein zu hohes wissenschaftliches Niveau vermindert die Akzeptanz im klinischen Alltag. Es geht deshalb darum, das Wünschenswerte mit dem Machbaren auszugleichen.
- Leitlinien sind immer eine relative Momentaufnahme des medizinischen Wissens.
- Leitlinien sind nicht geeignet auf Fragen zu antworten, die sich bei der Einführung von Innovationen ergeben. Hierzu ist der Erstellungsprozess zu aufwendig und damit zu langwierig.
- Leitlinien finden dort ihre Grenzen, wo der Patient keine Zustimmung zu einer leitlinienkonformen Behandlung erteilt.
- Leitlinien können rein theoretische Vorgaben bleiben, wenn wegen des Wirtschaftlichkeitsgebots oder der wirtschaftlichen Grenzen des Patienten eine Umsetzung aus finanziellen Gründen nicht möglich ist.

Für die **Erstellung von Leitlinien** gibt es das AWMF-Regelwerk. Es dient zum einen der Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien und zum zweiten der Qualität des AWMF-Leitlinienregisters und besteht online auf der Website daher aus folgenden Teilen:

Leitlinien-Entwicklung: Ziel dieses Teils ist es, die Leitlinien der Fachgesellschaften nach einem reproduzierbaren Verfahren mit einem bestmöglichen wissenschaftlichen Anspruch zu erstellen und den Erstellungsprozess transparent zu machen. Dazu gehören u.a. die Regelung der Verantwortung für die Leitlinienentwicklung, die Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die Durchführung der Evidenzbasierung und der strukturierten Konsensfindung und die Erhebung und der Umgang mit Interessenkonflikten. Er soll auch die Erfüllung der Qualitätskriterien erleichtern, die im Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) abgebildet sind. Er dient damit der Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien im AWMF-Register.

Dazu gehören:

- **Konstituierende Treffen**
- **Systematische Evidenzbasierung**
- **Recherche, Auswahl und methodische Bewertung bereits vorhandener Leitlinien und deren Aufbereitung**
- **Recherche, Auswahl und methodische Bewertung von Literatur und deren Aufbereitung**

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbolik
A	Starke Empfehlung	soll/soll nicht	↑↑
B	Empfehlung	sollte/sollte nicht	↑
0	Empfehlung offen	kann erwogen werden/ kann verzichtet werden	↔
KKP*	Gute klinische Praxis		

- **Strukturierte Konsensfindung**
- **Graduierung der Empfehlungen**

Leitlinien-Register: Es beschreibt die Verfahren, die von der AWMF angewandt werden, um das AWMF-Leitlinienregister aktuell und auf einem hohen Qualitätsniveau zu halten. Dazu gehört u.a. die Überprüfung angemeldeter Leitlinienprojekte in Zusammenhang mit bereits publizierten Leitlinien sowie der S-Klassen-Einstufung, des Umgangs mit Interessenkonflikten und der Aktualität jeder einzelnen Leitlinie. Er dient damit der Sicherstellung der Qualität des Leitlinienregisters.

Aktuelle S3 Leitlinie ADHS

Ziel dieser Leitlinie ADHS war es, ein S3 LL zu schaffen für ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter unter Einbezug aller betreuenden Fachleute und auch der Selbsthilfe als Vertreter der Patienten.

Ablauf:

Ein interdisziplinäres Expertenteam (Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Psychiater) sucht vorhandene internationale Leitlinien zum Thema ADHS, bewertet diese und wählt dann Quellleitlinien aus. Gleichzeitig läuft eine Literaturrecherche. Eine Liste von Fachgesellschaften und Vereinen, die bei diesem Thema involviert sind, wird erstellt. Für alle Beteiligten müssen mögliche Interessenkonflikte dargelegt werden. Schlüsselfragen werden formuliert und Antworten und Empfehlungen entwickelt. Die von der Steuerungsgruppe in der Diskussion erarbeiteten Texte werden den beteiligten Fachgruppen und Vereinen vorgelegt und deren Kommentare bzw. Ergänzungen eingearbeitet. Bei der nachfolgenden Konsensuskonferenz wird über einzelne Formulierungen der Empfehlungen diskutiert und schließlich abgestimmt. Verbände können zusätzliche Sondervoten einbringen. Die Endfassung wird nochmal allen Beteiligten vorgelegt, eventuelle Änderungsvorschläge eingearbeitet und das gesamte Werk einem Reviewer vorgelegt. Erst danach kann die Leitlinie im AWMF Verzeichnis veröffentlicht werden.

Als Endergebnis gibt es z. B. in der aktuellen S3 Leitlinie ADHS eine **Kurzfassung** mit Schlüsselfragen, Empfehlungen und einer Bewertung. Außerdem werden die Abstimmungsergebnisse der Konsensuskonferenz gezeigt.

Es gibt eine **Langfassung**, in der das Störungsbild, seine Geschichte und Ursachen erläutert und Umgang und mögliche Therapieformen dargestellt, Kommentare zu den Empfehlungen gegeben werden und ein Literaturverzeichnis. Und es gibt den **Methodenreport**, in dem Ablauf, Vorgehensweise und verwendete Instrumente beschrieben werden.

Federführend beteiligte Fachgesellschaften sind:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Des Weiteren werden alle **beteiligten Fachgesellschaften und Verbände** (in alphabetischer Reihenfolge) angegeben, nachfolgend die **Namen der Beteiligten in den jeweiligen Arbeitsgebieten:**

- Koordination und Redaktion
- Steuerungsgruppe
- Experten und weitere Autoren
- Moderation des Konsensusprozesses

Hierbei wird bei der Abstimmung über die Empfehlungen auf mögliche Interessenkonflikte geachtet und bei entsprechenden Konflikten 2 getrennte Abstimmungen durchgeführt

- Abstimmung ohne Personen mit möglichen Interessenkonflikten (COI)
- Alle am Konsensusprozess beteiligten Personen

Vor den Empfehlungen werden noch Schlüsselwörter für die Internetsuche angegeben: ADHS, Hyperkinetische Störung, Leitlinie, Diagnostik, Behandlung

Als Beispiel für die Empfehlungen sollen die folgenden Auszüge aus der Kurzfassung dienen:

Empfehlungen aus der vorläufigen Kurzfassung mit Kommentaren

1.1 Diagnostik

Um eine ADHS Diagnose vergeben zu können, müssen die Symptome von Hyperaktivität, Impulsivität und /oder Unaufmerksamkeit die Kriterien von ICD-10 oder DSM-5 erfüllen. Diese beinhalten zumindest moderate Beeinträchtigungen der Beziehungen, der Leistungsfähigkeit, der Aktivitäten oder der Teilhabe. Die Symptome und die daraus folgenden Funktionsbeeinträchtigungen müssen in mehreren Lebensbereichen auftreten. Wenn die Symptomatik nur in einem Lebensbereich auftritt (z.B. nur in der Schule / bei der Arbeit, nur in der Familie), kann dies ein Hinweis auf andere psychische Störungen sein, die es dann differenzialdiagnostisch abzuklären gilt.

Für kassenärztliche / kassenpsychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist eine Codierung der Diagnose

nach ICD-10 notwendig. Im Gegensatz zu ICD-10 (F90.0) unterscheidet DSM-5 verschiedene Subtypen. Vermutlich wird ICD-11 diese Subklassifikation übernehmen. Diese DSM-5-Klassifikation lässt sich allerdings auch im ICD-10 abbilden. Daher können auch gegenwärtig DSM-5-Diagnosekriterien als Grundlage für eine Diagnose nach ICD-10 herangezogen werden.

1.1.1 Bei welchen Personen sollte eine ADHS-Diagnostik durchgeführt werden?

Bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs-, Lern- / Leistungs- oder Verhaltensproblemen oder anderen psychischen Störungen und Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentration oder auf erhöhte Unruhe oder Impulsivität sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass eine ADHS vorliegt und eine entsprechende Abklärung veranlasst werden.

Qualität der Evidenz: Mäßig

Empfehlungsgrad: Empfehlung, ↑, B

1.1.2 Wer sollte eine ADHS-Diagnostik durchführen?

Bei **Kindern und Jugendlichen** sollte die Diagnose einer ADHS durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, mit Erfahrung und Fachwissen in der Diagnostik von ADHS durchgeführt werden.

Bei **Erwachsenen** sollte die diagnostische Abklärung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für psychosomatische Medizin oder durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten vorgenommen werden.

Bestehen Hinweise auf koexistierende psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen oder erscheint die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen oder gegenüber somatischen Erkrankungen erforderlich, sollte eine Überweisung zu einem Spezialisten aus dem entsprechenden Fachgebiet erfolgen, falls die eigenen Möglichkeiten zur Abklärung und Behandlung nicht ausreichen.

Zustimmung zur Empfehlung: alle 96,3% (nur eine Abstimmungsrunde)

Bei Diagnosestellung durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch einen psychologischen Psychotherapeuten sollte die obligate körperliche Untersuchung zusätzlich durch einen Arzt erfolgen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 93,3% – alle 92,6%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

Nach den Empfehlungen gibt es folgende **Anhänge**:

1. einen diagnostischen Entscheidungsbaum nach ICD-10 und DSM-5
2. einen differenzialdiagnostischen Entscheidungsbaum zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS
3. einen differenzialdiagnostischen Entscheidungsbaum zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS
4. Liste deutschsprachiger psychometrisch untersuchter Verfahren zur Erfassung von ADHS- Symptomatik im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter
5. Liste deutschsprachiger Präventions- und Therapieprogramme zur Behandlung von ADHS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen
6. Literatur

Aktueller Stand:

Derzeit liegt der Leitlinientext bei den beteiligten Verbänden; deren Kommentare werden abgewartet. Danach werden eventuelle Korrekturen eingearbeitet und dann das Gesamtpaket an einen Reviewer übergeben. Erst danach kann die Veröffentlichung im AWMF – Register erfolgen.

AUTOR | Dr. Klaus Skrodzki, Februar 2018

Quellen: Auszüge aus AWMF, Wikipedia, der Leitlinie und anderen

Polizeibeamte mit Aufmerksamkeitsdefizit

Eine Erkrankung an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) steht nach Ansicht des Verwaltungsgerichts Berlin einer Einstellung in den Polizeivollzugsdienst nicht immer entgegen.



In dem hier vom Verwaltungsgericht Berlin entschiedenen Fall bewarb sich der 1993 geborene Kläger 2014 für den gehobenen Dienst der Schutzpolizei im Land Berlin. Diese lehnte seine Bewerbung unter Berufung auf dessen Erkrankung an ADHS ab. Der Bewerber könne daher Aufgaben und

Tätigkeiten nicht ausführen, die besondere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, das Reaktionsvermögen, die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit und die Merkfähigkeit stellen. Auch sei er komplexen Arbeitsvorgängen nicht gewachsen, die mit einem Drei-Schicht-Betrieb und mit Zeitdruck verbunden seien. An Polizisten seien zudem wegen deren Befugnis, Waffen zu tragen, besondere Anforderungen an die gesundheitliche Eignung zu stellen. Der Bewerber berief sich demgegenüber darauf, dass die Erkrankung lediglich bis zu seinem 19. Lebensjahr medikamentös behandelt worden sei; seitdem hätten sich keine Symptome mehr gezeigt.

Das Verwaltungsgericht Berlin stellte nach Einholung eines Sachverständigengutachtens fest, dass die Nichteinstellung des Bewerbers rechtswidrig war:

Er sei, so das Verwaltungsgericht, nach den Feststellungen des Gutachters aktuell nicht dienstunfähig; die Krankheit habe zwar im Kindes- und Jugendalter vorgelegen, er weise jedoch keine Symptomatik einer ADHS im Erwachsenenalter mehr auf. Neuropsychologische Tests bescheinigten dem Bewerber in allen Bereichen normgerechte oder sogar überdurchschnittliche Ergebnisse und gerade keinerlei für ADHS typische neuropsychologische Defizite. In seinem Fall sei auch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass er wegen dauernder Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt oder bis zur Pensionierung über Jahre hinweg regelmäßig krankheitsbedingt ausfallen werde. Auch wenn ein erneuter Ausbruch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne, sei dies mit Blick auf seinen aktuellen Gesundheitszustand unwahrscheinlich.

Weder Art. 33 Abs. 2 GG noch die zu seiner Konkretisierung ergangenen beamtenrechtlichen Vorschriften gewähren allerdings einen Anspruch auf Begründung eines Beamtenverhältnisses. Die Ernennung eines Bewerbers zum Beamten auf Widerruf (vgl. § 6 der Verordnung über die Laufbahnen der Beamtinnen und Beamten des Polizeivollzugsdienstes – Schutzpolizei, Kriminalpolizei, Gewerbeaufsichtsdienst – Pol-LVO) steht vielmehr im pflichtgemäßen Ermessen des Dienstherrn, der innerhalb des ihm durch die verfassungsrechtlichen und beamtenrechtlichen Vorschriften gesetzten Rahmens sowohl den Bedarf an Beamten als auch die aus seiner Sicht maßgeblichen Eignungs-, Befähigungs- und Leistungskriterien (vgl. Art. 33 Abs. 2 GG) bestimmen kann. Bei der geforderten Eignungsbeurteilung hat der Dienstherr immer auch eine – gerichtlich voll überprüfbar¹ – Entscheidung darüber zu treffen, ob der Bewerber den Anforderungen des jeweiligen Amtes in gesundheitlicher Hinsicht entspricht (§ 5 Nr. 4 Pol-LVO). Es obliegt dem Dienstherrn, die körperlichen Anforderungen der jeweiligen Laufbahn zu bestimmen. Hierbei steht ihm ein weiter Einschätzungsspielraum zu,

bei dessen Wahrnehmung er sich am typischen Aufgabenbereich der Ämter der Laufbahn zu orientieren hat. Sofern der Vorbereitungsdienst – wie vorliegend – nicht als allgemeine Ausbildungsstätte im Sinne von Art. 12 Abs. 1 GG zu qualifizieren ist, muss sich die gesundheitliche Eignung sowohl an den Anforderungen des Vorbereitungsdienstes als auch an denen des auf Lebenszeit zu übertragenden Amtes messen lassen². Die vom Dienstherrn getroffenen Vorgaben bilden den Maßstab, an dem die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit der Bewerber zu messen ist. Die Beurteilung der Eignung eines Bewerbers für das von ihm angestrebte öffentliche Amt bezieht sich nicht nur auf den gegenwärtigen Stand, sondern auch auf die künftige Amtstätigkeit und enthält eine Prognose, die eine konkrete und einzelfallbezogene Würdigung der gesamten Persönlichkeit des Bewerbers verlangt. Die Prognose erfasst den Zeitraum bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze³. Nach der neueren Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts kann eine gegenwärtig vorhandene gesundheitliche Eignung wegen künftiger Entwicklungen nur verneint werden, wenn tatsächliche Anhaltspunkte die Annahme rechtfertigen, dass der Bewerber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze wegen dauernder Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt werde⁴ oder er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis zur Pensionierung über Jahre hinweg regelmäßig krankheitsbedingt ausfallen und deshalb eine erheblich geringere Lebensdienstzeit aufweisen werde⁵. Auf dieser Grundlage muss festgestellt werden, ob ein Bewerber, dessen Leistungsfähigkeit – etwa aufgrund eines chronischen Leidens – gemindert ist, den Anforderungen gewachsen ist, die die Ämter einer Laufbahn an die Dienstausbildung stellen.

Dieser Maßstab für die gesundheitliche Eignung von Beamtenbewerbern gilt auch für Einstellungen in den Polizeivollzugsdienst. Entgegen der Auffassung des Polizeipräsidenten gibt es keinen Anlass, im Falle von Beamtenbewerbern für den Polizeivollzugsdienst einen anderen Wahrscheinlichkeitsmaßstab als bei anderen Beamtenbewerbern anzulegen und weiterhin bloße Zweifel an der gesundheitlichen Eignung des Bewerbers für eine Ablehnung der Einstellung ausreichen zu lassen⁶. Zwar erscheint es nach den oben dargelegten Voraussetzungen sachgerecht, wenn der Dienstherr im Einklang mit der Wertung des Gesetzgebers in § 105 Abs. 1 LBG für den Polizeivollzugsdienst besondere körperliche Anforderungen aufstellt. Daraus folgt sodann, dass der Polizeidienstbewerber seine individuelle körperliche Leistungsfähigkeit an einem strengerem Maßstab messen lassen muss als der Beamtenbewerber für den allgemeinen Verwaltungsdienst. Hinsichtlich der auf medizinischer Tatsachenbasis zu beantwortenden Frage, ob die Leistungsfähigkeit des einzelnen Bewerbers

diesen höheren Anforderungen genügt, kann jedoch nichts anderes gelten als für andere Beamtenbewerber. Das Bundesverwaltungsgericht entwickelte den oben beschriebenen Maßstab als verhältnismäßigen Ausgleich zwischen dem Bewerbungsverfahrenanspruch des Art. 33 Abs. 2 und den in Art. 33 Abs. 5 GG verankerten hergebrachten Grundsätzen des Lebenszeits- und des Alimentationsprinzips. Seine Ausführungen beziehen sich nicht nur auf die Bewerbung für das – dort streitgegenständliche – Lehramt bzw. den allgemeinen Verwaltungsdienst, sondern allgemein auf Beamtenbewerber und nehmen die Anforderungen der jeweiligen Laufbahn – und damit gerade auch Laufbahnen mit anderen körperlichen Anforderungen wie den Polizeivollzugsdienst – in den Blick⁷.

Der hohe Stellenwert der von Polizeivollzugsbeamten zu erledigenden Aufgaben im Bereich der Gefahrenabwehr gebietet ebenso wenig eine abweichende Beurteilung wie der Umstand, dass Polizeivollzugsbeamte aufgrund ihrer Waffentragereignenschaft ein erhebliches Gefährdungspotential aufweisen. Da die Voraussetzungen für eine Polizeidienstunfähigkeit bei Bestandsbeamten unverändert gelten (§ 105 LBG), kommt ein Einsatz leistungsgeminderter Beamter bei Nichterfüllung der körperlichen Anforderungen nicht in Betracht, so dass Auswirkungen auf die Qualität der Gefahrenabwehr nicht zu befürchten sind. Zudem müssten die widerstreitenden Rechtsgüter zu einem verhältnismäßigen Ausgleich gebracht werden. Unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit böte sich bei chronischen Erkrankungen mit ungewissem Verlauf statt der Ablehnung der Einstellung des Polizeidienstbewerbers eine regelmäßige amtsärztliche Vorstellung als das mildere Mittel an.

Nach dem somit anzulegenden Maßstab ist nach dem Ergebnis der gutachterlichen Untersuchung der Bewerber weder aktuell polizeidienstunfähig, noch liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Bewerber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze wegen dauernder Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt werden oder er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis zur Pensionierung über Jahre hinweg regelmäßig krankheitsbedingt ausfallen und deshalb eine erheblich geringere Lebensdienstzeit aufweisen würde. Der Polizeipräsident ist daher fehlerhaft von der fehlenden gesundheitlichen Eignung des Bewerbers für den Polizeivollzugsdienst ausgegangen.

Der Bewerber ist zunächst aktuell nicht polizeidienstunfähig. Dies steht zur Überzeugung des Verwaltungsgerichts nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung fest.

In Auseinandersetzung mit den aktenkundigen Befunden und Unterlagen, dem Ergebnis seiner eigenen ausführlichen Untersuchung sowie dem neuropsychologischen

Zusatzgutachten legen die Gutachter in ihren Gutachten nachvollziehbar und überzeugend dar, dass der Bewerber aktuell polizeidienstfähig sei.

Die Gutachter führen aus, dass bei dem Bewerber keine HKS, im Speziellen keine ADHS im Erwachsenenalter vorliege. Es könne mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund der Diagnosestellung durch fachlich fundierte Mediziner und der den Gutachtern vorliegenden Dokumente zwar davon ausgegangen werden, dass beim Bewerber eine ADHS bzw. HKS nach ICD10: F90.x im Kindes- und Jugendalter vorgelegen habe. Im Rahmen psychischer Erkrankungen könne nicht wie bei rein körperlichen Erkrankungen von einer "Heilung" gesprochen werden. Die Krankheit des Bewerbers weise jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine (zumindest erkennbare) Symptomatik auf, sie sei aufgrund einer prozesshaften positiven Entwicklung des Bewerbers aktuell remittiert. Eine solche Remission sei den statistischen Zahlen nach nicht die Regel, sei aber möglich und im Falle des Bewerbers auch eingetreten. Die Gutachter legen dabei zur Diagnose die international anerkannten und verwandten Wender-Utah-Kriterien für die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter an. Diese beschreiben sieben Kriterien (Aufmerksamkeitsstörung, motorische Hyperaktivität oder innere Unruhe, Affektlabilität, desorganisiertes Verhalten, verminderte Affektkontrolle, Impulsivität und emotionale Überreagibilität), von denen für die Diagnose einer ADHS zumindest vier, davon die ersten beiden obligatorisch, erfüllt sein müssen. In nachvollziehbarer Weise kommen die Gutachter zum Ergebnis, dass der Bewerber zum maßgebenden Zeitpunkt keines der sieben Kriterien erfüllte. Auch konnten die Gutachter beim Bewerber keine weitere psychische oder psychiatrische Auffälligkeit von krankheitsrelevantem Wert feststellen. Der Polizeipräsident ist dieser Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes des Bewerbers in der mündlichen Verhandlung nicht entgegengetreten.

Maßgeblich stellen die Gutachter auf die neuropsychologischen Tests ab, die dem Bewerber in allen Bereichen normgerechte oder sogar überdurchschnittliche Ergebnisse bescheinigten, hingegen keinerlei für ADHS typische neuropsychologische Defizite erkennen ließen. Es ist zur Überzeugung des Verwaltungsgerichts nicht zu beanstanden, dass die Gutachter die Ergebnisse, die der Bewerber in den zahlreichen neuropsychologischen Tests erzielte, als verlässlich in dem Sinne bewertet haben, dass sich zwar Hinweise auf mögliche Dissimulationstendenzen des Bewerbers fanden, diese jedoch der Untersuchungssituation geschuldet waren. Zwar kommt der neuropsychologische Zusatzgutachter zu dem Ergebnis, dass Dissimulationstendenzen festzustellen waren. Die Gutachter halten in der Bewertung des Zusatzgutachtens jedoch fest, dass die

Hinweise auf die Dissimulation geringgradig und nur partiell waren. Dem Bewerber sei keine prinzipielle Bagatellisierung unattraktiver Psychopathologien nachzuweisen. Er habe sich vielmehr um eine Darstellung der eigenen Person ausgerichtet an den Erwartungen an einen angehenden Polizisten bemüht; die Dissimulationstendenzen seien damit insbesondere kein Symptom einer ADHS oder eines HKS.

Die Gutachter kommen auf dieser Grundlage zu dem Schluss, dass das kognitive Leistungsprofil des Bewerbers ihn für den Polizeivollzugsdienst besonders geeignet erscheinen lasse. Dabei nehmen die Gutachter – anders als vom Polizeipräsidenten vorgetragen – durchaus die besonderen Anforderungen des Polizeivollzugsdienstes in den Blick, stellen diese im Gutachten zutreffend und ausführlich dar und messen die Leistungsfähigkeit des Bewerbers an diesen Anforderungen. Es ist daher nachvollziehbar und für das Verwaltungsgericht überzeugend, wenn die Gutachter im Hinblick auf die vollständige Remission der Erkrankung zu dem Schluss gelangen, dass auch unter Einbeziehung der Ergebnisse des Bewerbers im Rahmen des polizeilichen Einstellungsverfahrens der Bewerber als zum jetzigen Zeitpunkt "nahezu gesund" zu bezeichnen und er infolgedessen zum jetzigen Zeitpunkt uneingeschränkt polizeidienstfähig in dem im Beweisbeschluss beschriebenen Sinne sei.

Ebenso liegen nach Ergebnis der mündlichen Verhandlung zur Überzeugung des Verwaltungsgerichts keine Anhaltspunkte für eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu befürchtende negative Prognose des künftigen Gesundheitszustands des Bewerbers vor. Auch insoweit folgt das Verwaltungsgericht dem fundierten, auf der Grundlage der ihm vorliegenden Befunde und weiterer Unterlagen, eigener Untersuchung des Bewerbers und umfangreicher neuropsychologischer Tests erarbeiteten und schlüssigen Gutachten des Sachverständigen.

Die prognostische Beurteilung, ob der Bewerber den gesundheitlichen Anforderungen der jeweiligen Laufbahn voraussichtlich genügen wird, ist aufgrund einer fundierten medizinischen Tatsachenbasis zu treffen⁸. Der Arzt muss das Ausmaß der Einschränkungen feststellen und deren voraussichtliche Bedeutung für die Leistungsfähigkeit sowie für die Erfüllung der dienstlichen Anforderungen medizinisch fundiert einschätzen. Er muss in seiner Stellungnahme Anknüpfungs- und Befundtatsachen darstellen, seine Untersuchungsmethoden erläutern und seine Hypothesen sowie deren Grundlage offenlegen. Auf dieser Grundlage hat er unter Ausschöpfung der vorhandenen Erkenntnisse zum Gesundheitszustand des Bewerbers eine Aussage über die voraussichtliche Entwicklung des Leistungsvermögens

zu treffen, die den Dienstherrn und das Gericht in die Lage versetzt, die Rechtsfrage der gesundheitlichen Eignung eigenverantwortlich zu beantworten⁹. Das Sachverständigen-gutachten genügt diesen Anforderungen.

Die Gutachter stellen überzeugend und schlüssig dar, dass nur eine geringe Wahrscheinlichkeit der vorzeitigen Dienstunfähigkeit aufgrund der (im Kindes- und Jugendalter bestehenden) ADHS des Bewerbers bestehe. Wie bei nahezu allen psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen sei unter bestimmten Stressfaktoren ein erneutes Auftreten von Symptomen in der Zukunft, selbst bei aktueller Remission, möglich. Die Gutachter gingen zwar im Lichte aller vorliegenden Unterlagen sowie nach Exploration des Bewerbers und kritischer Würdigung der Anknüpfungstat-sachen davon aus, dass ein erneuter Ausbruch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sei, der aktuelle Gesundheitszustand des Bewerbers es jedoch unwahrscheinlich mache.

Konsequent kommen die Gutachter daher zum Ergebnis, dass im Falle des Bewerbers (Remission der ADHS im Erwachsenenalter) nicht davon ausgegangen werden könne, dass der Bewerber über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren dauerhaft dienstunfähig erkranken oder vorzeitig in den Ruhestand versetzt werde. Es gebe zwar keine Studien, die sich zu einer Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens einer ADHS nach erfolgter Remission äußere. Den Gutachtern sei daher nur eine grundsätzliche, aber gut zu begründende Risikoabschätzung möglich. Hinsichtlich der bekannten Komorbiditäten, die beim Bewerber nicht vorlägen oder vorgelegen hätten, sei die Auftretenswahrscheinlichkeit zu unabhängig von der zu Grunde liegenden ADHS im Kindes- und Jugendalter, als dass sie in eine Prognose der Dienstfähigkeit einbezogen werden müssten. Insgesamt schätzen die Gutachter im Lichte aller ihnen vorliegenden Unterlagen und Befunde die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines der oben beschriebenen Fälle mit unter zehn Prozent ein.

Verwaltungsgericht Berlin, Urteil vom 6. Juni 2016 – VG 26 K 29.15

1. vgl. BVerwG, Urteil vom 25.07.2013 – BVerwG 2 C 12.11

2. vgl. BVerwG, Urteil vom 09.06.1981 – BVerwG 2 C 48/78

3. vgl. hierzu BVerwG, Urteil vom 25.07.2013, a.a.O., Rn. 12 ff.

4. BVerwG, Urteil vom 25.07.2013, a.a.O., Rn. 16

5. BVerwG, Urteil vom 30.10.2013 – BVerwG 2 C 16/12

6. vgl. auch VG Berlin, Urteil vom 21.03.2013 – VG 7 K 117.13

7. vgl. BVerwG, Urteil vom 25.07.2013, a.a.O., Rn. 12 ff.

8. vgl. BVerwG, Urteil vom 30.10.2013, a.a.O., Rn.20

9. vgl. BVerwG, Urteil vom 25.07.2013, a.a.O., Rn. 22 f.; und vom 30.10.2013, a.a.O., Rn. 31

Quelle: Rechtslupe.de, Nachrichten aus Recht und Steuern – Praetor Intermedia, Bonn

Borderline-Persönlichkeitsstörung und AD(H)S – gibt es einen möglichen Zusammenhang?



Dr. Helga Simchen

In meiner klinischen Tätigkeit habe ich Jugendliche und Erwachsene mit einer Borderline-Symptomatik kennengelernt und sie als Herausforderung für das therapeutische Team erlebt. Denn sie unterschieden sich durch ihre intensive Wahrnehmung, verbunden mit überschießenden Verhaltensweisen, deutlich vom Gros der Patienten. Ungewollt wurden sie schnell zu Problempatienten, die dem therapeutischen Team seine Grenzen zeigten und manchen Therapeuten dazu brachten, an seinem Können zu zweifeln. Den Borderline-Patienten entgeht nichts! Im stationären Bereich sind sie meist Einzelgänger, die aus dem Hintergrund agieren. Sie reagieren überschießend, meist aggressiv, da sie sich immer gleich angegriffen fühlen. Von den Mitpatienten werden sie wegen ihrer unberechenbaren Reaktionen gemieden, ihr Erscheinen verbreitet Stress.

In der Therapie sind sie einsichtig, klagen aber darüber, dass sie sich unter Stress an keine Vorsätze erinnern können.

Als Leiter einer Station hatte ich Mühe, dem Betreuungspersonal das Verhalten dieser „ungekrönten Könige“ verständlich zu machen und andere Patienten zu schützen. Denn wer ihnen widersprach wurde angegriffen, schwach empfundene Patienten (z. B. die Magersüchtigen) wurden verspottet. Depressive dagegen wurden von ihnen beschützt und verteidigt. Ihnen gegenüber erlebte ich die Borderline-Patienten fürsorglich.

Auch als Gerichtsgutachter hatte ich es schwer, dem Gericht die Fassungslosigkeit des Borderline-Täters seiner Tat gegenüber verständlich zu machen. Die sich bei empfundener Kränkung ständig wiederholenden „kleinen Delikte“, wie z. B. Beamtenbeleidigungen, Beschimpfungen oder spontane Handgreiflichkeiten, sind typisch für ein ausgeprägtes Borderline-Syndrom. Ein großer Gerechtigkeitssinn bei starker Empfindlichkeit führt bei ihnen unter Stress zum Kontrollverlust mit unangemessenen Reaktionen.

Ein Borderline-Patient leidet ständig unter einem extrem hohen Stresspegel, der – wenn er gereizt wird –

sein Denken und Handeln auf die Abwehr vermuteter Angriffe zentriert. Alle Vorsätze und Reaktionen des sozialen Umfeldes werden dabei je nach Schwere des Betroffenseins ausgeblendet.

Die Entwicklung einer ausgeprägten Borderline-Symptomatik beginnt im Kindesalter und zieht sich über das Jugendalter noch viele Jahre bis Jahrzehnte hin. Sie beginnt immer mit Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung wegen mangelhafter Impulssteuerung und extremer Gefühlsschwankungen, was über längere Zeit oft toleriert wird, bis dann weitere Symptome hinzukommen, die erst in ihrer Summe auf eine beginnende Persönlichkeitsstörung hindeuten.

Wenn von den folgenden Symptomen mindestens fünf ständig vorhanden sind, könnte eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegen:

- Eine in der frühen Kindheit begonnene Fehlentwicklung in der emotionalen Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Kind und dem sozialen Umfeld.
- Die Entwicklung unreifer Abwehrmechanismen mit Rückzug, Regression, Verleugnung, etwas wegnehmen, überschießendes und aggressives Reagieren
- Eine mangelnde Impulskontrolle mit der Unfähigkeit, seine Reaktionen zu bremsen
- Unterschiedliche und wechselnde Ängste mit depressiven Tendenzen
- Mangelhafte Unterscheidungsfähigkeit zwischen Realität und Spiel
- Ausgeprägte Stimmungsschwankungen mit heftigen emotionalen Reaktionen
- Selbstverletzungen bei innerer Verunsicherung als aggressive Abwehr
- Ein chronisches Gefühl der Leere und Langweile mit dem verzweifelten Bemühen, Alleinsein zu verhindern
- Permanente emotionale Instabilität mit aggressiven und depressiven Reaktionen

Eine Behandlung einer typischen Borderline-Persönlichkeitsstörung mit ihren dysfunktionalen Schemata im Denken und Handeln, die, wenn sie schon über viele Jahre bestehen und sich im Gehirn „eingeschliffen“, also automatisiert haben, ist extrem schwierig.

Die Betroffenen entwickeln ein starres und unflexibles Verhalten, das dem Selbstschutz dient und ihnen innere Sicherheit gibt. Deshalb können und wollen sie dieses Verhalten nicht so einfach aufgeben. Es hat sich automatisiert und ist somit zum festen Bestandteil ihrer Persönlichkeit geworden. Psychotherapien gegenüber verhalten sie sich sehr skeptisch, denn meist hatten sie schon viele mit negativen Erfahrungen und Enttäuschungen. Bisherige Medikamente veränderten vorübergehend ihre Persönlichkeit, halfen aber auf Dauer wenig. Eine ursachenorientierte Behandlung könnte eine Lösung sein.

Als neurobiologische Besonderheit besteht beim Borderline-Syndrom eine Dysfunktion des Mandelkerns, dem Spannungsgenerator im Limbischen System. Das Belohnungssystem reagiert zu wenig, das Angstsystem dagegen zu stark, was das Zusammenspiel dieser beiden wichtigen Zentren beeinträchtigt.

Mit dem wissenschaftlichen Nachweis, dass ein AD(H)S bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben kann und einzelne Borderline-Symptome in Miniaturform auch beim AD(H)S in abgeschwächter Form vorkommen können, denken immer mehr erfahrene AD(H)S-Ärzte und auch Betroffene darüber nach, ob ein ausgeprägtes AD(H)S unter anhaltend ungünstigen sozialen Bedingungen, unter großer Belastung und fehlender Therapie sich im Laufe vieler Jahre zur Borderline-Störung entwickeln kann. Eine interessante Frage wäre, wie viele Borderline-Patienten haben Verwandte ersten Grades, die ein AD(H)S mit und ohne Hyperaktivität haben. Diesen Zusammenhang zu erkennen, könnte helfen, durch eine frühzeitige multimodale AD(H)S-Therapie die Entwicklung einer schweren Borderline-Persönlichkeitsstörung zu verhindern. Vielleicht würden dann Stimulanzien die Betroffenen motivieren, ein erfolgreiches individuelles Verhaltensmanagement zu praktizieren. Stimulanzien könnten dem Gehirn helfen, Stress zu reduzieren und durch ständiges Üben neue Verhaltensbahnen anzulegen.

Ich persönlich bin der Meinung, wenn man nach frühen Symptomen in der Informationsverarbeitung und nicht nur nach Hyperaktivität in der Anamnese gezielt sucht, würde man nicht nur bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, sondern auch beim Borderline-Syndrom eine unbehandelte, schwere AD(H)S-Problematik bei einigen Betroffenen finden. Das könnte auch bedeuten, dass es

mit der zunehmend besseren Behandlung von AD(H)S in allen Altersgruppen in Zukunft weniger Patienten mit einer Borderline-Störung geben würde.

AUTORIN | Dr. Helga Simchen

Die Thematik eines möglichen Zusammenhangs zwischen Borderline und AD(H)S ist sehr vielschichtig und es gibt auch andere Überlegungen hierzu. Daher veröffentlichen wir in der kommenden Ausgabe der **neue AKZENTE** einen weiteren Artikel zu dieser Frage.
ADHS Deutschland e. V.

Stellungnahme

des zentralen adhs-netzes zur pharmakologischen Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) bei Senioren

Nach heutigem Verständnis handelt es sich bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) um eine psychische Störung mit Beginn in der Kindheit, die sich über die Adoleszenz bis in das Erwachsenenleben erstrecken kann. Aktuelle epidemiologische Daten zeigen, dass selbst bei Senioren eine ADHS-Symptomatik nachgewiesen werden kann. Eine niederländische Studie ergab eine Prävalenz von 2.8% (Michielsen et al., 2012). Die mit der ADHS einhergehenden Einschränkungen im Alltag sind denen des jüngeren Erwachsenenalters vergleichbar (Kooij et al., 2016). Insofern stellt sich die Frage, welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen, wenn eine ältere Person um Therapie nachsucht und eine ADHS gesichert werden kann. In der Literatur finden sich keine randomisierten Doppelblindstudien, man stößt lediglich auf Fallberichte (Manor et al., 2011), die indizieren, dass therapeutische Effekte und Nebenwirkungsprofile von Stimulanzien zwischen jüngeren und älteren Erwachsenen keine grundsätzlichen Unterschiede erkennen lassen. Die existierenden evidenzbasierten Leitlinien zur ADHS-Behandlung äußern sich bisher nicht zu der hier angeschnittenen Frage.

In Deutschland sind derzeit 3 Präparate für die Initiierung einer pharmakologischen Therapie bei Erwachsenen mit ADHS zugelassen. Es handelt sich um die beiden Methylphenidat-Präparate Medikinet® adult und Ritalin®

adult. Hinzu kommt der nicht zu den Stimulanzien zählende Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer Atomoxetin (Handelsname: Strattera®). Die Verschreibung dieser Mittel ist im Erwachsenenalter ab dem Alter von 18 Jahren möglich.

Eine generelle Zulassung zur Behandlung von Senioren ist damit allerdings nicht verbunden. In der Arzneimittelinformation von Medikinet® adult und Ritalin® adult findet sich der Hinweis, dass eine Verschreibung bei älteren Menschen nicht vorgenommen werden soll, und bei Strattera® wird ausgeführt, dass für die Behandlung von Personen ab dem 65. Lebensjahr keine Erfahrungswerte vorliegen. Dies bedeutet, dass die Methylphenidat-Präparate nur im Wege einer off-Label Verschreibung angewendet werden können. Für Strattera® existiert zwar kein ausdrückliches Nicht-Verschreibungsgebot, indessen ist der Verweis auf die fehlenden Erfahrungen bei Menschen ab dem 65. Lebensjahr ein deutlicher Warnhinweis, dass die Verschreibung nicht unproblematisch sein kann.

Trotz des spärlichen und erweiterungsbedürftigen empirischen Wissens kann nach Einschätzung der Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat-Präparaten oder mit Atomoxetin auch bei Senioren indiziert sein. Damit sind

Senioren gemeint, bei denen schon früher eine ADHS diagnostiziert und behandelt wurde, aber auch Personen bei denen die Diagnose erstmals nachgewiesen wurde und eine Behandlung erforderlich ist. In dieser Altersgruppe muss grundsätzlich bei jeder Medikamentengabe auf Interaktionen mit anderen Krankheiten (insbesondere kardiovaskulären) und altersassoziierte pharmakokinetische Veränderungen in Bezug auf mögliche unerwünschte Medikamentenwirkungen geachtet werden.

AUTOREN | Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes, 06.02.2018; **Manfred Döpfner**, Köln; **Tobias Banaschewski**, Mannheim; **Michael Rösler**, Homburg; **Klaus Skrodzki**, Forchheim

Literatur:

Kooij, J. S., Michielsen, M., Kruithof, H., & Bijlenga, D. (2016). ADHD in old age: a review of the literature and proposal for assessment and treatment. *Expert review of neurotherapeutics*, 16, 1371-1381.

Manor, I., Rozen, S., Zemishlani, Z., Weizman, A., & Zalsman, G. (2011). When does it end? Attention-deficit/hyperactivity disorder in the middle aged and older populations. *Clinical neuropharmacology*, 34, 148-154.

Michielsen, M., Semeijn, E., Comijs, H. C., van de Ven, P., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & Kooij, J. S. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 298-305

ALLGEMEINES

Zehn Mythen und Fakten Was auch immer Sie über ADHS denken: Stimmt das?

Sie wissen, wofür die Abkürzung ADHS steht: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Aber sind Sie sicher, dass Sie Mythen und Fakten nicht verwechseln? Lesen Sie den wichtigen Gastbeitrag von Marc Edel, Experte für ADHS im Erwachsenenalter.

Mythos 1: ADHS ist selten und kommt nur im Kindesalter vor.

ADHS ist eine der häufigsten psychiatrischen Diagnosen, auch bei Erwachsenen. 2 bis 3 Prozent aller Erwachsenen weltweit haben die Störung, aber nur bei einem Teil

von ihnen wurde sie jemals gestellt. Die ADHS-Symptomatik nimmt grundsätzlich im Lauf des Lebens ab, bei den meisten Betroffenen im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter, bei manchen erst im mittleren Erwachsenenalter und bei einigen wenigen erst sehr spät im Leben.

Mythos 2: ADHS ist keine richtige Diagnose.

ADHS ist eine der am besten erforschten psychiatrischen Diagnosen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Diagnose wurde – nach einem jahre- bis jahrzehntelangen Forschungs- und Abstimmungsprozess unter

Fachleuten – in beide weltweit wichtigen psychiatrischen Diagnose-Systeme (ICD-10 und DSM-IV/5) aufgenommen. Für die Diagnose, die im psychiatrischen Bereich „Störung“ und nicht „Krankheit“ genannt wird, ist nicht in erster Linie die Schwere der Symptomatik entscheidend, sondern die Beeinträchtigung durch die Symptome in wichtigen Lebensbereichen. Der wichtigste Zweck einer psychiatrischen Diagnose ist übrigens nicht die Einordnung und Bezeichnung eines Syndroms, sondern die Ermöglichung von „störungsspezifischer“ Therapie.

Mythos 3: Die Diagnose ADHS wurde von der Pharmaindustrie in die Welt gesetzt beziehungsweise wird von ihr gefördert, um Gewinne mit Stimulanzien (Methylphenidat und Amphetamin) zu machen.

Es stimmt, dass die Pharmaindustrie Gewinne auch mit Stimulanzien macht. Das ist normal. Die Aufnahme der Diagnose ADHS in Klassifikationssysteme erfolgte erst einmal unabhängig von der Pharmaindustrie. Von der Industrie geförderte Therapiestudien bestätigten allerdings später die Richtigkeit und Berechtigung der Diagnose: 1. zeigte der positive Einfluss der Medikamente auf das Dopamin-Botstoffsystem, dass dieses System tatsächlich bei ADHS nicht gut funktioniert und 2. kommt es unter der Medikation meistens zu einer deutlichen Abnahme von ADHS-Symptomen und dadurch zu Reduzierung von Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen und zu einer Verbesserung der Lebensqualität.

Mythos 4: Menschen mit dieser Diagnose rechtfertigen ihre Faulheit oder Undiszipliniertheit damit.

Viele Studien und die Interviews mit Betroffenen zeigen, dass sich Menschen mit ADHS durchaus konzentrieren, strukturieren, regulieren, beruhigen und mit anderen gut zurecht kommen wollen, dies oft sogar verzweifelt versuchen, es aber aufgrund ihrer ADHS-Symptome einfach nicht schaffen. Ihnen zu unterstellen, sie bemühten sich eben nicht richtig, oder eine verständnisvolle Psychotherapie würde das Problem ohne Weiteres beseitigen, bedeutet, die Betroffenen nicht wirklich ernst zu nehmen.

Mythos 5: Lebensumstände wie Stress-Phasen bewirken ADHS-Symptome.

Es stimmt, dass Stress, zum Beispiel durch private oder berufliche Konflikte, ADHS-Symptome verstärken kann, Stress ist aber nicht die Ursache für ADHS-Symptome. Die Ursachen sind zu etwa 75 Prozent genetischer Art, und Umweltfaktoren können eine ADHS-Neigung (in der Kindheit) zur Ausprägung bringen oder ADHS-Symptome verstärken.

Mythos 6: Methylphenidat kann süchtig machen.

Theoretisch kann auch Methylphenidat süchtig machen. In der psychiatrischen Arbeit ist das jedoch kein The-

ma. Die für Erwachsene mit ADHS zugelassenen beiden Methylphenidat-Präparate (Medikinet adult® und Ritalin Adult®) sind beide Retard-Präparate, das heißt Medikamente mit verzögerter Freisetzung des Wirkstoffs. Auch die Dosierung (so wenig wie möglich, so viel wie nötig) ist bei Patienten mit ADHS nicht geeignet, um Sucht zu erzeugen. Patienten mit einer ADHS plus einer Suchterkrankung dürfen, solange sie Suchtsubstanzen wie Alkohol, Cannabis oder Amphetamin konsumieren, kein Methylphenidat verordnet bekommen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Suchtneigung von ADHS-Patienten in der Jugend und im Erwachsenenalter abnimmt, wenn sie konsequent mit Methylphenidat behandelt werden.

Mythos 7: Stimulanzien blockieren Verhaltensveränderungen, zum Beispiel durch eine Psychotherapie.

Dies stimmt so nicht. Es gibt keine einzige Studie, die belegt, dass Methylphenidat oder Amphetamin die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung, das heißt die Zuversicht, Probleme aus eigener Kraft oder mit der geeigneten Unterstützung selbst lösen zu können und sich als handlungsfähig zu erleben, reduziert. Methylphenidat dürfte allerdings die Selbstwirksamkeitserwartung auch nicht direkt verbessern. Es ist aber so, dass eine Medikation bei den meisten Erwachsenen mit ADHS Voraussetzung für weitergehende Veränderungen im Rahmen von Lernprozessen (das heißt auch in einer Psychotherapie oder in einem Coaching) ist. Methylphenidat ersetzt also keine Lernvorgänge, kann aber eine bessere Grundlage für deren Erfolg ermöglichen.

Mythos 8: Menschen mit ADHS sind für viele Berufe ungeeignet.

Ich würde es eher andersherum und anders formulieren: Manche Berufe sind für Menschen mit ADHS weniger geeignet, aber gut therapiert können Betroffene eigentlich jeden Beruf erfolgreich ausüben. Wichtig ist, dass die Diagnose ADHS nicht nur Beeinträchtigungen, sondern auch besondere Fähigkeiten (Ressourcen) – wie Begeisterungsfähigkeit, Kreativität, Beharrlichkeit – mit sich bringt. Diese Ressourcen können in bestimmten Berufszweigen geradezu „zur Blüte gebracht“ werden.

Mythos 9: Menschen mit ADHS sollten gar nicht erst mit Medikamenten anfangen, weil sie diese ein Leben lang einnehmen müssten.

Meiner Erfahrung nach reicht es in den meisten Fällen, wenn eine Methylphenidat-Therapie für einige Jahre durchgeführt wird. Ich sammle gerade Erfahrungen damit, inwieweit eine mehrmonatige Neurofeedback-Therapie nach einigen Jahren die Beendigung der Medikation erleichtern beziehungsweise die Medikation ablösen könnte.

Mythos 10: Hinter der Diagnose ADHS im Erwachsenenalter stecken andere Störungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen.

Ja und nein: Es stimmt, dass bei einer unbehandelten ADHS im Erwachsenenalter das Risiko beziehungsweise die Häufigkeit zusätzlicher („komorbider“) Diagnosen zunimmt, und dass ein Teil der Symptome dieser zusätzlichen Störungen ADHS-Symptomen ähnlich sieht. Es ist aber wichtig, eine mögliche ADHS, die gegebenenfalls ja als erste Diagnose da war, und die weitere Störungen begünstigt haben könnte, nicht zu übersehen: Einmal als Erklärungsmodell für die Betroffenen, vor allem aber, um gezielte Therapie anbieten und dadurch die Stärke und Auswirkungen der komorbiden Störungen reduzieren zu können.

AUTOR | Dr. Marc Edel

Dr. Marc Edel ist Chefarzt der Fliedner Klinik Gevelsberg (Ambulanz und Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie. Er hat eine Spezialsprechstunde für ADHS im Erwachsenenalter aufgebaut, die er leitet.

Quelle: www.merkur.de

Wir bedanken uns beim Autor und dem **Münchner Merkur** für die freundliche Genehmigung zur Veröffentlichung des Artikels.

Tipps für den ADHS – Familienalltag

Ein Leben mit ADHS bringt ständige Herausforderungen mit sich - das kostet Kraft. Vor allem, wenn man als Elternteil selbst auch betroffen ist! Doch es ist möglich, dass der Alltag entspannter wird. Das berichten mir immer wieder Eltern, die an meinen Elterntrainings teilgenommen haben. Ich möchte in diesem Artikel einige Anregungen geben.

Darum ist der erste Tipp: Nehmen Sie an einem **ADHS-Elterntaining** teil! Dort lernen Sie, ihr Kind bes-

ser zu verstehen und besser mit ihm umzugehen. Dazu gehört zu verstehen, welche Auswirkungen die andere Netzwerknutzung im Gehirn eines Kindes mit ADHS hat. Und Sie können sich dort mit anderen Eltern austauschen. Das gilt auch für **ADHS-Selbsthilfegruppen**, die sehr entlastend und informativ sein können. Je mehr hilfreiches Wissen Sie über ADHS haben, umso besser werden Sie den herausfordernden Alltag bewältigen können!

Der Begriff ADHS beinhaltet in diesem Artikel sowohl ADHS mit als auch ohne Hyperaktivität.

Was kann noch helfen, dass der Alltag entspannter wird? Einige praxisbewährte Anregungen dazu:

→ Kinder mit ADHS haben Probleme mit Umstellungen. Sie brauchen eine **Ankündigung** vor einer Umstellung, etwas Neuem oder einer „Fahrplanänderung“. Hilfreich ist ein Küchenwecker, der als Ankündigung beispielsweise fünf Minuten vor dem Ende des Spielens läutet.

→ Bei einem Kind mit ADHS, das überreizt oder irritiert ist, kann die Stimmung unmittelbar kippen. Es kann heftig erregt sein und verletzende Dinge sagen. Nehmen Sie diese Äußerungen nicht persönlich! Versuchen sie, **tief durchzuatmen**, bevor Sie reagieren. Stellen Sie sich vor, vor Ihnen sei eine Plexiglasscheibe, an der die Aussagen Ihres Kindes abprallen.

→ Wenn das **Kind erregt** ist, möglichst die Stimme senken und den Blickkontakt meiden, weil sonst die Erregung steigt (in vielen anderen Situationen ist jedoch Blickkontakt sinnvoll!). Auch eine Auszeit kann hilfreich sein. Besprechen Sie vorher in einer ruhigen Minute mit dem Kind, wie das konkret aussehen wird, wenn ein gefühlsmäßiger „Vulkanausbruch“ drohen sollte. Machen Sie ein **Signalwort** wie „Abkühlen“ aus. Das bedeutet dann, dass das Kind die Situation verlässt und z. B. in sein Zimmer gehen wird. Wichtig ist, dass das Kind dies als Unterstützung, nicht als Strafe versteht!

→ **Gelassenheit** und liebevoller (nicht beschämender!) Humor sind Fertigkeiten, die trainierbar sind. Es lohnt sich, manches wird dadurch entspannter!

→ Weil der Alltag viel Kraft und Nerven kostet (Sie leisten oft Schwerstarbeit!), ist ein **positiver Ausgleich** wichtig. Tun Sie regelmäßig etwas, das Ihnen guttut, wo Sie auftanken können. Um Stresshormone abbauen zu können, ist Bewegung sehr gut. Planen Sie auch Zeiten ein, in denen Sie gemeinsam mit dem Kind etwas Schönes erleben können.

→ Die meisten Kinder mit ADHS haben ein schwaches Selbstwertgefühl. **Ermutigen** Sie das Kind, indem Sie seine Stärken im Blick haben. Erkennen Sie seine Anstrengungsbereitschaft an, auch wenn das Ergebnis nicht so toll ist! Vermitteln Sie ihm, dass es wertvoll und einmalig ist. Vielen Kindern (und Erwachsenen) mit ADHS gefällt die Geschichte über PUNCHINELLO von Max Lucado. Sie können sich gut mit dem „Loser“ PUNCHINELLO identifizieren. Und die Botschaft „Du bist einmalig!“ tut ihnen gut!

→ Immer wieder berichten mir Eltern, dass sie Erstaunliches erleben, wenn sie für ihre Kinder **beten**.

→ Kinder (und Erwachsene!) mit ADHS haben oft **„Wortwahl- und Tonfallallergien“**. Viele blockieren bei bestimmten Worten (du musst...) oder bei einem hektischen, genervten oder moralisierenden Tonfall. Sie bekommen dann nichts mehr mit und haben keinen Zugriff mehr zu ihrem Erfahrungswissen. Es kann sein, dass sie „bockig“ wirken – in Wirklichkeit wissen sie nicht, was sie tun sollen!

→ Wenn Sie ihr Kind zu etwas **auffordern**: Sie erreichen das Kind (und auch betroffene Erwachsene!) am besten, wenn Sie kurz, klar und freundlich bestimmt sagen, was Sie von ihm möchten. Sprechen Sie möglichst unaufgeregt und sachlich (am besten mit eher tiefer Stimme), so ist Ihre Chance größer, dass der andere hört, was Sie sagen! Formulieren Sie, was das Kind tun soll („Sei leise!“), statt zu sagen, was es nicht tun soll („Sei nicht so laut!“). Vermeiden Sie „Aufforderungsfragen“: „Könntest du bitte den Tisch abräumen?“ Solche Fragen könnten ein „Nein“ zur Folge haben!

Sie sind der „Chef im Ring“, strahlen Sie dies mit einer überzeugenden Stimme und Körperhaltung aus!

→ Manche Familien haben gute Erfahrungen mit Punktplänen gemacht. So wird erwünschtes Verhalten verstärkt und belohnt. Viele Eltern berichten jedoch, dass sie im Alltag diesen Plan oft vergessen haben. Hilfreicher waren in diesen Familien **Checklisten**. Da Kinder mit ADHS sehr vergesslich sind, brauchen sie Erinnerungen. Am besten sind **bildliche** oder bei Älteren **schriftliche Erinnerungshinweise**, zum Beispiel eine laminierte Checkliste, auf der die einzelnen Punkte fürs Aufräumen stehen. Das Abhaken der Punkte gibt ein gutes Gefühl. Wichtig ist, dass die Liste gut machbar und überschaubar ist. Das Bild einer durchgestrichenen Glühbirne half einem Kind, sich daran zu erinnern, das Licht im Bad auszumachen, nachdem wochenlanges mündliches Erinnern keinen Erfolg hatte!



→ Weil Kinder mit ADHS oft „Chaos im Kopf“ haben, helfen ihnen **klare Strukturen**, Regeln und Rituale. Dabei ist es sinnvoll, lieber weniger Regeln zu haben und diese konsequent umzusetzen, inklusive Konsequenzen bei Nichteinhaltung.

→ **Medikamente** sind für viele eine große Unterstützung, sie machen nicht körperlich abhängig. Kinder werden auch nicht ruhiggestellt, sondern sie können sich besser konzentrieren und können sich selbst besser steuern. Bei hohem Leidendruck sind sie oft eine unersetzbare Hilfe. Dazu ist eine Diagnostik bei einem ADHS-erfahrenen Arzt oder Therapeuten notwendig, der dann auch einen individuellen Behandlungsplan erstellt.

→ Eine Bitte an das Umfeld: Familien mit ADHS brauchen **Unterstützung** und nicht Verurteilung! Leider hören Eltern immer wieder Vorwürfe wie: „Wie kannst du deinem Kind nur Medikamente geben?“ oder „Wenn ihr das Kind anders erziehen würdet, wäre es nicht so!“ Solche Äußerungen zeigen, wie groß die Unwissenheit ist! ADHS wird nicht durch falsche Erziehung verursacht. Allerdings kann eine „ADHS-spezifische Erziehung“ (wie ich sie in diesem Artikel erläutere) dazu beitragen, dass der Alltag entspannter wird.

→ Kinder mit ADHS gehen manchmal Umwege. Der große Erfinder Thomas Alva Edison flog von der Schule. Er hatte vermutlich auch ADHS, doch er hatte eine Mutter, die an ihn glaubte. Kinder mit ADHS brauchen **jemanden, der an sie glaubt** und ihnen den Rücken stärkt. So können sie gestärkt durchs Leben gehen und ihr Potenzial entfalten!

→ Vielleicht waren das jetzt zu viele Punkte auf einmal für Sie: Suchen Sie sich nur einen Punkt heraus, der Sie gerade besonders anspricht und schreiben Sie diesen auf einen **Post-it-Zettel**. Heften Sie den an einen für Sie gut sichtbaren Ort als Erinnerungshilfe. Und dann schauen Sie, was passiert! Und freuen Sie sich über kleine Erfolge!

AUTORIN | Judith Gruhler

Sozialpädagogin und ADHS-Trainerin.
Sie lebt mit ihrer Familie in Laichingen bei Ulm und arbeitet schwerpunktmäßig mit Familien mit ADHS.

Verbreitete Irrtümer über ADHS

Über ADHS sind viele Irrtümer im Umlauf, die verunsichern und manchmal dazu führen, dass ADHS nicht erkannt wird und betroffene Kinder nicht die nötige Unterstützung bekommen. Der Begriff ADHS beinhaltet in diesem Artikel sowohl ADHS mit als auch ohne Hyperaktivität.

Verbreitete Irrtümer über ADHS, die immer wieder zu hören sind:

1. „Wenn sich ein Kind gut konzentrieren kann, kann es kein ADHS haben.“ Menschen mit ADHS können sich sehr gut konzentrieren, wenn etwas für sie persönlich spannend und interessant ist, aber nur dann. Sie haben Probleme, wenn etwas langweilig oder schwierig ist.

2. „Wer still sitzen kann, kann kein ADHS haben.“ Nicht nur Kinder ohne Hyperaktivität, die „Träumerchen“, können gut still sitzen. Selbst hyperaktive Kinder können

das, zum Beispiel beim Angeln. Aber es gelingt ihnen eben nur bei persönlichem Interesse (siehe 1.).

3. „Aufmerksamkeitsdefizit bedeutet, dass diese Kinder zu wenig Aufmerksamkeit bekamen.“ Dieser Irrtum stammt daher, dass das Belohnungs- und Motivationszentrum im Gehirn bei diesen Kindern ständig „hungrig“ ist. Deshalb fordern sie meist tatsächlich mehr Aufmerksamkeit ein.

4. „Mehr Jungen als Mädchen sind betroffen.“ Jungen bekommen eher die Hilfe und Unterstützung, die sie benötigen. Sie werden früher und häufiger diagnostiziert, weil sie sich durch die Hyperaktivität auffälliger verhalten als die oft eher ruhigen Mädchen. Durch die ADHS-typische Reizoffenheit mit Reizfilterschwäche sind die Mädchen oft hypersensibel im sozialen Kontext und bei hohem Eigeninteresse gelingt ihnen die Anpassung. Nicht selten ist dies auch eine Überanpassung mit früher Kontrollneigung, Ess- und Schlafstörungen, Depressionen oder Ängsten.

5. „Du könntest, wenn du wolltest. Gestern hast du es auch gekonnt.“ Es kann sein, dass das Gehirn aufgrund bestimmter Faktoren am Vortag „eingeschaltet“ war, zum Beispiel weil das Kind gute Laune hatte. Heute ist es nicht mehr „eingeschaltet“, weil das Kind Druck verspürt. Es hat dann keinen Zugriff mehr auf sein Aufmerksamkeitszentrum und ist deshalb nicht in der Lage, die Aufgabe zu lösen.

6. „Medikamente (Methylphenidat wie z.B. Ritalin) werden gegeben, um die Kinder ruhigzustellen und machen süchtig.“ Bei richtiger Dosierung helfen die Medikamente den Kindern, wacher und konzentrierter zu sein und verbessern die Selbststeuerung. Es entsteht nachweislich keine körperliche Abhängigkeit.

7. „ADHS und Hochbegabung schließen sich aus.“ Es gibt viele Beispiele für Menschen mit ADHS und Hochbegabung!

AUTORIN | Judith Gruhler

Fadenspiel

Was bedeuten mir Spiele

Spiele und Geschichten. Diese zwei Themen sind ein großer Teil meines Lebens. Ich meine mit Geschichte nicht die Weltgeschichte. Der Teil der Geschichte, der mir viel bedeutet, ist der meiner Familie. Im ersten Augenblick hört sich dieses eigenartig an. Jedoch wenn man weiß, dass ich eine Ahnentafel habe, die in einer Linie über 20 Generationen zurückgeht, in anderen immerhin bis ins 17. Jahrhundert, versteht man das vielleicht.

Mein Leben lang war ich oft bei meinen Großeltern zu Besuch. Es verging kein Jahr, wo ich nicht mindestens einmal bei ihnen war. Mein Opa ist ein gebildeter Mensch und, meiner Meinung nach, der intelligenteste Mensch, den ich kenne. Bis heute blieb keine Frage, die ich ihm gestellt hatte, unbeantwortet. Ich habe als Kind oft Fahrradtouren mit meinem Opa gemacht.

Dabei machten wir lange Pausen und er fing an, aus seiner Vergangenheit zu erzählen. Für mich gab es nichts Schöneres, als seinen Erzählungen zu lauschen. Mit seinen Worten malte er mir immer ein Bild. Einen Blick in die Vergangenheit. Für mich gab es keinen größeren Mann als meinen Opa. Meine Großeltern bedeuten mir noch heute unendlich viel. Sie haben es geschafft, mir einen anderen Blick auf Geschichte zu geben. Es gibt nicht nur die Weltgeschichte, Kriege ohne Ende, Tod und Verderben, Verzweiflung und Schmerz. Sondern es gibt auch eine andere Seite der Geschichte. Meine eigene ist nur ein Beispiel und darin ist die Geschichte der Spiele ein wundervoller Teil.

Denke ich an meine Kindheit und Jugend zurück, dann denke ich an Momente, wo ich gespielt habe. Spielen war für mich so natürlich wie das Atmen. Damals gab es noch kein Internet oder Handy oder iPad. Viele von den Massenmedien, die wir heute in unseren Alltag aufgenommen haben und die nicht mehr wegzudenken sind, fehlten. Fernsehen durfte ich nur zu einer bestimmten Zeit und zwischen dem Ende meiner Kindertagesstätte (diese hatte nur von 8.00–12.00 Uhr geöffnet) bis zur Fernsehzeit lagen viele Stunden: Wie konnte man die Zeit sinnvoll vertreiben? Bei mir war dies nie eine Frage. Ich habe 6 Geschwister und wir haben immer gespielt. Zauberrutsche in eine andere Welt oder Mah-Jongg, Mensch ärgere Dich nicht, Barbie, Verstecken im Dunkeln etc. Wir haben gespielt, wann immer wir konnten. Was uns alle letzten Endes geformt hat.

Wir spielen noch heute, wenn wir uns sehen, nur jetzt sind es Brett- und Gesellschaftsspiele wie Bohnanza, Carcassonne, Siedler, Sherlock Holmes. Wir gingen zu immer komplizierteren Strategiespielen über, ohne es bemerkt zu haben. Den Grund dafür habe ich erst jetzt begriffen: Wir lernten aus diesen Spielen! Spielen zu können, ist eine sehr wichtige menschliche Eigenschaft und gibt Kindern die Möglichkeit Fähigkeiten zu entwickeln, wie Körperbeherrschung, Entwicklung eigener Ideen, Aufbau von Selbstvertrauen, Schulung der sinnlichen Wahrnehmung, Förderung der Konzentration, Konfliktlösung, die für sie und ihre Zukunft sehr wichtig sind. Zudem macht Spielen viel



Spaß. Glückliche Kinder spielen. Ich lernte so Regeln und Zahlen, Symbole zu deuten, in Rollen zu schlüpfen, Experimente, Funktionen, Strategie anzuwenden (insbesondere, wenn man gewinnen will), Konstruktionen aufzubauen, das Miteinander, Ehrlichkeit. Motorik (Fein- und Grobmotorik) wurde und wird durch Spielen angespornt.

Wir gebrauchen beide Hirnhälften, Verstand und Gefühl, und all unsere Energie und Aufmerksamkeit.

Ein Blick in die Vergangenheit

Das Folgende kam von zwei vertrauten Quellen, meiner Mutter und meinem Opa. Spielsachen und deren Bedeutung haben sich im Laufe der letzten 115 Jahren geändert. Meine Urgroßmutter Elisabeth, genannt Betty (geb. 1901), bekam 1906 eine Puppe zu Weihnachten, erzählte mir meine Mutter. Es war eine Porzellanpuppe mit Lederkörper und Menschenhaaren.

Die Haare stammten von ihrer Mutter. Man musste damals echte Haare einsenden, wenn man eine Puppe in Bestellung gab. Diese Puppe war allerdings teuer und damals gab man für Spielsachen in Arbeiter- und Kleinbürgerkreisen nicht viel Geld aus. Damit Betty und ihre Geschwister möglichst viel davon hatten, wurden die Puppen nur am Sonntag rausgeholt. Unter der Woche durften die Kinder nicht mit der Puppe spielen. Aber nur, weil die Puppe nicht

da war, bedeutete dies nicht, dass man einem 5 Jahre alten Mädchen die Spiellust mit der Puppe wegnahm. Betty hatte eine andere Idee und benutzte ihre Fantasie. Unter der Woche musste der Kater herhalten als Puppensatz. Mit Kleidchen und Mütze ging der Kater in den Puppenwagen, was nicht immer gut endete. Betty jedoch hatte Freude daran und somit verging die Zeit etwas schneller, bis sie ihre Puppe am nächsten Sonntag bekam. Die Spielsachen hatten einen anderen Wert, zumindest in meiner Familie. Das Material war auch ein anderes. Zum Beispiel Bettys Käthe-Kruse-Puppe, die 1905 erschien: Sie war gestopft mit Rentierhaaren, musste stehen und sitzen können, hatte echte Menschenhaare, ein handbemaltes Gesicht und besonders wichtig: ein neutrales Gesicht. Durch dies neutrale Gesicht sollte die Fantasie des Kindes angeregt werden. Ist die Puppe traurig, nachdenklich, aufgeregt, fröhlich, enttäuscht etc.?

Kinder werden seltener wie Kinder behandelt. Man versucht schon frühzeitig, ihnen etwas beizubringen. So passiert es viel zu oft, dass man von Kindern verlangt, Sachen zu wissen, ohne vorher nachzudenken, dass die Kinder erst den Weg zu der gewünschten Antwort finden sollten. Kinder werden frühzeitig wie junge Erwachsene gesehen. Man ist im Glauben, dass dieses der richtige Weg sei, um ein Kind zu erziehen. Aber ich beobachte in meiner Arbeit eben auch Nachteile.

Alte Wege gehen verloren. Bei vielen der alten Wege ist es gut, dass sie verschwinden. Vor 115 Jahren war es unmöglich zu glauben, dass man Kindern eine solche Freiheit geben kann, wie sie es heute haben. Kinder werden heute nicht mehr zur Arbeit in Bergwerken oder auf dem Acker gezwungen. Sie hungern nicht (zumindest nicht hierzulande), Schläge und Misshandlungen werden heute bestraft. Aber viele der alten Wege, die verloren gegangen sind, sind ein großer Verlust: „Die gute alte Zeit“, so die Redewendung. Man lernt nicht nur aus seinen Fehlern, man lernt auch aus der Vergangenheit. Und Spielen war hier wichtig.

Aber wie kann man etwas aus der Vergangenheit lernen, wenn diese verschwindet?



Ich konnte es mir nicht länger ansehen. Also habe ich es anders versucht.

Theorie der Spiele

Es gibt viele verschiedene Spieltheorien. Persönlich und in meiner Arbeit folgte ich dem Modell des Siebenstufensystems. Dieses habe ich erstmals in meiner Fachschule im Fach „Spiel in der Kindheit“ kennengelernt. Spiele sind nach diesem Modell in sieben Stufen eingeteilt, die die Kinder im Laufe ihrer Kindheit durchlaufen. In unterschiedlichen Altersstufen erfüllen sie unterschiedliche Aufgaben. Zugleich berücksichtigen sie die Entwicklung des Kindes, das immer mehr kann, wenn es älter wird:

1. Funktionsspiele (ab 2 Monate, 0–2 Jahre)
2. Explorationsspiele (ab 6 Monate, 0–4 Jahre)
3. Parallelspele (ab 2.–3. Lebensjahr)
4. Symbolspiele (ab 2. Lebensjahr)
5. Rollenspiele (ab 4. Lebensjahr)
6. Konstruktionsspiele (ab 4. Lebensjahr)
7. Regelspiele (ab 5.–6. Lebensjahr)

Fadenspiel

Seit Sommer 2015 gibt es an meiner Fachschule einen Wahlkurs, dieser heißt „Fadenspiel“.

Das Folgende ist wichtig, denn es diente mir zur Motivation der Kinder. Deshalb muss ich ein wenig ausholen. Ich lernte in meinem Fachschulkurs selbst eine Figur, manchmal zwei pro Woche. Es wurde immer komplizierter und die Bewegungen, die man machen musste, um die Figur zu erhalten, wurden immer länger. Ich stellte dann fest, dass, wenn viel Unruhe in meiner Kita-Gruppe herrschte, ich nur meinen eigenen Faden herausholen und beginnen musste, Figuren zu machen, die ich gerade selbst gelernt hatte. Die Kinder wurden immer interessierter, die Unruhe verschwand und für eine Weile glaubten viele Kinder, dass ich mit dem Faden zaubern kann. Dies ging für Monate weiter. Die Kinder waren motiviert. Sie wollten immer mehr sehen, Geschichten zu den Figuren dichten und wollten es selbst ausprobieren. Somit fingen die ersten Versuche an. Die Kinder zeigten nicht nur Interesse, sondern auch eine faszinierende Begabung.

Fadenspiel ist ein Explorations- und Konstruktionspiel. Explorationsspiel, weil die Kinder ihr Bewegungskönnen verwenden und mit dem Faden experimentieren, und ein Konstruktionspiel, weil die Kinder mit dem Fa-

den unterschiedliche Figuren aufbauen und diese symbolisch benennen, wie z.B. die *Mücke*. Dazu fördert das Fadenspiel die Feinmotorik, die Fingerbewegung und die Konzentration. Wenn man sich nach einiger Übung in den Figuren sicher ist, kann man sich auch ganz auf das Erinnerungsvermögen der Hände konzentrieren, indem man die Figuren mit geschlossenen Augen macht.

Es braucht keinen bestimmten Raum, Zeit oder Anzahl von Kindern, mit denen man Fadenspiele machen kann, man macht es einfach. Das Material ist der Faden an sich. Die Motivation für dieses alte Spiel war bei den Kindern sofort da. Seit Sommer 2015 spielen wir es. In Verbindung mit der jeweils entstehenden Figur des Fadenspiels erzählte ich den Kindern unter Nutzung des Fadens eine kleine Geschichte: Die Indianer kannten bereits Fadenspiele, es gibt Hunderte von Figuren, die innerhalb des Stamms weitergegeben wurden. Daraufhin erzählte ich meinen Kindern, dass die Indianer damals keinen Faden hatten wie wir ihn heute kennen, sondern diese aus Tier- oder Menschenhaaren genäht/geflochten waren. Dies steigerte ihre Motivation noch weiter.

Der Kern des Fadenspiels ist, die Figuren zu lernen. Einen regelrechten Abschluss zu diesem Spiel gibt es nicht, die Kinder setzen sich ihr eigenes Ziel.

Die Kinder, die von mir einen eigenen Faden erhielten, waren: Jasmin, Petra, Otto, Anton, Julius und Laura. Der Erhalt des eigenen Fadens war mit drei Regeln verbunden: (1) Man darf mit dem Faden nicht hauen. (2) Man darf mit dem Faden nicht herumwedeln. (3) Man darf sich den Faden nicht um den Hals legen. Die Kinder wussten, dass sie einen eigenen Faden erhalten werden.

An dem Morgen, wo sie ihn erhielten, waren die sechs Kinder sehr aufgeregt.

Sie zitterten teilweise am ganzen Körper, strahlten über ihr ganzes Gesicht und konnten keine Sekunde still sitzen. Sie erhielten den eigenen Faden am Vormittag, konnten aber erst die erste Figur am Nachmittag lernen. Dies hinderte die Kinder aber nicht daran, jedem ihren Faden zu zeigen und voller Stolz zu sagen: „Das ist mein Zauberband.“

Am Nachmittag fing ich mit der „Handgelenkfesselung“ und der „Kinderreimfigur“ an. Beide Figuren waren den Kindern schon vom Sehen vertraut. Die Kinder waren aufmerksam. Die ersten paar Male hatten sie noch Probleme mit den Figuren. Sie wollten einfach nur drauflos machen und schnell alle Figuren lernen. Ihnen fehlten die Geduld und das Feingefühl. Es war viel Arbeit, aber als

die Mittagsruhe zu Ende war (nach zwei Stunden), konnten fünf Kinder (Petra war nicht mehr da) beide Figuren. Ich muss aber an diesem Punkt zugeben, dass ich es bereut habe, ihnen den Kinderreim beizubringen, da sie dann noch drei Stunden lang herumgingen und ohne Pause sagten: „Eine Tasse Tee. Ein Segelboot auf See. Ein Leuchtturm am Strand. Ein Kleiderbügel im Schrank. Das ist mein Zauberband.“ Aber es war es auch wert.

Die fünf Kinder wollten für den Rest des Tages mit nichts anderem mehr spielen. Sie konnten nicht aufhören, sich zu bedanken, dass sie jetzt ihren eigenen Faden hatten. Sie sagten: „Ich kann es nicht glauben, dass ich den Faden nicht mehr zurückgeben muss!“ Und: „Ich bin süchtig nach Fadenspiel.“

Am nächsten Tag standen die Figuren das *Zelt*, der *Speer* und der *Fallschirm* auf dem Programm. Die Kinder wirkten wie am Tag zuvor hoch motiviert, mit dem Unterschied, dass Petra die ersten zwei Figuren noch nicht konnte. Bevor ich aber meinen Faden rausholen konnte, hatten sich die anderen fünf Kinder um Petra versammelt. Sie zeigten ihr alles, Laura und Jasmin am intensivsten. Kurz darauf konnte auch Petra die zwei Figuren. Soviel Miteinander im Lernen zu sehen, war begeisternd. Jasmin konnte es nicht bis zum Nachmittag abwarten und fing an, mit ihrem Faden zu experimentieren und kam mit einer neuen Idee für den Kinderreim. Sie legte den Faden als erstes auf Doppel und macht dann alles wie gewöhnlich zur Konstruktion des Kinderreimes. Otto hat dabei direkt mitge-

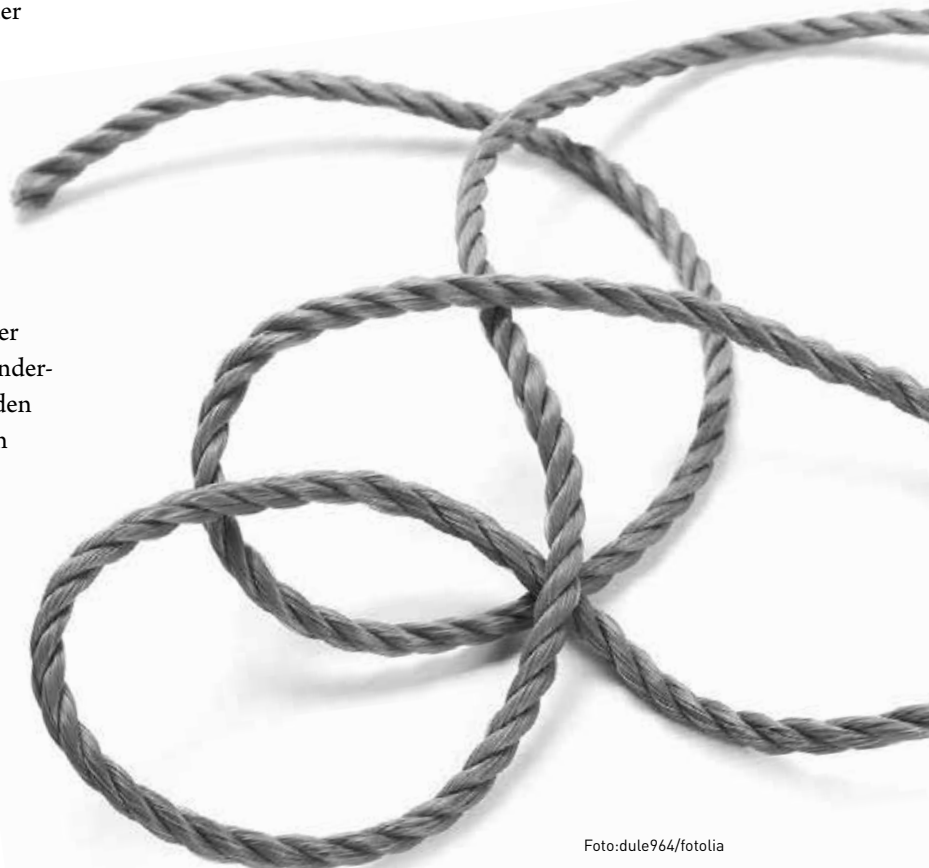


Foto:dule964/fotolia

macht. Er hatte jedoch den Kinderreim etwas geändert, da er wusste, dass ich mehr Kaffee trinke als Tee. Somit wurde die Tasse Tee zur Tasse Kaffee.

Am nächsten Tag passierte etwas, was ich nicht für möglich gehalten habe. Die Aufregung und die aufgewühlten Emotionen hatten sich verstärkt, weil die Kinder wussten, welche Figur als nächstes kommt: die *Mücke*. Die *Mücke* war, seitdem ich sie ihnen das erste Mal gezeigt hatte, die Lieblingsfigur der Kinder. Leider mussten sich die Kinder noch bis zum Nachmittag gedulden. Also spielten sie weiter mit ihrem Faden. Einige wie Otto und Anton versuchten zu erraten, wie man die *Mücke* herstellt und experimentierten den ganzen Vormittag daran. Sie haben die Figur leider nicht geschafft, jedoch durch ihre Experimente waren sie der Figur der Kletterer näher als der *Mücke*. Am Nachmittag konnten die Kinder ihre Aufregung nicht mehr für sich behalten. Nach einer etwas langen Erklärung hatte ich schon Angst, dass es jetzt für sie zu schwierig würde. Diese Furcht war glücklicherweise unberechtigt. Es dauerte nur zwei Versuche und schon konnten Anton und Laura die *Mücke*. Sie meinten dann, dass es ihre Pflicht ist, den anderen nun zu helfen.

In diesen drei Tagen ist mir noch einiges Weiteres aufgefallen an der Reaktion der beteiligten Kinder:

Laura z. B. ist verhaltensauffällig. Das wusste ich bereits vorher. Wenn sie ihren Willen nicht bekommt, wird sie aggressiv und fängt an zu schreien und zu schlagen. Noch dazu ist sie ein Kind, das bevorzugt bei ihrer besten Freundin nur abguckt und nicht ihre eigene Fantasie und Geschicklichkeit benutzt. Ich hatte wegen der ersten Generalregel einige Bedenken, ihr einen Faden zu geben. Laura hat diese Regel aber insgesamt nur einmal gebrochen. Sie hatte weniger aggressive Ausbrüche und benutzte mehr ihre eigene Fantasie im Fadenspiel. Sie ist eine der schnellsten, um eine neue Figur zu lernen. Sie, Jasmin und Julius sind die drei Kinder, die eine neue Figur schon nach dem zweiten Versuch beherrschen, ohne meine Hilfe. Nachdem sie die Figur können, halten die drei es für ihre Pflicht, den anderen Kindern zu helfen.

Offensichtlich beflügelte das Fadenspiel Laura positiv in Konzentration, Fantasie und Miteinander.

Otto dagegen ist ein Kind, das oft an sich selbst zweifelt. Besonders beim Fadenspiel. Otto meint immer: „Das ist zu schwer, das kann ich nicht.“ Nach spätestens dem vierten Versuch konnte er aber immer alle ihm beigebrachten Figuren in einer hohen Geschwindigkeit machen.

Das Fadenspiel stärkte also sein Selbstvertrauen.

Anton ist sich dafür immer sicher, dass er vergessen hat, wie die *Mücke* geht. In diesem Fall zweifelt auch er an seinen Fähigkeiten. Aber wenn ich ihn frage, ob er mir die *Mücke* zeigen kann, tut er dies ohne ein einziges Problem. Es besteht die Möglichkeit, dass er nur etwas mehr Auf-

merksamkeit damit erhalten will, aber jedes Mal, wenn er mir sagt, dass er eine Figur vergessen hat, sehe ich ihm an, dass er dieses wirklich meint. Die Erfahrung des Fadenspiels hilft ihm also. Er merkte, dass er mehr kann und weiß, als er erwartet.

Petra ist fleißig. Sie weiß, dass wenn es beim ersten Mal nicht klappt, dann versucht man es ein zweites Mal. Petra hat bis jetzt bei keiner Figur aufgegeben. Sie hat immer weitergemacht, bis sie es konnte und selbst, wenn ich nicht in der Kita bin, wurde mir gesagt, dass Petra Laura und Jasmin (ihre besten Freundinnen) um Hilfe bittet. Das Fadenspiel bestärkt also Petras Fleiß und Geduld. Und es lässt sie die Erfahrung machen, Unterstützung zu suchen und zu bekommen.

Man denkt vielleicht, dass die Kinder sich bald langweilen, wenn sie nur einen Faden zum Spielen haben. Diejenigen, die das denken, kennen die Kinder in meiner Gruppe nicht. Zwei Monate sind inzwischen vergangen und sie wollen immer mehr lernen. Sie legen ihren Faden nur aus der Hand, wenn eine Erzieherin es ihnen sagt oder wenn sie essen. Die Kinder haben sich ein bestimmtes Ziel gesetzt. Sie wollen Fadenmeister werden und den grünen Faden erhalten. Und einige Kinder haben dieses auch geschafft.

AUTORIN | Katharina Döhl

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Rund 71 Millionen Menschen in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert (GKV) und haben damit Anspruch auf eine hochwertige Gesundheitsversorgung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland legt die konkreten Leistungen für Versicherte und Patienten rechtsverbindlich fest.

Aufgaben

Im Auftrag des Gesetzgebers definiert der G-BA in entsprechenden Richtlinien, was eine ausreichende, zweckmä-

ßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung, wie sie im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) beschrieben wird, beinhaltet. Er sorgt dafür, dass Versicherte und Patienten nach dem jeweils aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse behandelt und untersucht werden.

Der G-BA beschließt Richtlinien für

- die Verordnung von Arzneimitteln,
- die Planung des bundesweiten Bedarfs an Praxen verschiedener Fachrichtungen,
- die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ambulanten und stationären Versorgung,
- die ambulante spezialfachärztliche Versorgung komplexer, schwerwiegender Erkrankungen,
- die psychotherapeutische Behandlung,
- ärztlich veranlasste Leistungen wie beispielsweise die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln,
- strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke und
- die zahnärztliche Behandlung.

Zudem hat der G-BA wichtige Aufgaben bei der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von Versicherten und Patienten in Kliniken und Praxen.

Die Richtlinien des G-BA sind für GKV-Versicherte, für Anbieter von Gesundheitsleistungen und für Krankenkassen verbindliche Regelungen. Die Rechtsaufsicht über den G-BA hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Arbeitsweise

Die Strukturen, Prozessschritte und Fristen, mit denen der G-BA zu seinen Entscheidungen kommt, sind in seiner Geschäftsordnung und seiner Verfahrensordnung festgelegt. Diese stellen sicher, dass transparente und rechtssichere Entscheidungen auf der Basis der bestverfügbaren Evidenz getroffen werden, die dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Vor seinen Entscheidungen führt der G-BA Stimmabgabeverfahren durch und bezieht so auf vielfältige Weise externen Sachverstand ein. Je nach Richtlinie und/oder Thema gehören zu den Stimmabgabeberechtigten beispielsweise pharmazeutische Unternehmen, das Robert Koch-Institut, Heilberufekammern, die Strahlenschutzkommission oder wissenschaftliche Fachgesellschaften.

Außerdem holt der G-BA in vielen Fällen die Expertise unabhängiger wissenschaftlicher Institutionen ein.

Hierzu zählen unter anderem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.iqwig.de) in Köln und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (www.iqtig.org) in Berlin.

Zusammensetzung

Der Gesetzgeber hat festgelegt (§ 91 SGB V), dass folgende Organisationen im Gesundheitswesen den Gemeinsamen Bundesausschuss bilden: Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV, KZBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Sie entsenden Mitglieder in den G-BA. Dessen zentrales Entscheidungsgremium ist das Plenum. Es hat 13 Mitglieder und tagt in der Regel zweimal monatlich in öffentlicher Sitzung. Neben dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern stellen die gesetzlichen Krankenkassen auf der einen und die Leistungserbringer – Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Vertragspsychotherapeuten und Krankenhäuser – auf der anderen Seite jeweils fünf Mitglieder. An den Sitzungen des Plenums nehmen zudem Patientenvertreter beratend teil. Sie haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht, aber kein Stimmrecht. In den verschiedenen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des G-BA sind über 100 Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter beteiligt.

Finanzierung

Die Finanzierung des G-BA ist gesetzlich in § 91 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 139c SGB V geregelt. Hier ist festgelegt, dass sich der G-BA über sogenannte Systemzuschläge finanziert. Bei jedem ambulanten oder stationär abzurechnenden Behandlungsfall wird dazu aus den Versichertenbeiträgen ein Zuschlag erhoben.

Die Höhe der Systemzuschläge wird jährlich neu festgelegt und veröffentlicht.

Weitere Informationen

Die Richtlinien und Beschlüsse sind auf der Website des G-BA (www.g-ba.de) zu finden. Zudem werden dort u. a. der jährliche Geschäftsbericht und weiteres Informationsmaterial zu Aufgaben und Struktur des G-BA sowie Pressemitteilungen und Newsletter bereitgestellt. Teile der Website stehen auch in englischer Sprache zur Verfügung.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

Anfrage: Diagnostik bei ADHS

Brief des ADHS Deutschland e. V. an die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Berlin, vom 02. November 2017

Sehr geehrte Damen und Herren

wir nehmen Bezug auf Ihr Schreiben vom 15.05.2017 hinsichtlich der Versorgungssituation von Erwachsenen mit ADHS. Sie führen darin u. a. aus, dass ein Vertragsarzt im rechtlichen Rahmen individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anbieten kann.

Nunmehr haben wir von einem Arzt die folgende Rückmeldung bekommen, nachdem uns Mitglieder darauf hingewiesen haben, dass er die ADHS-Diagnostik und Beratung als IGeL-Leistung abrechnet.

Die Auskunft des Arztes lautet wie folgt:

Für eine umfangreiche Diagnostik und Beratung des Patienten bzgl. ADHS biete ich folgende kostenpflichtige Leistungen an. Wenn der Patient nicht bereit ist, diese IGeL-Leistungen in Anspruch zu nehmen, führe ich keine ausführliche Diagnose durch und bin auch nicht bereit, diesen Patienten zu therapieren.

1.) Zum einen erfolgen Screening und allgemeine Beratung zu dem Thema über die gesetzliche Krankenkasse.

2.) Sollte sich der Verdacht auf ein ADHS im Erstgespräch erhärten, gibt es die Möglichkeit, eine über eine IGeL-Leistung abgerechnete ausführliche Diagnostik und Beratung bzgl. ADHS und Umgang mit Komorbiditäten in Anspruch zu nehmen.

Da die Diagnose ADHS derzeit nach Empfehlung der DGPPN

a) diverse Untersuchungsschritte beinhaltet (u.a. eine psychiatrische Untersuchung, Erfassung von Differentialdiagnosen, den Ausschluss organischer und organisch-psychiatrischer Störungen, internistisch-neurologische Untersuchung und die Verwendung standardisierter Untersuchungsinstrumente (u.a. WURS-K, Conners-Skala, Brown-Skala, modifizierte Symptomcheckliste), die kostenpflichtig über die Testzentrale angefordert werden müssen und

b) eine u.a. medikamentöse Therapie im Rahmen

eines multimodalen Konzepts erfolgen muss, es aber nur wenige ADHS erfahrene Psychotherapeuten gibt, erlaube ich mir, dafür die GOÄ Ziffern 5 (symptombezogene Untersuchung), 857 (orientierende Testverfahren), 856A (Entwicklungs- und Intelligenztests) und 34 (Erörterung lebensverändernder Maßnahmen) durchzuführen und in Rechnung zu stellen.

Es wäre für uns hilfreich, von Ihnen eine Rückmeldung zu erhalten, ob dieses Vorgehen rechtmäßig ist.

Mit freundlichen Grüßen

Hartmut Gartzke

1. Vorsitzender

ADHS Deutschland e.V.

Dr. Johannes Streif

2. Vorsitzender

ADHS Deutschland e.V.

Antwort

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Diagnostik bei ADHS

Berlin, 30. November 2017

Sehr geehrter Herr Gartzke, sehr geehrter Herr Dr. Streif,

wir nehmen Bezug auf Ihr erneutes Schreiben vom 2. November 2017 zur Abrechnung von ADHS-Diagnostik und Beratung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) durch einen Arzt.

Die ADHS-Diagnostik und Behandlung sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet und somit Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Dies betrifft auch die von dem von Ihnen zitierten Arzt genannten Untersuchungsschritte. Für die Facharztgrup-

pe Psychiatrie und Psychotherapie sind diese Leistungen in den obligaten und fakultativen Leistungsinhalten der psychiatrischen Grundpauschalen, psychiatrischen Gesprächsleistungen und in Kapitel 35 EBM abgebildet.

Wir hoffen, wir konnten Ihnen mit diesen Informationen behilflich sein.

Mit freundlichen Grüßen
KBV Berlin

Stellungnahme des ADHS Deutschland e.V.

zum Einsatz von sogenannten „Sandwesten“ bei verhaltens- auffälligen Kindern, insbesondere Kindern mit ADHS

Seit rund zwei Wochen beschäftigt das Thema „Sandwesten“ die deutschen Medien. Dabei handelt es sich um mit Sand beschwerte Westen, welche Kinder, aber auch Erwachsene tragen können, um den eigenen Körper stärker zu spüren und ruhiger zu sitzen. Die mediale Aufmerksamkeit begann mit einem Bericht im Hamburger Abendblatt. Inzwischen hat selbst die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung eine ganze Seite dem Thema gewidmet, ergänzt durch Abbildungen aus einem Buch des 19. Jahrhunderts, in welchem der Erfinder der Schrebergärten aus heutiger Sicht absurde Hilfsmittel zur geraden Haltung und dem Schlaf auf dem Rücken vorstellte.

Die Sandwesten sind weder eine neue Erfindung noch Relikte einer früheren Zeit. Seit vielen Jahren beschäftigen sich Kindertherapeuten mit der Frage, wie man unruhigen Kindern helfen kann, ruhiger zu sitzen und sich besser zu konzentrieren. Zugleich machte man sich Gedanken über geeignete Betten und Decken zum Schlafen, da viele hyperaktive Kinder auch im Schlaf sehr unruhig sind. In diesem Zusammenhang gibt es seit zumindest zwei Jahrzehnten die Idee schwerer Westen, zumeist „Sandwesten“, und schwerer Bettdecken, oft aufgrund ihrer Füllung „Kugeldecken“ genannt, die unruhigen Kindern helfen sollen, ruhiger zu sitzen oder zu liegen.

Der Ansatz dieser Sandwesten oder Kugeldecken ist da-

bei ein völlig anderer als jener der Fixierung in der Psychiatrie oder in pädagogischen Überlegungen des

19. Jahrhunderts, als der Leipziger Arzt Daniel Gottlob Moritz Schreber in seinem Buch „Kalligraphie“ von 1858 diverse mechanische Hilfsmittel vorschlug, die seiner Ansicht nach eine gesunde Haltung der Kinder beim Sitzen, Stehen und Schlafen gewährleisten sollten. Schließlich führen weder Sandwesten noch Kugeldecken zu einer tatsächlichen Fixierung auf dem Stuhl oder im Bett. Vielmehr geben sie dem Körper ein Gefühl der Schwere, das vor allem auch unwillkürliche Bewegung teilweise unterdrückt. Will das Kind jedoch von Stuhl oder Bett aufstehen, kann es dies natürlich, da sowohl die Sandwesten als auch die Kugeldecken nur wenige Kilogramm schwer sind.

Wer nun Hilfsmittel wie Sandwesten oder Kugeldecken pauschal ablehnt, sollte sich bewusst machen, dass viele hyperaktive Menschen, nicht nur Kinder, unter ihrer körperlichen Unruhe durchaus leiden. Es ist ja nicht so, dass jeder zu jeder Zeit und in jedem Lebensalter sich beliebig viel bewegen möchte. Auch hyperaktive Kinder mögen bisweilen Tätigkeiten am Schreibtisch oder an der Werkbank und ärgern sich, wenn ihre motorische Unruhe sie beim Zeichnen oder Basteln behindert. ADHS-Kinder werden wie andere Kinder abends müde und können oft dennoch nicht einschlafen, da die permanente Unruhe des Körpers sie daran hindert. Nicht wenige hyperaktive Kinder lieben es, sich im Spiel unter Bänken, in Schränken oder engen Kisten zu verstecken. Natürlich wollen sie selbst entscheiden können, wann sie diese Orte wieder verlassen, doch schätzen sie zumindest für kurze Zeit die körperliche Begrenzung, den äußeren Druck, gegen den sie ankämpfen können, den Widerstand gegen ihre oft ausufernden Bewegungen. Wer glaubt, dass ADHS-Kinder ihren Bewegungsdrang selbst immer und überall positiv erleben, gar als sinnstiftend und Ausdruck ihrer eigenen Persönlichkeit, der versteht nichts von der ADHS.

Die nun entbrannte Diskussion über die Sandwesten in den Medien geht einmal mehr am Thema wie auch den Betroffenen vorbei. Sandwesten und Kugeldecken sind keine Therapieformen zur Behandlung der ADHS. Sie ersetzen keine anderen therapeutischen Maßnahmen, die notwendig sind, und haben keine anhaltende Wirkung auf die Selbstkontrolle von Bewegungsimpulsen und Ablenkbarkeit. Fairerweise muss man an dieser Stelle jedoch anmerken, dass die meisten Pädagogen, welche den Einsatz der Sandwesten im Schulalltag positiv erlebten, gar nicht von einer spezifischen ADHS-Therapie sprechen. Mögen deren Erklärungsmodelle für die Wirksamkeit der Sandwesten bisweilen auch esoterisch anmuten, wenn „von sich selbst spüren“ und „den Körper erden“ die Rede ist, so kann der situativ positive Effekt solch beschwerender Hilfsmittel psychologisch durchaus erklärt werden.

An den Betroffenen geht die Diskussion insofern vorbei, als die nun aufgeflammete Kritik, es handele sich um quasi-psychiatrische Fixierungen und den Ausdruck einer archaischen Pädagogik der Selbstwahrnehmung der meisten Nutzer widerspricht, welche das freiwillige Tragen der Westen für 20 Minuten als hilfreich, zumindest aber irgendwie anders empfinden, als eine eigene, ungewohnte, besondere Erfahrung. Sie haben zunächst einmal nichts von neuen Diskussionen über das Schulsystem und die Organisation des Unterrichts, so berechtigt manche Kritik daran sein mag. Sagt beispielsweise der Hamburger Kinder- und Jugendpsychiater Prof. Schulte-Markwort, ihm sei statt der Weste die beruhigende Hand der Lehrerin auf der Schulter der Schüler lieber, so erfüllt die gelegentliche Berührung zur Aufmunterung und Refokussierung allerdings nicht dieselbe Funktion wie eine Sandweste. Interessanterweise sind Berührungen der Schüler durch Lehrer in den meisten Bundesländern sogar verboten; über Sandwesten haben sich die Behörden bis dato weniger Gedanken gemacht. Schulen und Schulsysteme ändern sich nur langsam. Von den vielen guten Ideen und Forderungen an die Schule von morgen haben die Kinder von heute meist herzlich wenig.

Bleibt ein weiterer Aspekt, den Kritiker gegen die Sandwesten vorbringen: die sichtbare Stigmatisierung der Kinder, die sie tragen. Allerdings setzt eine solche Stigmatisierung zweierlei voraus. Erstens müssten die Sandwesten zwangsweise und bei bestimmten Diagnosen zum Einsatz kommen, sodass andere Kinder die Weste weder tragen wollen noch tragen müssen, weil sie nicht zur festen Gruppe der Kinder gehören, für welche die Westen da sind. Zweitens impliziert die Annahme einer automatischen Stigmatisierung ein Bewusstsein der Kinder dafür, was normal und was gestört ist. Dann aber haben die betroffenen Kinder in einer solchen Klassengemeinschaft ein grundsätzliches Problem: nicht anders sein zu dürfen, unaufmerksam, unruhig, am Ende gar mit der Diagnose ADHS.

„Is Stigma Back in Style?“ schrieb 2012 Judith Warner im TIME-Magazin über die zunehmende pauschale Kritik an der ADHS-Diagnose. Schlechte Eltern, schlechte Schulen, schlechte Ärzte – das war der Autorin doch zu billig. Was aber bedeutet die Angst vor Stigmatisierung durch Sandwesten denn anderes als das Eingeständnis, dass unruhig und unkonzentriert zu sein in einer Schulklasse von Mitschülern, Lehrern und anderen Eltern negativ wahrgenommen wird. Zu sagen, dass sich das Tragen von Sandwesten im Unterricht aus Gründen der Stigmatisierung grundsätzlich verbietet, würde dem gleichkommen, auch andere Zeichen des Besonderen, Anderen, Behinderten nach Möglichkeit ausblenden zu wollen, um die Träger dieser vermeintlichen Kainsmale zu schützen. Bitte keine behinderten Kinder in der Hochbegabtenklasse unserer

Tochter, die leiden da doch nur unter dem intellektuellen Abstand zu den Kameraden. Bitte keine Asylbewerberkinder in unserer Sprengelschule, die werden hier bloß Außenseiter sein. Bitte keine Kinder mit ADHS, die stören den Unterricht. Bestenfalls einen Autisten mit Schulbegleiter. Ist es das, was wir in Deutschland unter Inklusion verstehen?!

Macht es vor diesem Hintergrund nicht Sinn, die Frage der Sandwesten etliche Etagen tiefer aufzuhängen? Kein Kind wird gezwungen, sie zu tragen. Gibt es keine physiologischen Gründe, die im Einzelfall gegen das Tragen von Sandwesten sprechen, sollen die Kinder doch selbst entscheiden, ob sie zeitweise eine solche Weste tragen wollen oder nicht. Brauchen wir dafür eine wissenschaftliche Studie, welche die generelle Wirksamkeit dieser Maßnahme beweist? Reicht es nicht, dass einzelne Kinder, ihre Eltern und Lehrer sie als hilfreich wahrnehmen? Ein solcher Konsens ist doch eine hinreichende Grundlage zur Nutzung von Sandwesten im Unterricht, mehr braucht es dazu nicht.

Was wir jedoch auf keinen Fall brauchen ist eine weitere ideologische Diskussion, die eine einzelne Maßnahme, mag sie nun sinnvoll sein oder nicht, gegen all die Bedingungen unseres Schulsystems und unserer Gesellschaft ausspielt. Ja, kleine Lerngruppen mit perfekt qualifizierten Lehrern, die zugleich Pädagogen und Psychologen sind, vorzugsweise mit einer fünfjährigen Ausbildung in Kinder- und Jugendpsychotherapie, sowohl tiefenpsychologisch als auch verhaltenstherapeutisch fundiert, gescheit und gelassen, mit 20-jähriger Berufserfahrung und zugleich dem idealistischen Elan eines Berufsanfängers, das alles in modernen, nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgeleuchteten, kindgerechten und ökologisch korrekten Schulgebäuden, unterstützt von endlos tolerant-liebenden, bildungsnahen, erzieherisch routinierten und bis zur Selbstaufgabe engagierten Eltern – das mag für manchen eine wundervolle Vision sein, in der jede kindliche Lernstörung und Verhaltensauffälligkeit ohne Zwangsmaßnahmen und Medikation aufgefangen werden kann.

Leider, in gewisser Hinsicht aber auch zum Glück, gibt es diese vermeintlich perfekten, im Grunde aber konformistischen, unendlich langweiligen Bedingungen des Lebens nicht. Bis zur Vollendung des Menschengeschlechts bescheiden wir uns daher lieber mit kleinen pragmatischen Schritten, die das Leben unserer Kinder leichter machen können. Dem einen helfen sie, dem anderen nicht. So ist das Leben nun mal. Und auch das ist gut so!

AUTOR | Dr. Johannes Streif

Evaluation in der Selbsthilfe? – Oder: Was bringt uns eigentlich etwas?

„Schatz, wie war ich?“ Der Wunsch danach, die eigene Leistung zu überprüfen ist so alt wie die Menschheit selbst. Und der Fachbegriff für diese Überprüfung der eigenen Bemühungen und des damit hoffentlich verbundenen Erfolges lautet: Evaluation.

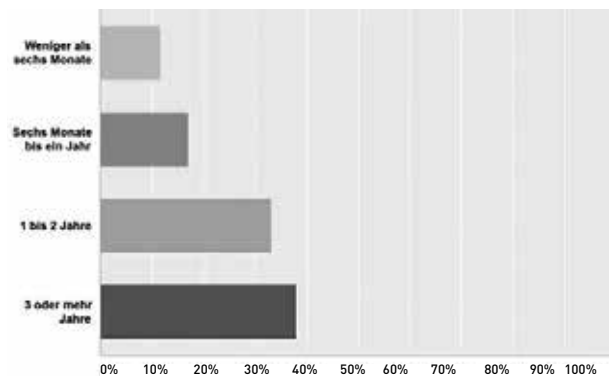
Evaluationen stellen ein wichtiges Instrument zur Gewinnung von Erfahrungswissen dar. Sie werden durchgeführt, indem Informationen gesammelt und anschließend bewertet werden, um letztendlich Entscheidungen zu treffen. Auch in der Selbsthilfe werden ständig Evaluationen vorgenommen – häufig ohne dass die Beteiligten wissen, dass man dafür so ein schickes Fremdwort verwenden kann. Im Umgang mit der jeweiligen Erkrankung evaluieren die Betroffenen nämlich immer wieder, welches Alltagsverhalten hilfreich(er) ist. Nur so generieren sie ihr wertvolles Erfahrungswissen und ihre Betroffenenkompetenz. Evaluation ist für Selbsthilfe-Vertreter also nichts Unbekanntes oder etwas ganz Neues.

Dieses Instrument systematisch einzusetzen im Umgang mit wichtigen Aktivitäten und Angeboten im Verbandsgeschäft, das ist jedoch schon etwas anderes. Die Barmer hat in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und mit Frau Kirchner als Organisationsberaterin ein solches Projekt auf den Weg gebracht. Der ADHS Deutschland e. V. hat sich schnell dafür interessiert und Christiane Eich und Patrik Boerner haben sich bereiterklärt dieses Projekt mitzugestalten.

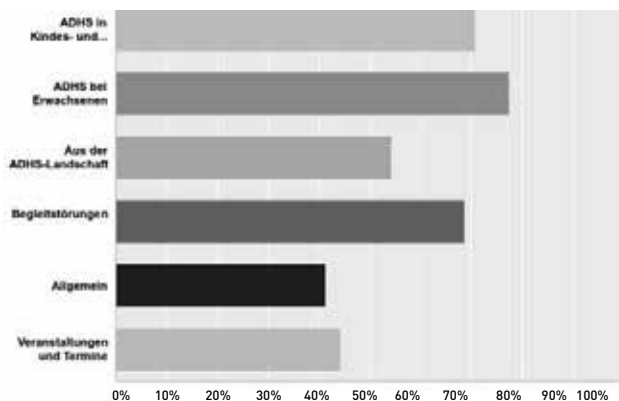
„Wissen wir eigentlich, ob unser Newsletter gelesen wird? Ob die Nutzer damit zufrieden sind oder ob sie ganz andere Wünsche haben?“ Das waren Fragen, die wir systematisch angehen wollten. Denn natürlich ist die regelmäßige Bereitstellung eines informativen und ansprechenden Newsletters viel Arbeit. Da macht es schon Sinn zu wissen, ob und wie das Angebot ankommt! „Und was tun wir, wenn sich herausstellt, dass wir völlig am Bedarf vorbei Informationen im Newsletter veröffentlichen, die keinem weiterhelfen?“

Auch diese Fragen haben wir durchdacht und waren für alle Fälle vorbereitet. In einem Workshop in Darmstadt trafen sich Frau Eich, Herr Boerner und Frau Kirchner und machten sich an die Arbeit. Es war beeindruckend für Frau Kirchner, wie strukturiert und effektiv hier gearbeitet wur-

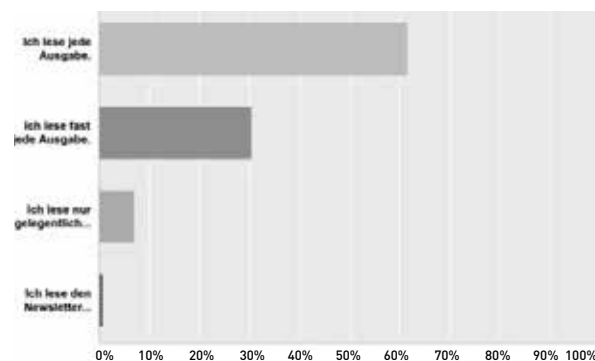
Wie lange sind Sie schon Leser des Newsletters?



Welche Themengebiete des Newsletters interessieren Sie?



Wie häufig lesen Sie den Newsletter?



de. Das Ergebnis konnte sich sehen lassen. Völlig selbständig haben die Vertreter des ADHS Deutschland e. V. dann den Fragebogen entwickelt, ein frei zugängliches Umfragetool genutzt und die Nutzer systematisch befragt. Die nachfolgende Auswertung erfolgte zügig. In einer klar und übersichtlichen Darstellung der Ergebnisse wurden abzuleitende Handlungsschritte diskutiert. Ergebnis: Mit dem zielgerichteten, bedarfsgerechten Newsletter sind die Leser weitestgehend zufrieden.

Wichtig – neben dem konkreten Erkenntnisgewinn – ist aber insbesondere, dass der Verband nun über ein Instrument verfügt, das er in einer Selbstevaluation auch auf andere Aktivitäten und Angebote anwenden kann.

Kontaktdaten:

Christiane Eich, Patrik Boerner (s. S 50, **neue AKZENTE**)
Christine Kirchner – Organisationsentwicklung & Coaching

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

Wissenschaftlicher und therapeutisch-pädagogischer Beirat

Der ADHS Deutschland e. V. hat laut § 11 der Satzung einen wissenschaftlichen Beirat, der den Vorstand in wissenschaftlichen Fragen, insbesondere im medizinischen Bereich, aber auch in anderen Disziplinen berät und unterstützt.

In den letzten Jahren hat der Vorstand festgestellt, dass es neben den wissenschaftlichen Fragestellungen, die für unsere evidenzbasierten Positionen von besonderer Bedeutung sind, auch sehr viele Fragen gibt, die in die Kompetenz von erfahrenen Praktikern fallen.

Daher wurde die Satzung mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 22.03.2014 dahingehend erweitert, dass zusätzlich zum wissenschaftlichen Beirat ein therapeutisch-pädagogischer Beirat analog zu § 11 eingerichtet wurde. Wir stellen Ihnen nach und nach in unserer **neue AKZENTE unseren wissenschaftlichen und therapeutisch-pädagogischen Beirat vor:**

Prof. Dr. Dieter F. Braus

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Rehabilitationswesen, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden



Prof. Dr. Dieter F. Braus ist seit Januar 2006 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie an der HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden, Lehrkrankenhaus der Johann-Gutenberg Universität Mainz, welche er baulich geplant und neu aufgebaut hat. Mehr als 210.000 Menschen steht dort die gesamte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungskette zur Verfügung. Von 2014 – 2016 bekleidete er auch das Amt des Ärztlichen Direktors des Klinikums der Maximalversorgung, zwischenzeitlich ist er Mitglied des Aufsichtsrates der HELIOS-HSK Wiesbaden.

Als Universitätsprofessor für Psychiatrie liegen seine wissenschaftlichen Interessen im Bereich der Neurobiologie der Affektmodulation, des Gedächtnisses sowie die Bedeutung des Belohnungssystems für die Psychiatrie, z.B. bei Psychosen, Suchterkrankungen und ADHS unter Einsatz der modernen Bildgebung. In den letzten Jahren beschäftigt er sich außerdem mit dem „sozialen Gehirn“, den Auswirkungen sozialer, stress-assoziiertes Faktoren wie auch Medienkonsum auf seelische Gesundheit in den unterschiedlichen Lebensabschnitten sowie mit Primärprävention durch z.B. Bewegung und Achtsamkeit. Seit Jahren betreibt er in der Institutsambulanz seiner Klinik eine Spezialsprechstunde für ADHS im Erwachsenenalter.

Er ist Initiator und wissenschaftlicher Leiter des Psychiatrie-Updates, der zweitgrößten deutschsprachigen Premium-Veranstaltung zur Fortbildung von Fachärzten mit mehr als 1200 Teilnehmern jedes Jahr.

Dieter F. Braus weist mehr als 160 Veröffentlichungen national und international auf, ist Autor bzw. Herausgeber von vier Büchern und Gutachter für international renommierte Fachzeitschriften.

HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken
Wiesbaden

Danke

Wir bedanken uns herzlich für die Spenden und Fördergelder im Jahre 2017

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

Förderstelle	Förderart	Bundesverband €	LG Berlin €	LG Baden- Württemberg €	LG Bayern €	LG Hamburg €	LG Hessen €	LG Niedersachsen/ Bremen €	LG Nordrhein- Westfalen €	LG Sachsen- Anhalt €	LG Schleswig- Holstein €	LG Thüringen €
GKV Gemein- schafts- förderung	Pauschal- förderung	50.000,00	2.500,00	8.520,00	1.293,25	2.000,00	2.175,00	4.850,00	3.500,00	-	11.450,00	-
Krankenkassen Individuelle Förderung	Projekt- förderung	6.629,07	-	5.538,44	-	1.000,00	-	11.815,73	-	-	-	-
AOK						1.000,00		3.750,00				
BARMER GEK		4.629,07										
BKK Deutsche Bahn		2.000,00										
IKK Classic				5.538,44				5.768,88 2.296,85				
Summe KK		56.629,07	2.500,00	14.058,44	1.293,25	3.000,00	2.175,00	16.665,73	3.500,00	-	11.450,00	-
Pharmafirmen		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verschiedene	Freie Spenden für RG	2.075,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verschiedene	Spenden	4.555,20	-	-	-	250,00	-	-	-	-	-	-
Insgesamt		63.259,27	2.500,00	14.058,44	1.293,25	3.250,00	2.175,00	16.665,73	3.500,00	-	11.450,00	-

BERICHTE

Duderstadt – ein Weiterbildungs- Wochenende für die Aktiven des ADHS Deutschland e.V.



Alle Regionalgruppenleiter, Stellvertreter, Telefon- und E-Mailberater, d. h. alle, die ihre Zeit ehrenamtlich für eine gute Beratungs- und Aufklärungsarbeit bereitstellen, waren eingeladen, die Fortbildung zum Thema: „Schwierige Gesprächssituationen besser meistern“ mit Dr. Fritz Jansen zu erleben.

Zur Einführung des Seminars wurden am Samstagmorgen kurze Videosequenzen gezeigt, in denen es um Kommunikation mit schwierigen Kindern ging. Dabei wurde analysiert: wie sind Arbeitsaufträge, Wünsche und Pflichten der Eltern bei den Kindern angekommen. Die Filme waren von Protesten, Verweigerung und auch Wut der Kinder geprägt.

Anhand der Beispiele wurde in einem gemeinsamen Austausch mit Dr. F. Jansen eine andere Sicht- und Herangehensweise ermittelt.

Wir sind Eltern, Partner, Kinder, Arbeitnehmer, Arbeitgeber und auch Berater in der Selbsthilfe. Jeder hat seine eigene Lebensgeschichte, sein eigenes Auftreten, seine eigene Wahrnehmung und Außenwirkung, geprägt von der eigenen Kindheit. Bindung war/ist der Schlüssel für die Kommunikation und fördert die Beziehung. Die nonverbale Sprache, die wir mit unserem Körper, Mimik und Gestik unbewusst sprechen, lässt so manchen Partner, Kind etc. gleich abblitzen.

Mit Herrn Dr. Jansen haben wir anhand der Videos, die er mitgebracht hatte und in selbstgedrehten eigenen Filmszenen gelernt, die Beziehungen und Bindungen „zu lesen“.

Puh, auch ich kann borniert sein, dabei bin ich immer soo sozial – oder doch nicht? Nein, ich weiß: Strafreize können auch Spaß machen, wenn man / ich weiß, wie das geht. Ich habe meine Aufmerksamkeit, mein Bewusstsein schulen dürfen. Es war sehr hilfreich, in einem geschützten Umfeld seine Beratungs-Qualitäten in Übungen zu verfeinern.



Der Austausch über die Inhalte dieser Fortbildung hatte einen großen Anteil auch außerhalb der Seminarzeiten, da es einfach ein sehr spannendes Thema war/ist, welches jeden betrifft.

Das Kolpinghaus Duderstadt war für diese Zeit unsere Herberge, sehr idyllisch auf dem Pferdeberg mit viel Natur drum herum gelegen.

Die Betreuung durch das Team des Kolpinghauses war sehr freundlich, angenehm und familiär. Auch für unser leibliches Wohl wurde durch das Küchenteam des Kolpinghauses bestens gesorgt. Für den gemütlichen Ausklang am Abend bot sich die „Tatico-Bar“ im Haus an, in der wir uns über dies und das, ebenso wie über die Erfahrungen und Erkenntnisse der Fortbildung austauschen konnten.

Wie soll ich sagen ... wenn ein „großer Haufen“ ADHSler in gemütlicher Runde beieinander ist, ist es definitiv nicht leise und es wird sehr viel gelacht.

Danke für das tolle Weiterbildungswochenende in Duderstadt mit tollen Menschen!

AUTORIN | Petra Peilert



Jahresbericht 2017 der Landesgruppe Baden-Württemberg des ADHS-Deutschland e.V.

Januar 2017

Wie jedes Jahr im Januar gibt es sehr viel Arbeit, die niemand sieht. Die Gelder müssen belegt werden, Berichte müssen geschrieben werden – die Cleveren unter uns machen das jeden Monat (-;

Neue Gelder müssen beantragt werden und damit muss auch der Aktivitätsplan für 2018 stehen – Stress lass nach! Ach ja: die Kasse muss auch noch geprüft werden.

Dann kann es mit Schwung an die eigentliche Arbeit gehen. Wir stecken mitten in den Vorbereitungen für die didacta.

Februar 2017

Didacta – wir brauchen noch ein interessantes Giveaway, was nicht jeder hat. Da Februar ist, wären doch Eiskratzer passend....

Die Pressekonferenz der didacta ruft nach Stuttgart und macht die Welt noch mal auf das anstehende Ereignis aufmerksam. Und nachdem wir mit eisigen Händen in einer noch eisigeren Halle den Stand aufgebaut hatten, saßen wir im Auto auf dem Heimweg. Ab jetzt hieß es täglich Bruchsal-Stuttgart und wieder zurück und das auf dieser Autobahn - man gönnt sich ja sonst nix!

Die Tage auf der didacta vergingen wie im Flug und wir hatten sehr viele Besucher. Jeden Morgen musste ich wieder den Kofferraum mit Broschüren und Infomaterialien füllen und ab ging es nach Stuttgart.

Wir hatten ein bunt gemischtes Besucherklientel von Lehrern, Rektoren, Pädagogen aus allen Richtungen, betroffenen Schülern -die ihre Problematik viel klarer sehen und drüber sprechen, als die anwesenden Eltern. Auch kam eine Filmproduktionsfirma auf uns zu, mit der Idee einen Erklärfilm über ADHS zu machen.

Wir haben natürlich auch die anderen Stände besucht und uns ausgetauscht oder auch Informationen geholt. Wissenswertes und Unwichtiges gibt es auf so einer Messe ja in Hülle und Fülle.

Eine Woche Messe geht auch an der Familie nicht spurlos vorüber. Also habe ich Samstag meine Tochter Sarah mit auf die didacta genommen, auch sie war völlig begeistert und kann die nächste Messe kaum erwarten! (-:

Am 21.02.2017 ging es schon wieder nach Stuttgart. Dort habe ich zusammen mit Dr. Johannes Streif und Dr. Katharina Schönthal an einer Talkrunde zum Thema „ADHS - Chaos im Kopf“ teilgenommen. Veranstalter war das Kirchenfernsehen. Diese Sendung wurde in mehreren 3. Programmen gesendet und war das ganze Jahr über im Internet abrufbar.



Am 22.2.2017 durften wir einen Pädagogischen Tag im Paulusheim in Bruchsal organisieren. Unsere Referenten waren Prof. Biegert, Leiter und Gründer der HEBO-Schule in Bonn/Bad Godesberg und Dr. Johannes Streif, Dipl. Psychologe. Diese Mischung aus Psychologie und Lehrer/Schulleiter war perfekt. Damit konnten wir auch den letzten unwilligen Lehrer mit ins Boot bekommen.

März 2017

Die didacta hat ihren Tribut gefordert und die Transporttaschen der Messestände sind kaputtgegangen. Nun galt es etwas Neues zu finden. Nach langer Suche sind wir auf den Transportkoffer „Kompletto“ gestoßen. Dieser Transportkoffer bietet die Möglichkeit für ein eigenes Design und mit einer Thekenplatte. So haben wir gleich noch einen weiteren Messetresen.

Da kam gleich die Idee auf, Diffy eine Präsentationsfläche zu bieten. Da man dazu aber eine Vektordatei benötigt, sah es so aus, als würde dieses Projekt zum Scheitern verur-

teilt sein. Also gab ich den Druckauftrag mit dem Logo des ADHS Deutschland. Zwischenzeitlich wunderte ich mich schon etwas, warum ich noch keine Anfrage zur Druckfreigabe bekam. Doch dann kam diese Anfrage, allerdings mit einer Diffy-Datei! Christian Junus von Star Expo hatte sich in seiner Freizeit an dieses Projekt gesetzt und hat uns eine druckfähige Vektordatei für Diffy erstellt. Christian Junus: „Das ist mein Beitrag für die ADHS-Betroffenen!“ An dieser Stelle ein großes „Dankeschön“ an Christian Junus!

Am 22.3. wurden wir in die Sebastian Schule nach Karlsrufer gerufen und durften dort Eltern und Lehrer über die Symptomatik bei ADHS informieren.

April 2017

Da immer wieder Anfragen von Schulen kommen, muss ich dringend noch etwas mehr Fachliteratur für Lehrer



besorgen und auch lesen. Man will ja nicht unwissend dastehen.

Unsere alljährliche Mitgliederversammlung steht an. Also Koffer packen und auf geht es nach Helmstedt. Das ist das Schöne an unseren Veranstaltungen: man kommt rum in Deutschland.

In Helmstedt sind wir in einem Kloster untergekommen und dieses Kloster verfügt über einen Weinkeller, da kann ja nichts mehr schiefgehen!

Bei der Mitgliederversammlung stehen die Neuwahlen des Vorstandes des ADHS Deutschland e.V. an. Im Rahmen dieser Neuwahlen werde ich als Beisitzer mit in den Vorstand gewählt. Ab jetzt darf ich mich offiziell um unseren Nachwuchs / Jugendveranstaltungen kümmern.

Mai 2017

Nun stehen die 2. ADHS-Tage in Bruchsal/Hambrücken an. Im Vorfeld wurden Anmeldungen bearbeitet, Eintrittskarten verschickt, geplant und organisiert und bestimmt auch das ein oder andere vergessen... aber das ist dann immer wieder irgendwem aufgefallen.

Zum Aufbau hatten wir sehr viel Unterstützung aus der ADHS-Elterngruppe Bruchsal/Hambrücken.

Da hier wieder eine Jugendveranstaltung angeboten wurde, mussten wir noch ein paar Getränke und etwas Obst für die lieben Kleinen besorgen.

Die ADHS-Tage mit dem Thema Leben mit ADHS/Autismus wurden von 350 Teilnehmern besucht. In der Kinder- /Jugendveranstaltung fanden sich 61 Kinder und Jugendliche in drei verschiedenen Altersgruppen. Abends gab es ein gemeinsames Essen in einem Chinesischen Restaurant.

Auch im Mai fand wieder eine Sitzung des GPV Jugend in Karlsruhe statt. Hier treffen sich zwei Mal im Jahr alle möglichen Berufsgruppen, die mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen arbeiten, um deren Situation im Alltag und in der Schule / Kindergarten zu verbessern.

Juni 2017

Im Juni trafen wir uns zur jährlichen Vorstands-Klauseurtagung in Bad Soden- Saalmünster. In einem sehr netten Hotel dürfen wir am Wochenende arbeiten, aber es gibt auch die Gelegenheit mal eine Runde im hauseigenen Schwimmbad zu drehen. Und man glaubt gar nicht, wen man da so vor dem Frühstück alles antrifft.



Juli 2017

Unsere inzwischen zahlreichen Infobroschüren zu ADHS sind doch sehr gefragt, so dass ich immer wieder Pakete mit Infomaterial versende. Meinem Keller kommt das sehr entgegen und bei unserem Postamt bin ich ein gern gesehener Gast.

Am 20.7. fahre ich zusammen mit Sabine Kolb nach Tübingen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir treffen uns dort mit Prof. Renner und seinem Team, da wir 2018 unsere Landesgruppenveranstaltung in Tübingen halten wollen. Im Rahmen dieser Veranstaltung möchten wir gern die Gründung einer neuen Selbsthilfegruppe an der Klinik unterstützen.

August 2017

Die wohlverdienten Sommerferien sind da und wir genießen sie sehr. Eltern von ADHS-Kindern verstehen das am besten!

September 2017

Im April 2018 soll es bei unserer Mitgliederversammlung in Königswinter (wie war das noch mit dem Reisen) wieder eine Jugendveranstaltung geben. Diese plane ich zusammen mit Alena Marsch. Sabine Kolb gestaltet uns dazu den Flyer.

Am 26.9. findet unsere ADHS-Regionalteam Sitzung in Mingolsheim statt.

Oktober 2016

Da die Broschüren langsam zur Neige gehen und noch ein paar andere Dinge besprochen werden mussten, habe ich unserer Druckerei mal wieder einen Besuch abgestattet.

Da unsere Jugendbetreuer ja auch Nachwuchs brauchen, reiste Fabian Eckner nach Springe zur Weiterbildung der Jugendberater. Auf dem Rückweg strandet Fabian in Hannover, weil ein Sturm ganz Deutschland lahmgelegt hat

November 2017

Mein Bildschirm vom Computer streikte plötzlich, naja, plötzlich nach 12 Jahren. Aber zum Glück habe ich einen Sohn, der genau weiß, was seine Mutter braucht und der suchte mir einen neuen Bildschirm aus. Also kann weitergearbeitet werden.

Broschüren werden bestellt und wir haben uns in diesem Jahr Kugelschreiber mit ADHS-Deutschland-Logo angeschafft.

Da unsere Veranstaltungen immer größer werden, brauchen wir dringend noch Namensschilder, auch die wurden besorgt.

Im November treffen wir uns in Duderstadt zur Regionalgruppenleiterschulung.

An diesem Wochenende ist Dr. Fritz Jansen der Referent und lehrt uns sehr viel über Gesprächsführung. Das können wir nicht nur in der Selbsthilfearbeit anwenden, nein, das funktioniert auch bei pubertierenden Teenagern.

Aber auch der gemütliche Teil darf bei solchen Veranstaltungen nicht fehlen. Abends finden sich viele in der hauseigenen Bar zusammen.

Am 28.11. trifft sich noch einmal das ADHS-Regionalteam nördlicher Landkreis Karlsruhe. Diesmal erwarten wir Besuch vom Jugendamt. Es gibt ein neues Projekt, in dem ADHS-Kinder Schulbegleitung erhalten können und

parallel erhalten die Eltern Unterstützung für zu Hause. Leider konnte er uns nichts darüber sagen, versprach aber jemanden zu schicken, der sich auskennt. Wir sind gespannt und müssen auf das nächste Treffen warten.

Dezember 2017

Der Jahresabschluss steht an. Nochmal einen Blick auf die Finanzen, habe ich irgendwas vergessen?

Den Jahresplan für die ADHS-Elterngruppe noch aus dem Boden stampfen und auch der GPV Jugend trifft sich noch einmal in Karlsruhe.

AUTORIN | **Kirsten Riedelbauch**

Jahresbericht 2017 der ADHS Elterngruppe Regionalgruppe Bruchsal/Hambrücken des ADHS Deutschland e.V.

Januar

24. Januar 2017, 1. Gruppentreffen der ADHS Elterngruppe 2017

Zum ersten Gruppentreffen 2017 konnten wir 18 interessierte Eltern begrüßen. Nach einer kurzen Begrüßung durch Kirsten und den Hinweis auf die Veranstaltung 2. ADHS Tage im Mai ging Kirsten zum Thema des Abends über. Sie stellte das BKK Programm Starke Kid's vor. Mit dem Gesundheitsprogramm BKK STARKE KIDS bietet die BKK bundesweit eine große Auswahl an exklusiven Gesundheits- und Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche. Das Programm geht weit über die Leistungen anderer Kassen hinaus und fördert die gesunde Entwicklung Ihres Kindes. Speziell für Kinder mit ADHS sind das Mehrleistungen von ca. 1.200,- € im Jahr. Diese kann der behandelnde Arzt für mehr Therapie verordnen. An dem Programm nehmen inzwischen viele Betriebskrankenkassen teil.

Was haben wir im Januar sonst noch alles gemacht?

- Vorbereitungen für die ADHS Tage
- Bürotage mit Versenden von Eintrittskarten, Einschreiben von Anmeldungen, Flyer zur Werbung verschickt.
- Infogespräche geführt

- Interview mit einer AOK-Journalistin anlässlich der 2. ADHS Tage
- Vorbereitung des Pädagogischen Tags im Paulusheim Bruchsal

Februar

7. Februar 2017

1. Treffen des ADHS Regionalteams nördlicher Landkreis Karlsruhe

In dieser Teamsitzung ging es um verschiedene Fallvorstellungen. Schwierige Fälle von ADHS Kindern wurden in der Fachgruppe vorgestellt, um dann gemeinsam das weitere Vorgehen zu besprechen. Als zweiten Punkt des Abends stellten Kirsten und ich das Programm der 2. ADHS Tage vor.

13. Februar 2017

Aufbau des Standes auf der didacta in Stuttgart

Zusammen haben wir heute bei eisigen Temperaturen den Stand des ADHS Deutschland e.V. in der Halle 1 in der Messe Stuttgart aufgebaut. Durch widrige Verhältnisse gestaltete sich dies recht schwierig. Aber trotzdem haben

wir uns nicht entmutigen lassen und am Ende einen tollen Stand aufgebaut.

Kirsten war dann als Landesgruppenleiterin BW an allen 5 Tagen am Stand vertreten.

14. Februar 2017

2. Gruppentreffen der ADHS Elterngruppe

13 interessierte Eltern kamen zu uns in die Gruppe, um sich mit uns und den anderen Eltern auszutauschen. Nach einer kleinen Begrüßung und dem Hinweis auf das Thema des nächsten Treffens führten wir in kleinen Gruppen tolle Gespräche. Wir hatten 4 neue Eltern da, die sich gut in die Gruppe einbrachten und ihre Fragen von uns beantwortet bekommen haben. Von unserer Bücherei wurde an diesem Abend auch gut Gebrauch gemacht.

Was haben wir noch gemacht im Februar?

- 10 000 Flyer für die 2. ADHS Tage verschickt.
- Anmeldungen einschreiben und Briefe mit Bestätigungen und Eintrittskarten verschickt

23. Februar 2017

Pädagogischer Tag Paulusheim Bruchsal

Nach der Begrüßung durch den Direktor des Paulusheims Herr Zepp, stellte Kirsten Riedelbauch sich selbst, unseren Verband und die Elterngruppe vor. Dann begann das Programm für die Lehrer. Prof. Dr. h. c Hans Biegert von der HEBO-Schule Bonn hielt einen Vortrag zum Thema: „ADHS: Impulsiv und unaufmerksam – Lehrer und Eltern ohne Chance?“. ADHS führt zu einer erheblichen Minderung des Selbstwertgefühls und des Selbstbildes. Sein Vortrag zeigte auf, welche Problematiken sich für ein ADHS-Kind in der Schule ergeben, welche Probleme sich daraus für die Lehrer und die Schule entwickeln und was man tun kann.

Danach hielt unser 2. Vorsitzender Dr. Johannes Streif, einen Vortrag zum Thema: „ADHS & Unterricht“. Mit kleinen Geschichten aus seiner eigenen Kindheit erklärte er, was ADHS ist und welche Auswirkungen diese hat. Nach der Mittagspause gab es für die Lehrer zwei Workshops, zum einen mit Prof. Dr. h. c. Biegert zum Thema: „Classroom Management - Souveräner Umgang mit schwierigen Schülern und Schülerinnen“ und zum anderen mit Dr. Streif zum Thema: „Elternarbeit in der Schule bei ADHS“

März

14. März 2017

3. Gruppentreffen der ADHS Elterngruppe

22 teilnehmende Eltern sind an diesem Dienstagabend zu uns nach Hambrücken gekommen. Thema des Abends war

der „Pflegrad bei ADHS“. Zu diesem Thema informierte Kirsten Riedelbauch die Anwesenden und beantwortete Fragen. Im Anschluss an ihren Vortrag war noch genügend Zeit sich miteinander zu unterhalten.

Was haben wir im März noch gemacht?

- Organisatorisches für die 2. ADHS Tage
- Anmeldungen bearbeitet
- Information über ADHS bei einem Elternabend in einer Grundschule in Neuthardt

April

25. April 2017

3. Gruppentreffen der ADHS Elterngruppe

Zu Beginn des Gruppentreffens kamen wir mit einem kleinen Anliegen auf die Anwesenden 11 Eltern zu. Wir benötigen für die 2. ADHS Tage reichlich Unterstützung, sowohl beim Auf- und Abbau, sowie Kuchen für den Kuchenverkauf an beiden Tagen. Anschließend haben wir die Runde freigegeben und es bildeten sich 2 Gruppen in denen sehr gute Gespräche geführt wurden.

Mai

26. Mai 2017

Aufbau für die 2. ADH Tage

Mit vielen Helfern aus unserer Elterngruppe „wuppten“ wir den Aufbau zu den 2. ADHS Tagen in weniger als 3 Stunden. Die verschiedenen Aussteller, die Firma für Ton und Licht, sowie die Vereine zur Bewirtung - jeder arbeitete in seinem Bereich unermüdlich. Am späten Nachmittag standen wir zufrieden in der Halle und sahen den 2. ADHS Tagen schon etwas entspannter entgegen. Am Abend trafen wir uns mit Mitgliedern, den schon Anwesenden Kinder- und Jugendbetreuern und Vortragsrednern zum gemütlichen Abendessen im Spargelhof Simianer in Hambrücken



Was haben wir im Mai noch gemacht?

- Organisatorisches für die 2. ADHS Tage
- Anmeldungen bearbeitet

27./28. Mai 2017

2. ADHS Tage Bruchsal/Hambrücken Thema „Leben mit ADHS/Autismus“

Wir hatten zu diesen beiden Tagen

- Ca. 350 Zuhörer (aus ganz Deutschland)
- Ärzte/Therapeuten/Erzieher/Eltern/Betroffene/
Interessierte
- 31 Kinder von 6–10 Jahren
- 15 Jugendliche von 11–13 Jahren
- 15 Junge Erwachsene 14+
- 11 Betreuer
- Fachausstellung mit 7 Ausstellern

Weitere Einzelheiten zu den 2. ADHS Tagen finden Sie in den gesonderten Berichten, die es zu diesen Tagen bei uns gibt.

Juni

20. Juni 2017, 4. Gruppentreffen der ADHS Elternggruppe 2017

15 Personen konnten wir zu diesem Gruppentreffen begrüßen. Die Eindrücke und Erfahrungen, die Besucher der 2. ADHS Tage gemacht haben interessierten uns sehr. Deshalb haben wir die, die an diesem Abend anwesend und auch bei den ADHS Tagen waren, um ein Feedback gebeten. Danach widmeten wir uns den vielen Fragen der einzelnen Eltern und führten viele nette Gespräche.

Juli

18. Juli 2017

5. Gruppentreffen der ADHS Elternggruppe

14 anwesende Eltern haben sich in Hambrücken getroffen, um sich zum Thema ADHS auszutauschen. In einer großen Runde haben wir Themen gemeinsam besprochen und Erfahrungen ausgetauscht. Die Themen waren: „Geschwisterivalität“, „Welche Schule ist für mein ADHS-Kind gut?“



„Wo finde ich eine solche?“, „Medikation!?“

Von unseren Infotischen sowie von der großen Fachbücherei wurde auch an diesem Abend rege Gebrauch gemacht.

20. Juli 2017, Treffen mit Prof. Renner in Tübingen

Kirsten und ich sind nach Tübingen gefahren, um uns mit Prof. Dr. Renner zu treffen. Anliegen dieses Treffens ist eine gemeinsame Veranstaltung der Abteilung der Uniklinik Tübingen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter und der Landesgruppe BW des ADHS Deutschland e.V.

Zu dem Treffen haben wir uns mit dem Team von Prof. Dr. Renner ausgetauscht und haben Ziele und Aufgaben abgesteckt. Nun erarbeiten wir gemeinsam ein Programm.



August

Sommerferien

September

10. September 2017

Besuch der Firma „Matthias Müller Beschallungstechnik“

Auf Grund der super Zusammenarbeit mit der Firma Müller Beschallungstechnik bei den 1. und 2. ADHS Tagen wollten wir dem Inhaber Matthias Müller herzlich zu seinem nun mehr 25-jährigen Bestehen gratulieren.

19. September 2017

6. Gruppentreffen der ADHS Elternggruppe

Wegen der hohen Besucherzahl beim heutigen Treffen haben wir uns dazu entschlossen Tischgruppen zu machen. Es gab somit einen Tisch für die „Neuen“, damit sie ihre Fragen loswerden können und wir so manches Gespräch über allgemeines nicht doppelt führen müssen. Daneben gab es noch weitere 3 Tischgruppen für unsere schon bekannten Eltern. Insgesamt waren wir 25 Personen an diesem Abend.

26. September 2017 Regionalteamsitzung des ADHS Regionalteams nördlicher Landkreis Karlsruhe

Brigitte Krämer und Manuela Scherbel stellen ihren Psychomotorik- und Entspannungskurs vor. Im Anschluss an den Vortrag bearbeitete das Team noch einzelne Themen, wie Flyer Regionalteam, wen sollte man mal einladen? Nächster Termin.

Oktober

24. Oktober 2017

7. Gruppentreffen der ADHS Elterngruppe

Auch zu diesem Treffen haben wir wieder Tischgruppen gemacht. Von 21 Personen waren 4 neue Eltern da. Diese wollten wir an einen separaten Tisch haben, um mit ihnen das Erstgespräch zu führen. Alle anderen konnten sich auf die übrigen Tischgruppen verteilen. Wir führten viele nette Gespräche.

Was haben wir sonst noch gemacht?

- Flyer Königswinter Jugendveranstaltung
- Abrechnung
- Planung für 2018

November

14. November 2017

8. Gruppentreffen der ADHS Elterngruppe

16 interessierte Eltern haben den Weg nach Hambrücken gefunden. Eine tolle Mischung aus „Neuen + Alten“. Zu Beginn erinnerten wir an die anstehende Weihnachtsfeier sowie die Ausgabe des neuen Jahresplans. Da wir kein Thema an diesem Gruppentreffen hatten, haben wir uns wieder in Gruppen zusammengesetzt und nette Gespräche geführt.

24. bis 26. November 2017

RG-Leiterschulung in Duderstadt

Bereits am Freitag reisten wir nach Duderstadt, um nicht Samstagfrüh fahren zu müssen. Bei einer gemütlichen Runde konnten wir schon am Abend vorher nette Gespräche mit anwesenden Regionalgruppenleiter aus ganz Deutschland führen.

Am Samstagmorgen begann die Regionalgruppenleiter-Schulung mit der Begrüßung durch Dr. Myriam Bea. Im Anschluss daran folgte einiges Organisatorisches wie die Bitte um Verteilung der Flyer für die Jugendveranstaltung in Königswinter 2018. Außerdem gab es Postkarten von Diffy Postkarten, Schlüsselanhänger, Aufkleber, Karten mit Sprüchen (Aufklärungskampagne).

Die Broschüren in Leichter Sprache waren auch fertig und konnten mitgenommen werden. Jetzt ging es mit der Schulung los. Diese wurde von Dr. Fritz Jansen durchgeführt,

Thema: Schwierige Gesprächssituationen besser meistern. Das Wochenende hat total Spaß gemacht und wir waren eine tolle Truppe.

24. bis 26. November 2017

Treffen des ADHS Regionalteams nördlicher Landkreis Karlsruhe

Das ist nunmehr die 34. Teamsitzung, zu der uns Dr. Bernhard Zehe begrüßte. Als Gast war heute Michael Gleitz eingeladen, Integrationsbeauftragter der Stadt Karlsruhe. Es ging darum, mit ihm zusammen zu besprechen, wie man die Situation für Kinder mit ADHS in der Schule verbessern kann, wie man an die Schulsozialarbeiter kommt, wie man die Lehrer aufklären kann. Da er diese Fragen nicht vollständig beantworten konnte, hat er uns versprochen, dass er es an die Stellen weitergibt, die hier etwas bewirken können.

Dann wurden vorab noch die Termine für 2018 besprochen und schon war eine Teamsitzung wieder zu Ende.

Dezember

01. Dezember 2017,

Weihnachtsfeier der ADHS Elterngruppe im Ho's Garden Kronau

Am 1. Dezember fand unsere diesjährige Weihnachtsfeier statt. Mit stattlichen 17 Eltern trafen wir uns in gemütlicher Runde zum Essen und Quatschen. Die Anwesenden durften als erste den neuen Jahresplan in Augenschein nehmen. Dieser wurde mit vielen Vorträgen sehr gut aufgenommen und gelobt. Kirsten hat sich da mächtig ins Zeug gelegt und einen tollen Plan für 2018 auf die Beine gestellt.

05. Dezember 2017

Schulung ADHS bei der Tagesgruppe Weiher

Wir wurden vor einiger Zeit eingeladen, die Betreuer der Tagesgruppe Weiher zum Thema ADHS auf den neuesten Stand zu bringen. Mit Hilfe einer PowerPoint gaben wir den anwesenden 7 Betreuern Infos über „neue Erkenntnisse über ADHS“, „Ernährung und ADHS“, „Medikation und Nebenwirkungen“. Wir beantworteten vielen Fragen und hatten einige gute Gespräche. Im Anschluss haben wir das Team noch mit reichlich Infomaterial eingedeckt.

09. Dezember 2017

7. Mannheimer ADHS-Tagung

Motto der 7. Mannheimer ADHS-Tagung war „Aktuelle neue Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie bei ADHS“. Thema des ersten Vortrags von Prof. Dr. Manfred Döpfner war: Psychotherapie – Was funktioniert, was nicht? Im Anschluss wurde der 14. ADHS-Preis verliehen. Den nächsten Vortrag hielt Prof. Dr. Michael Huss aus Mainz, Thema: Differenzielle medikamentöse ADHS-Therapie. Nach einer kleinen Pause folgte der dritte Vortrag von Dr.

Alexander Häge, Thema „ADHS und Substanzmissbrauch – inklusive nicht stoffgebundener Süchte“.

Nach der Mittagspause folgte ein interessanter Vortrag von Frau Prof. Dr. Luise Poustka zum Thema „ADHS und Aggressivität – komplexe Fälle“.

Den letzten Vortrag des Tages hielt Prof. Dr. Andreas Reif zum Thema „Zwischen allen Stühlen: ADHS Patienten in der Transitionsfalle“.

09. Dezember 2017, 9. Gruppentreffen der ADHS Elterngruppe

Am letzten Gruppentreffen im Jahr 2017 haben wir etwas weihnachtliche Stimmung geschaffen. Mit 17 Eltern haben

wir mit einer Bildershow das Jahr 2017 Revue passieren lassen. Mit Plätzchen, Punsch und Tee haben wir viele nette Gespräche geführt und einen tollen Abend verbracht. Jeder konnte sich noch einen Jahresplan von 2018 mit nach Hause nehmen und sollte sich gleich den ersten Termin im Jahr 2018 merken, denn da gab es gleich einen Vortrag mit Dr. Johannes Streif über das Thema ADHS und Sucht.

AUTORIN | Sabine Kolb

Gruppenleiterin der ADHS Elterngruppe

Tätigkeitsbericht der Regionalgruppe Helmstedt des ADHS Deutschland e. V. für das Jahr 2017

Unsere Regionalgruppe hat auch in diesem Jahr wieder zehn Bildungsveranstaltungen durchgeführt. Ein großes Spektrum an Themen hat viele Interessierte erreicht. Somit konnten nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch Erzieher, Lehrer, Schulbegleiter, Angehörige und weitere Interessierte über das Krankheitsbild ADHS und auch angrenzende Themen informiert werden.

Unsere Bildungsveranstaltungen werden frühzeitig im Internet bekannt gegeben und beworben. Plakate, Flyer und Presseartikel werden erstellt, um auch die Öffentlichkeit vor Ort zu informieren. Im Februar haben wir das Jahresprogramm wieder an ca. 280 Interessierte per Post versendet. Presseartikel, die eigens für die speziellen Themenabende entworfen werden, sind auch als Newsletter per Email an Interessierte verschickt worden. Des Weiteren haben etliche persönliche und telefonische Beratungsgespräche stattgefunden.

Themen unserer Bildungsveranstaltungen:

Zu Beginn des Jahres steht ein Klönabend in geselliger Runde auf dem Programm. Wir lassen das vergangene Jahr

Revue passieren und planen das neue Jahr. Ein wichtiger Planungspunkt war die Ausrichtung der Mitgliederversammlung unseres Verbandes.

Die Zeugnisausgabe im Februar ist für einige Eltern und Lehrer ein Grund, sich mit dem Thema „ADHS und Schule“ näher zu beschäftigen. Nach einem kurzen Film entwickelten sich gute Ideen, Gespräche zwischen Eltern und Lehrern zielführend zu gestalten.

Da Teilleistungsstörungen oft als Sekundärproblem bei ADHS auftreten, stand im März das Thema „Legasthenie“ auf dem Programm. Die Lerntherapeutin eines nahegelegenen Legasthenie-Zentrums informierte über adäquate Hilfsangebote.

Anlässlich des 20-jährigen Bestehens unserer Regionalgruppe fand im April ein großes Symposium statt. Prof. Dr. Hosser, Dr. Murphy, Prof. Dr. h.c. Biegert und Dr. Neuy-Bartmann hielten die Vorträge. Ein rundum gelungener Jubiläumstag mit ca. 300 Teilnehmern, der weit über die Region hinaus großen Anklang gefunden hat. Bereits einen Tag vorher trafen sich rund 35 Mitglieder unse-

res Verbands aus ganz Deutschland, um eine gemeinsame Radtour zu unternehmen. Bei strahlendem Sonnenschein empfing uns der Bürgermeister auf dem Marktplatz und sprach uns den Dank der Stadt Helmstedt für die ehrenamtliche Arbeit aus. Die Radtour stand unter dem Motto „Wir sind anders, doch höchst sympathisch“, welches unser Verband für die Öffentlichkeitsarbeit entwickelt hat.

Nach dem großen Symposium mit mehreren ADHS-Spitzenreferenten fand im Mai eine Nachbesprechung der Themen bzw. offen gebliebenen Fragen mit Dres. med. Ingrid u. Karin Just aus Wolfsburg, statt.

„Ordnung statt Unordnung“ lautete das Thema des nächsten Abends. Aus Krankheitsgründen wurde das Thema provisorisch von der Gruppenleitung übernommen. Im nächsten Jahr wird es erneut mit dem dafür ausgewählten Referenten auf dem Programm stehen.

Zwei ortsansässige Ergotherapeuten hielten Vorträge über das umfangreiche Hilfsangebot, welches in ihrer Praxis für ADHS-betroffene Kinder eingesetzt wird. Besonders der zweite Vortrag (der vormittags stattfand), war sehr praxisorientiert und wurde speziell von Berufsschülern (angehende Erzieher und Ergotherapeuten) sehr gut angenommen.

„Eigenwahrnehmung vs. Fremdwahrnehmung“ lautete ein weiterer Bildungsabend. Der Referent beleuchtete die Unterschiede der Wahrnehmung von Betroffenen und Nichtbetroffenen bzw. wie es zu dieser speziellen Sichtweise kommt.

Die ADHS-Trainerin Birgit Boekhoff aus Hannover gab Tipps, wie unser Arbeitsalltag durch To-Do-Listen effektiver gestaltet werden kann. Mehr schaffen - ohne mehr Anstrengung.

Buchautor und Kinderarzt Dr. med. Karsten Dietrich aus Uelzen, hielt den Vortrag „Vom Hotel Mama in die Selbstständigkeit“. Da die Entwicklung eines ADHS-Kindes anders und häufig verlangsamt verläuft, benötigen sie als Jugendliche auch spezielle Hilfen, um selbständig zu werden.

Unsere Bildungsveranstaltungen werden im Durchschnitt von 30 Teilnehmern besucht. Durch Evaluationsbögen versuchen wir ständig unsere Angebote an die Erwartungen unserer Teilnehmer anzupassen und zu optimieren.

Durch die Vielzahl an Vorträgen über ADHS und angrenzende Themen ist wieder viel Information und Aufklärung in die Region gekommen. Besonders auch das große Symposium im April hat u.a. in der Presse viel Aufmerksamkeit bekommen, „ADHS ist zwar ein sehr ernst zu nehmendes Thema, man ist der Krankheit jedoch keinesfalls hilflos ausgeliefert“, so eine Stimme. Frühzeitige Diagnostik und Therapie hilft Sekundärproblemen/Komorbiditäten vorzubeugen.

Die finanzielle Unterstützung der Krankenkassen und der Katholischen Erwachsenenbildung (KEB) ermöglichen uns, alle Bildungsveranstaltungen kostenlos anzubieten. Gerade im Sinne der KEB möchten wir dies in Zukunft beibehalten, damit Bildung für jedermann zugänglich ist.

Auch in diesem Jahr haben die aktiven Mitarbeiter unserer Regionalgruppe Fortbildungen besucht. Seminare in Braunschweig und Duderstadt waren sehr informativ und tragen dazu bei, dass unsere Arbeit vor Ort auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand bleibt.

Wir bedanken uns bei allen, die unsere Regionalgruppe des ADHS Deutschlands e.V. tatkräftig sowie auch finanziell unterstützen.

Zu folgenden Institutionen konnte Kontakt aufgebaut bzw. intensiviert werden:

Katholische Erwachsenenbildung, Helmstedt-Braunschweig
 ZiL, Zentrum für integrative Lerntherapie, Braunschweig
 Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Helmstedt
 Studienseminar St. Marienberg, Helmstedt
 Technische Universität (TU) Braunschweig
 PSAG Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Helmstedt/Braunschweig
 Reversi, Verein zur Unterstützung psychisch kranker Menschen
 Erziehungsberatungsstelle Oschersleben
 Deutsches Rotes Kreuz und Paritätischer Wohlfahrtsverband, Schulbegleitung
 viele Ärzte und Therapeuten in und um Helmstedt,
 einige Schulen und Kindertagesstätten in der Region

Durch die kontinuierliche und seriöse Arbeit ist die Regionalgruppe zu einer festen Größe in Helmstedt und Umgebung geworden. Darüber freuen wir uns und wollen diesen Erwartungen auch im Jahr 2018 gerecht werden.

AUTORIN | Monika Lehmann, Erzieherin, RG-Leiterin

Jahresbericht der RG Ingolstadt

Arbeitskreis ADS/ADHS 2016/2017

Alle sagten: „Das geht nicht!“
Dann kam einer, der hat das nicht gewusst
und hat es gemacht.
anonym

- Gruppentreffen – jeden 3. Donnerstag im Monat (ausgenommen August) - Adresse: Bürgerhaus Alte Post, Kreuzstraße 12, Ingolstadt
- Versammlung der Vertreter der Ingolstädter Selbsthilfegruppen – Januar 2016 und Februar 2017
- Familientagung des Landesverbandes Legasthenie und Dyskalkulie (LVL) - 08.10.2016 - Nürnberg - Vorträge und Workshops für Kinder, Eltern, Angehörige und Wegbegleiter – Hauptthema „Änderung im Bay EUG und in der Bay Schulordnung – Wie geht es weiter?“ – Resi und Birgit Forster
- Mitgliederversammlung des LVL - 21.01.2017 – Nürnberg – Resi Forster
- Neuropsychologie und ihr Beitrag in der Psychiatrie – 22.02. 2017
Vortrag der bayerischen Landesärztekammer – Klinikum Ingolstadt - Berta Bleicher, Stefanie Mayer-Hess
- Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie Eichstätt - 27.04.2017
Thema: Posttraumatische Belastungsstörungen – Berta Bleicher
- Gesundheitstag - 02.07.2016 und 01.07.2017 – Infostände der Selbsthilfegruppen der RG Ingolstadt Arbeitskreis ADS/ADHS, Selbsthilfegruppe für das hochbegabte Kind und Selbsthilfegruppe DownKind
- Teilnahme am Suchtsymposium Klinikum Ingolstadt - 19.07.2017 -
Vorträge zum Thema Sucht – Berta Bleicher, Stefanie Mayer-Hess
- Teilnahme am Symposium ADHS im 21. Jahrhundert in Münsingen (Kolleg-DAT) – 28.10.2017 – Referenten: Cordula Neuhaus, Dr. med. Martin Winkler, Dr. phil. Roy Murphy, Dr. med. Heiner Lachenmeier – Stefanie Mayer-Hess
- Planung des Bayerischen ADHS-Tag 2018 - 28.04.2017, 04.07.2017, 26.09.2017, 07.11.2017, 13.12.2017
- Teilnahme am Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie Eichstätt - 11.10.2017 - Vortrag Autismus-Spektrumstörungen Referentin: Frau Heiland (Heilpraktikerin für Psychotherapie) – Leiterin der Selbsthilfegruppe Ingolstadt – Berta Bleicher, Stefanie Mayer-Hess
- Besuch in der Fachakademie für Sozialpädagogik in Ingolstadt - 15.11.2017 -- Dialog mit Berufspraktikantinnen – ADHS Problematik aus Sicht der Eltern – Beispiele einer Gesprächsführung mit Eltern bei auffälligen Kindern – Informationen zu auftretender Symptomatik bei ADHS – Iris Fuchs, Berta Bleicher, Stefanie Mayer-Hess

AUTOREN | Berta Bleicher, Iris Fuchs, Birgit Forster, Stefanie Mayer-Hess



MEDIENREZENSIONEN

Der Struwwelpeter für Erwachsene? Ein ADHS Bilderbuch.

Dr. Andrea Daniels



Wer kennt ihn nicht, den Struwwelpeter? 1844 hat der Kinderarzt Heinrich Hoffmann das bekannte Bilderbuch gezeichnet und erdichtet. Es ist meines Wissens das erste Buch, in dem Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) künstlerisch dargestellt wurden.

Heute, mehr als 170 Jahre später, ist die Diagnose auch bei Erwachsenen anerkannt. Trotzdem sind Betroffene trotz moderner und bewährter Behandlungsstrategien oftmals weiterhin einem grossen Leidensdruck ausgesetzt.

Doris Ryffel-Rawak, eine erfahrene Psychiaterin auf dem Gebiet der ADHS, begibt sich mit der Gestaltung eines ADHS-Bilderbuchs für Erwachsene auf Neuland.

Es ist ein unkonventioneller und allein schon deswegen interessanter Ratgeber. Die Zielsetzung unterscheidet sich von den vorhergehenden Büchern: Mit Bildern und einer Prise Humor zum Nachdenken anregen, einen positiven Perspektivenwechsel bei Betroffenen bewirken und das Umfeld für mehr Verständnis und Toleranz sensibilisieren.

Die Autorin bedient sich einer Collagentechnik, deren Wurzeln im Dadaismus liegen, einer Art «Antikunst» entstanden in den Wirren des 1. Weltkriegs. Werbeanzeigen aus Zeitschriften der 30er bis 50er Jahre des letzten

Jahrhunderts wurden von der Künstlerin und Autorin aus ihrem Kontext gelöst und als Fragmente scheinbar sinnlos neu arrangiert.

Gedankenverbindungen entstehen dabei erst durch den Bezug, den der Betrachter zwischen den einzelnen Ausschnitten entdeckt. Durch Neukomposition der Fragmente entsteht ein surreales Spannungsfeld, das den Betrachter irritiert, manchmal fast provoziert. Ihm präsentiert sich eine Mischung aus Humor, Nachdenklichkeit, Melancholie sowie einem Hauch Erotik, was den Weg in ein Gedankennetz phantasievoller Assoziationen ebnet.

Die im Buch dargestellten Facetten der ADHS sind bunt und vielfältig:

- Eine hypoaktive Patientin lädt uns ein, sie mit feuchtem Feuer auf ihrer gläsernen Traumreise in ein frivoles Museum zu begleiten.
- Ein von seinen Alltagsaufgaben überforderter Mann mit riesigem Kopf und trichterförmigen Ohranhängeln, aufnahmebereit für einen wahren Informationstsunami, gerät auf einem Spielbrett in Not.
- Elegante Herren, dem Glücksspiel verfallen, werden lieber gleich auf Eis gelegt.
- Ein hyperaktives Pärchen flitzt im Schnellfeuer galopp an uns vorbei, während eine schlaflose Frau zur Sternstundenzeit immer noch auf ein Rendezvous mit dem Mann im Mond wartet.
- Die Spalttablette aus Grossmutterns Zeiten findet ebenso ihren Platz wie eine gerade vor Liebe um den Verstand gebrachte Erscheinung, die zwar nicht atemlos – sondern kopflos, aber mindestens genauso elegant wie Helene Fischer durch die Nacht schwebt.
- Eine verträumte Dame kann vor innerer Zerrissenheit dem «gewissen Etwas» in ihrem ausgewegten Gedankenkäfig nicht entfliehen.
- Liebe, Affären, Eifersucht, aber auch Grübelei, Einsamkeit, Enttäuschung, Suchtverhalten und fehlendes Selbstvertrauen kommen humorvoll zur Darstellung.

Es ist nun dem Leser und seiner Phantasie überlassen, was er daraus macht. Dennoch wird er nicht allein gelassen, sondern behutsam durch die einzelnen Abschnitte begleitet. Die Bilder werden nämlich durch solide und trotzdem gut verständliche Fachinformationen und authentische Patientenberichte ergänzt.

Hier wird klar: Die Autorin macht sich nicht lustig über

ADHS, sondern sie begegnet dem Patienten mit Respekt und Achtsamkeit, ermutigt ihn: «Relax, take it easy. Yes, you can».

Das harmonische Zusammenspiel humorvoller Illustrationen, gründlicher Fachinformationen und authentischer Patientenberichte bewirkt eine erfrischende Mischung, die Abwechslung und gute Lesbarkeit garantiert.

Darüber hinaus öffnet Doris Ryffel-Rawak dem Betrachter der Collagen eine kleine geheime Tür in eine andere Welt: Sie zeigt uns dieselben Menschen, die wir tagtäglich sehen. Aber in einem anderen Licht, so wie wir sie vorher noch nicht gesehen haben.

Das Tagtägliche zum Besonderen machen, das ist Aufgabe eines Künstlers und das ist ihr gelungen. Jeder sieht und empfindet zunächst immer verschiedene Sachen, hat eine eigene, ganz individuelle Wahrnehmung. Wenn wir aber ein wenig tiefer in uns gehen, dann können wir plötzlich erkennen, dass die Unterschiede zwischen uns gar nicht so wichtig sind, der andere doch gar nicht so anders ist als wir selbst.

Toleranz, Verständnis, Hoffnung, Zuversicht.

Auch darüber geht das Buch.

Fazit: Ein liebevoll von der Autorin selbst illustriertes Buch, das die ADHS auch einmal in einem anderen Licht zeigt und Mut macht. Mit der Botschaft: Relax, take it easy, yes, you can.

Selbst ADHS-Betroffene mit wenig Spannungskraft zum Lesen von längeren Texten werden mit diesem Buch keinerlei Probleme haben. Egal wo man einsteigt, in der Mitte des Buches oder im letzten Drittel: Der Autorin gelingt es über Bild und Text immer wieder, ihre LeserInnen abzuholen und zum Wesentlichen zu führen.



Doris Ryffel-Rawak
Unser facettenreiches Leben
 ADHS-Collagen zum Schmunzeln
 ISBN: 13-978-3743956438
 Verlag: tredition (2017); 1. Auflage
 Preis: 19,95 € (Taschenbuch)

Und hier noch eine Auswahl weiterer Bücher von Doris Ryffel:

ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert

Neuaufgabe 2017

Das Buch „ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert“ der Psychiaterin Doris Ryffel, erschienen erstmals 2009, gilt unter betroffenen Frauen und vielen Fachpersonen ebenfalls als Referenz. Die Autorin beschreibt die Geschichte von 16 Frauen. Einfühlsam und kompetent. Das Buch ist sehr gut lesbar. Und es hat Tiefgang. Kein Wunder: Doris Ryffel gehört zu den Pionierinnen der Therapie von erwachsenen ADHS-Betroffenen im deutschsprachigen Raum. Sie weiss, wovon sie schreibt. Das spürt man aus jeder Zeile. Ihr Buch richtet sich an Laien, wird aber auch von Fachpersonen sehr geschätzt.

Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben

Neuaufgabe von 2016

Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben“

ADHS bei Erwachsenen. Betroffene berichten aus ihrem Leben

ADHS und Partnerschaft – eine Herausforderung

Auch diese Bücher richten sich an Laien und sind bestens lesbar. Und auch hier ist die Nähe der Autorin zu ihren Patientinnen und Patienten aus fast jeder Zeile heraus spürbar.

**Du wirst vielleicht enttäuscht sein, wenn du scheiterst,
aber du hast verloren, falls du es nicht versuchst.**

unbekannt

Saskia Heike

Tiergestützte Pädagogik und ADHS

Astrid Bojko-Mühr



Das Buch stellt tiergestützte Arbeit vor anhand eines Projektes der Jugendfarm Erlangen. Hier können Kinder mit Tieren Natur erleben. Ein Projekt unter dem Motto „zappeln erwünscht, träumen erlaubt“.

Bereits in der Einleitung wird das Thema ADHS und tiergestützte Arbeit in seinen Möglichkeiten

und Grenzen beschrieben. In ansprechender, moderater Formulierung werden Zusammenhänge erklärt zwischen Natur und dem heutigen Kind sein, fehlenden Aktivspielplätzen und dem Mangel, Mensch-Tier-Beziehungen kennen und erleben zu dürfen. Es wird gleichzeitig aufgezeigt, was Kinder und Jugendliche mit ADHS im Alltag erleben und wie gewohnt die Gesellschaft damit verfährt, ADHS-Betroffene negativ abzustempeln. Hier liegt die Bemühung der tiergestützten Arbeit darin, Zusammenhänge zu erkennen und im Hinblick auf gesellschaftliche Normen Kindern und Jugendlichen mit ADHS unter entsprechender Anleitung eine Chance zu geben, Arbeit mit Tieren zu erfahren.

Tiergestützte Arbeit wird in der Öffentlichkeit noch immer falsch eingeschätzt. Aufgrund von mangelndem Wissen werden Arbeitsinhalte falsch interpretiert, es entsteht eine übersteigerte Erwartungshaltung. Gute Arbeit entsteht mit dem Wissen, dass Tiere nur unterstützend eingesetzt werden können und dies im Team mit dem Therapeuten.

Das Buch ist in drei Abschnitte unterteilt. Der Theorie Teil beginnt mit einer kompakten Darstellung der ADHS-Symptomatik und auch Problematik. Auch hier

wieder positiv, dass die guten Seiten der Kinder benannt werden. Das Interesse und die Begeisterung des Therapeuten für diese Kinder erhöht das Gelingen der Arbeit immens. Die Einbeziehung pädagogischer Anthropologie gewährt unserer Wahrnehmung das Erkennen von Beziehung; nicht nur in der Mensch-Tier-Beziehung, sondern auch im Verhältnis zu Natur, Umfeld und Ökologie; Tiere als Partner, Freund oder Lebensgefährte. Geschichtliche Vorgaben beeinflussen Mentalitäten und Denkmuster. Die Wahrnehmung unterschiedlicher Tiere und Rassen zeigt Vielfalt auf. Hier begründet sich die vielseitige, tiergestützte Arbeit, die sowohl die individuellen Bedürfnisse des Klienten als auch die erforderliche Differenzierung physischer, psychischer und sozialer Wirkungen berücksichtigt.

Das Buch beschäftigt sich weiterhin mit den Anwendungsgebieten der tiergestützten Arbeit, der Sicherung von Qualität durch verschiedene Verbände, den Formen von Arbeit und Kontaktaufbau. Wichtige Aspekte, die ausführlich bearbeitet werden, sind Hinweise auf Probleme in der tiergestützten Arbeit, zu Kostenfaktoren, zur Eignung der Tiere und zu Trainingsansprüchen.

Im nächsten Kapitel werden die Bedürfnisse und Ansprüche der einzelnen Tiere vorgestellt und die positiven Besonderheiten, die sie für die Arbeit mitbringen.

Die Arbeit der Jugendfarm, die bereits 1973 gegründet wurde, wird detailliert vorgestellt. Ging es zu Anfang hauptsächlich darum, die Spiel- und Erlebnisqualität der Kinder zu verbessern, ist bis heute ein gut durchdachtes Konzept entstanden. Klar definiert sind pädagogische und individuelle Zielsetzungen, soziale und gesellschaftliche Ziele. Die Jugendfarm bietet eine Vielzahl von Arbeitsfeldern und Bereichen. Der Tierbereich ist hier nur einer von vielen Angeboten. Gearbeitet wird mit Kaninchen und Meerschweinchen, Schafen und Ziegen und Ponys.

Das ADHS-Projekt vermittelt nicht nur das Wissen über Tiere, sondern dient letztendlich der Förderung des sozialen Verhaltens. Besondere Berücksichtigung erfährt das Lernverhalten mit ADHS. (Rollen, Positionen, Erreichen von Zielen).

Der Methodenteil des Buches beschäftigt sich mit Beurteilungsbögen, Wahl der Instrumente, Aussagelisten und Abfragen der Befindlichkeiten, der Durchführung von Interviews und persönlicher Beurteilung des Projektes.

Im praktischen Teil werden Projektregeln benannt sowohl im Umgang mit ADHS-Kindern als auch eigene Regeln der Jugendfarm und Regeln für den Umgang mit den Tieren. Das Konzept wurde von Dipl. Soz. Päd. Antje Lauer mann erstellt und beinhaltet 8 x 2 Stunden. Schwerpunkte waren Konzentrationsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Interaktionsfähigkeit, Wahrnehmung, Geduld. Es gab vier Arbeitsblöcke, in denen nicht nur der Umgang mit

dem Tier, sondern auch seine Versorgung, seine Bedürfnisse und seine Eigenart im Vordergrund standen.

Anhand der Auswertungsbögen und diverser Tabellen werden dem Leser die Ergebnisse aufgezeigt sowie Probleme der Datenanalyse und Messung beschrieben. Der Ausblick beschäftigt sich noch einmal mit der Auswahl der Tiere und Veränderungsvorschlägen.

Das Buch beschreibt die Vielfalt der tiergestützten Arbeit ohne alle Einzelheiten aufzulisten. Die Problematik ADHS wird in ihrer Tragweite geschildert, aber nicht zum übergeordneten Thema gemacht. Auf die ausführliche Darstellung der Nutzenanalyse wird im Titel hingewiesen. In die verwendeten Abkürzungen muss man sich erst einlesen. Eine nützliche Lektüre, die mich ein wenig an die Arbeit von Green chimneys erinnert hat.

Bei Art der Aufmachung und Umfang des Buches halte ich den Preis allerdings für zu hoch angesetzt.



Saskia Heike

Tiergestützte Pädagogik und ADHS

Nutzenanalyse eines sozialpädagogischen Projekts mit Kleintieren, Schafen und Ponys

ISBN: 13-978-3639008876

Verlag: Vdm Verlag Dr. Müller E. K. (2013)

Preis: 49,00 €

Kennen Sie schon unser Angebot?

Zu finden unter <http://www.adhs-deutschland.de/Home/Unser-Angebot/Infobroschuere.aspx>

Infobroschüre 1

Die Grundlagen: Diagnose, Therapie, Begleiterkrankungen

Infobroschüre 2

ADHS und die Betroffenen verstehen – Symptome und Ursachen

Infobroschüre 3

ADHS und Familie

Infobroschüre 4

ADHS und Schule

Infobroschüre 5

Auffangen, Informieren, Unterstützen

Infobroschüre 6

ADHS und Partnerschaft

Infobroschüre 7

Mädchen und Frauen mit ADHS

Infobroschüre 8

Stellenwert der Selbsthilfe

Infobroschüre 9

ADHS im Jugendalter

Infobroschüre 10

ADHS und Sucht

Infobroschüre 11

Grundlagen der ADHS

Info-Heft in Leichter Sprache

Infobroschüre 12

ADHS verstehen

Info-Heft in Leichter Sprache

Infobroschüre 13

ADHS und Familie

Info-Heft in Leichter Sprache

Infobroschüre 14

ADHS und Schule

Info-Heft in Leichter Sprache

Monika Ridinger

ADHS und Sucht im Erwachsenenalter

Dr. Johannes Streif



Die Monographie „ADHS und Sucht im Erwachsenenalter“ der Psychiaterin, Suchtmedizinerin und Psychotherapeutin Dr. med. Monika Ridinger befasst sich mit der Komorbidität von ADHS und Sucht als klinisch bedeutsamen psychiatrischen Störungen. Dabei wird sowohl auf die isolierte Form beider Störungsbilder

als auch auf die Besonderheit der Kombination im Hinblick auf Ätiologie, Diagnostik und Therapie eingegangen. Es erschien in der Reihe „Sucht“ des Kohlhammer Verlags, die von Oliver Bilke-Hentsch, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank und Michael Klein herausgegeben wird. Sie soll abschließend rund 30 Bände umfassen, die sich auf die Bereiche „Grundlagen und Interventionsansätze“, „Substanzabhängige Störungen und Verhaltenssuchte im Einzelnen“ sowie „Gefährdete Personengruppen und Komorbiditäten“ verteilen. Die Monographie von Monika Ridinger ist dem dritten Bereich zugeordnet.

Inhalt

Die kurze Einleitung der Autorin geht insbesondere auf die über die gesamte Lebensspanne wirksamen Effekte der ADHS ein und betont die negativen Erfahrungen, welche von der ADHS betroffene Menschen bereits im Kindesalter sammeln und welche, neben neurophysiologischen Voraussetzungen, ein bedeutsamer sozialer Faktor in der späteren Ausbildung von Suchtverhalten sein können.

In Kapitel 2 stellt sie zwei Fallvignetten von Erwachsenen vor, die erst im Erwachsenenalter die Diagnose einer ADHS erhielten. Die erste Vignette beschreibt einen Physikprofessor, der im Zuge der Diagnostik von Verhaltensauffälligkeiten seines Sohnes mit der eigenen ADHS-Betroffenheit konfrontiert wurde. Zugleich ist die

Fallvignette ein Beispiel für das durchaus mögliche erfolgreiche Leben mit der ADHS ohne Diagnose und Therapie, jedoch unter günstigen sozialen Bedingungen. Die zweite Vignette beschreibt eine beruflich gleichfalls erfolgreiche junge Frau in führender Stellung, die jedoch unter dem Eindruck beruflicher Anforderungen und eines scheiternden Privatlebens schleichend in die Alkoholabhängigkeit gerät und schließlich stationär behandelt werden muss.

Kapitel 3 „Allgemeine und klinische Epidemiologie der ADHS“ befasst sich zunächst mit der Prävalenz der ADHS im Kindes- und Erwachsenenalter, sodann mit der Prävalenz von ADHS und Sucht. Die Autorin weist auf zahlreiche internationale Studien hin, welche das erheblich erhöhte Risiko von ADHS-Betroffenen belegen, die Diagnose weiterer psychiatrischer Störungen zu erhalten und Suchtverhalten auszubilden. Dabei wird, wiederum anhand eines Fallbeispiels, sowohl auf die ADHS und substanzgebundene als auch substanzungebundene Abhängigkeiten eingegangen.

In Kapitel 4 „Klinik, Verlauf und Prognose der ADHS“ wird anhand mehrerer Fallbeispiele die Symptomatik der ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter dargestellt. Darüber hinaus wird auf den Zusammenhang von ADHS und weiteren psychischen Störungen eingegangen.

Das umfangreiche Kapitel 5 „Ätiologie der ADHS“, dessen Verständlichkeit wiederum durch mehrere Fallbeispiele erhöht wird, geht auf die Ursachen der ADHS ein, wie sie in der aktuellen Forschung diskutiert werden. Unterkapitel befassen sich mit dem Dopamin-, Noradrenalin-, Serotonin- und Acetylcholinstoffwechsel sowie ihrer jeweiligen Bedeutung für die Ausbildung der ADHS-Symptomatik. Des Weiteren wird auf strukturelle und funktionelle Besonderheiten des menschlichen Gehirns bei ADHS eingegangen. Ein umfangreiches eigenständiges Unterkapitel widmet sich den neurophysiologischen Veränderungen bei ADHS im Zusammenhang mit der Sucht. Es geht, gestützt auf zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen, auf alle wesentlichen Zusammenhänge von ADHS und Sucht ein, dies insbesondere unter Berücksichtigung des Inhibitoren Systems, des Aufmerksamkeitssystems, der Emotionsregulation und des Gedächtnisses.

In Kapitel 6 „Spezielle Suchtdynamik“ geht es ans Eingemachte des Zusammenhangs von ADHS und Sucht. Zunächst werden Hinweise auf gemeinsame genetische Varianten bei ADHS und Sucht dargelegt, dann wird das Modell der fehlgeleiteten Selbstmedikation als derzeit überzeugendstes Konzept zur Erklärung der überhäufigen Entstehung von Sucht bei ADHS vorgestellt. In einem weiteren Unterkapitel werden Risikofaktoren für die Komorbidität von ADHS und Sucht beschrieben, darunter eine gestörte emotionale Stressregulation und erhöhte Affektlabilität bei ADHS sowie die kritische Verbindung von

ADHS, Sucht und bereits im Kindesalter entstehenden Sozialverhaltensproblemen.

In Kapitel 7 „Diagnosen und Differenzialdiagnosen“ wird zunächst separat auf die ADHS-Diagnostik im Kindes- und Erwachsenenalter eingegangen. Ein weiteres Unterkapitel widmet sich der Diagnostik der Sucht im Vergleich der Diagnosekriterien von ICD-10 (WHO) und des neueren DSM-5 (APA).

Kapitel 8 „Interventionsplanung und interdisziplinäre Therapieansätze“ beschreibt nach einleitenden Bemerkungen, welche als beste Intervention der i.d.R. sich erst im Erwachsenenalter ausbildenden Suchtproblematik die frühe Diagnose und konsequente Behandlung der ADHS bereits im Kindesalter benennt, in mehreren Unterkapiteln zunächst die medikamentöse Behandlung der ADHS sowie der komorbiden ADHS und Sucht im Allgemeinen, dann ausgewählte Medikamente aus der Gruppe der Stimulanzien, der Antidepressiva sowie der Alpha-2-Agonisten im Einzelnen sowie im Hinblick auf ihre Wirkung, Nebenwirkung und Interaktionen mit der Suchtsymptomatik. Ein viertes Unterkapitel widmet sich den nicht-medikamentösen Interventionen bei ADHS und Sucht im Erwachsenenalter, wobei kognitiv-behaviorale Therapien, Psychoedukation, Neurofeedback und Achtsamkeitstrainings kurz vorgestellt werden. Ein abschließendes Unterkapitel berichtet kurz über klinische Erfahrungen bei der Behandlung von ADHS und Sucht.

Das – nicht zuletzt angesichts des Hinweises der Autorin, die beste Suchtprävention sei eine frühzeitige Behandlung der ADHS – mit nur drei Seiten sehr kurze Kapitel 9 „Präventive Ansätze bei ADHS und Sucht“ befasst sich mit Möglichkeiten, sowohl die Ausbildung einer ADHS als insbesondere auch Suchtproblematik durch präventive Maßnahmen einzudämmen. Im Fall einer späteren Neuauflage bedarf dieses Kapitel mehr als alle anderen einer Ergänzung, da es nicht zuletzt ein Ort sein könnte, weitgehender und differenzierter über soziale Faktoren bei der Ausbildung psychischer Störungen zu berichten und Möglichkeiten zu diskutieren, wie diese Faktoren (u.a. günstige Anregungs- und Erziehungsbedingungen in Familien, systematische frühkindliche Förderung, Verbesserung des Schulsystems, Bedeutsamkeit der Peer-Kontakte) positiv beeinflusst werden können.

Das kurze Abschlusskapitel 10 unterstreicht mit einem längeren Fallbeispiel die Effektivität eines multimodalen Therapieansatzes mit Verbindung von Psychotherapie, Beratung und Medikation.

Bewertung

Die Monographie „ADHS und Sucht im Erwachsenenalter“ von Monika Ridinger bietet einen ausgezeich-

neten Überblick sowohl über die ADHS, ihre Entstehung, Diagnose und Behandlung als auch über das Thema Sucht in klarem Fokus auf den Zusammenhang mit der ADHS. Suchtmediziner und andere, die sich primär professionell mit Suchterkrankungen bzw. Süchtigen befassen, werden, insbesondere im Hinblick auf einzelne Suchtformen, viele Informationen vermissen, welche die jeweilige Sucht in ihrer Erscheinung sowie den vielfältigen Möglichkeiten ihrer edukativen und therapeutischen Adressierung beschreiben. Allerdings können nachgerade auch Fachleute aus dem Bereich der Suchtberatung und Suchttherapie viel Neues über den grundlegenden Zusammenhang von ADHS und Sucht lernen, was ihnen im Alltag ihrer Profession dienlich sein wird.

Dabei zeichnet sich das Buch gerade durch seine gute Lesbarkeit auch für Laien aus. Ohne aktuelle wissenschaftliche Befunde zu reduzieren oder zu verzerren, gelingt es der Autorin, die empirischen Grundlagen von Ursache, Diagnose und Behandlung sowohl der ADHS als auch des Suchtverhaltens in verständlichen Sätzen und sinnvollem Buchaufbau zu beschreiben. Fehlendes Wissen, insbesondere im Bereich der Neurologie müssen sich Laien gegebenenfalls, sind sie an einem weitergehenden Verständnis der Zusammenhänge interessiert, durch gesonderte Erarbeitung der Fachbegriffe und eigenständige Lektüre aneignen. Auf Grundlage eines zumindest basalen Wissens über Hirnstrukturen und Neurotransmitter ist das Buch jedoch gut verständlich und setzt weder ein Studium der Medizin noch klinische Erfahrungen im Umgang mit ADHS und Sucht voraus.

Die insgesamt 19 Fallbeispiele helfen, die theoretischen Ausführungen in den jeweiligen Abschnitten zu verstehen, insofern sie theoretische Zusammenhänge mit beispielhaftem Verhalten verknüpfen. Allerdings sind die Fallbeispiele ungleichmäßig über die einzelnen Kapitel verteilt und nicht immer direkt auf die sie umgebenden Textpassagen zugeschnitten. Bisweilen machte es Sinn, die Autorin würde nach der Wiedergabe eines Fallbeispiels nochmals auf die exemplarischen Aspekte des Falls für das Verständnis der jeweiligen Passage eingehen.

Interessant, wenngleich ebenfalls unsystematisch über das Buch verteilt, sind die abgesetzten Kästchen, die mal umrandet, mal blau unterlegt besondere Hinweise und Vertiefungen, bisweilen aber auch Zusammenfassungen liefern. Wenige Grafiken insbesondere in Kapitel 5 visualisieren darüber hinaus komplexere Zusammenhänge.

Fazit

Alles in allem handelt es sich bei „ADHS und Sucht im Erwachsenenalter“ der Psychiaterin und Psychotherapeutin Monika Ridinger um ein ausgezeichnetes Buch zur Verbindung von ADHS und Sucht. Es stellt sowohl die in Teilen genetisch bedingten, in Teilen durch Prägung bestimmten neurophysiologischen als auch die sozialen Faktoren von ADHS- und Suchtsymptomatik in nachvollziehbarer Weise vor und erklärt den Zusammenhang beider Störungsbilder nicht zuletzt in ihrer bedeutsamen zeitlichen Abfolge. Ridingers Monographie macht deutlich, welche erheblichen Effekte von der ADHS auf den Lebensverlauf der Betroffenen ausgehen und wie auf Grundlage ungünstiger Umweltbedingungen – problematische Kindheitserfahrung, abweichendes Sozialverhalten, soziale Ausgrenzung, Stress und Versagen – die ADHS zum massiven Risiko für die Ausbildung von Abhängigkeit und Suchterkrankungen wird. Dabei ist das Buch eine gelungene Mischung aus wissenschaftlicher Fundierung einerseits, allgemeiner Verständlichkeit andererseits. Es kann von Fachleuten wie interessierten Laien gleichermaßen mit Gewinn gelesen werden und ist damit ein wunderbares Beispiel für ein medizinisches Fachbuch, das nicht zuletzt auch die von den abgehandelten Störungen betroffenen Patienten zum besseren Verständnis ihrer eigenen Problematik lesen können und sollten.



Monika Ridinger

ADHS und Sucht im Erwachsenenalter

(Sucht: Risiken – Formen – Interventionen)

ISBN: 13-978-3-17-023938-8

Verlag: Kohlhammer, Stuttgart (2016), 1. Auflage

Preis: 29,00 €

Termine



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)
Fr 24.08.2018 – So 26.8.2018

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)
Fr 28.09.2018 – So 30.09.2018

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)
Fr 01.02.2019 – So 03.02.2019

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)
Fr 15.03.2019 – So 17.03.2019

→ **Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe**

Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

Fr 23.11.2018 – So 25.11.2018

→ **Bad Kissingen**

Mitgliederversammlung / Symposium 2018

Sa 30.03.2019 – So 31.03.2019

→ **Bruchsal/Hambrücken**

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg

13./14.10.2018

→ **siehe Flyer**

Landesgruppe Bayern

13.10.2018

→ **Ingoldstadt**

Landesgruppe Hessen

Stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

Landesgruppen Niedersachsen / Bremen / Berlin / Hamburg / Schleswig-Holstein

21.– 23.9.2018

Gemeinsame Veranstaltung

→ **Springe**

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

9./10.6.2018

→ **Münster**

Landesgruppe Thüringen

Aufgrund der geringen Größe keine eigene
Fortbildung

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Fr 15.06.2018 – So 17.06.2018

Fr 26.10.2018 – So 28.10.2018

→ **Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe**

Geschäftsführender Vorstand

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

Weitere Vorstandsmitglieder

Unterstützung des Vorstandes:	Herta Bürschgens adhsde.buerschgens@gmx.de
Telefonberatungsnetz:	Gerhild Gehrman telefonberatung@adhs-deutschland.de
E-Mail-Beratung:	Gerhild Gehrman email-beratung@adhs-deutschland.de
Erwachsenen-ADHS:	Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz
Kinder und Jugendliche mit ADHS:	Dr. Klaus Skrodzki
Schule:	Christiane Eich Schule@adhs-deutschland.de
Kinder und Jugend im Verband:	Kirsten Riedelbauch, lg.baden-wuerttemberg@adhs-deutschland.de
Regionalgruppen:	Bärbel Sonnenmoser baerbel@adhs-bb.de
Juristische Angelegenheiten:	Isabell Streif Isabell.Streif@web.de
Landesgruppen:	Margit Tütje-Schlicker lg.niedersachsen-bremen@adhs-deutschland.de

Unterstützung des Verbandes

Geschäftsführung:	Dr. Myriam Bea gf@adhs-deutschland.de
Europäische Kontakte:	Detlev Boeing adhs@telenet.be
Ernährung/ Stoffwechsel-besonderheiten:	Renate Meyer meyer.koeppern@t-online.de
Jugendteam:	jugendberatung@adhs-deutschland.de
Buchführung:	Antje Gartzke
Unterstützung der Geschäftsstelle:	Sieglinde Lugert

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Dieter F. Braus Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, HELIOS Kliniken, Wiesbaden
Dr. Johanna Krause Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und 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 Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn
Prof. Dr. Tobias Renner Direktor des Universitätsklinikums Tübingen, Abt. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Prof. Dr. Marcel Romanos Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
Dr. Helga Simchen Kinder- und Jugendpsychiaterin, 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
Dr. Christina Clement Ökotrophologin, Universitätsklinikum Freiburg
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. Rudolf Kemmerich Kinder- und Jugendarzt, Weinstadt
Dr. Roy Murphy Leitender Psychologe und Qualitätsbeauftragter, Schön Klinik Bad Bramstedt
Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
Dipl.-Psych. Erika Tittmann Praxis für Psychotherapie, Lörrach

Landesgruppenleiter

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

Wir...

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

...unterstützen!

... bieten
Hilfestellung!

... fangen auf!

... sind präsent!

... sind ehrenamtlich!

... klären auf!

... engagieren uns!

... ermutigen!

... setzen uns
ein!

... beraten!

... sind aktiv!

... informieren!

... vertreten
Interessen!



... können Ihre Unterstützung
gut gebrauchen!



Unser Spendenkonto lautet:

ADHS Deutschland e. V.

Pax-Bank e. G.

BIC: GENODED1PAX

IBAN: DE95 3706 0193 6010 1150 17

Telefonberatung

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



Baden – Württemberg

Karen Richter:

07720 2368770

Bärbel Sonnenmoser:

07031 287323

Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:

08152 9996499

Ingrid Meyer-Kaufmann:

0911 9566351

Michaela Nagy:

09180 90 9716

Carolin Zasworka:

09542 772689

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

Niedersachsen

Angela Schwager:

05554 995646

Ellen Köster-Schmidt:

0421 6979991

(Kreis Wesermarsch)

NRW

Karin Knudsen:

0221 78942512

Ulrike Vlk:

02161 531739

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:

0651 4637878

Saarland

Sabine Berg:

0651 4637878

Sachsen

Karin Bobsin:

03591 277435

Sachsen-Anhalt

Veronika Schulz

0163- 9247082

Thüringen

Regina Schrage:

03691 872222

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:

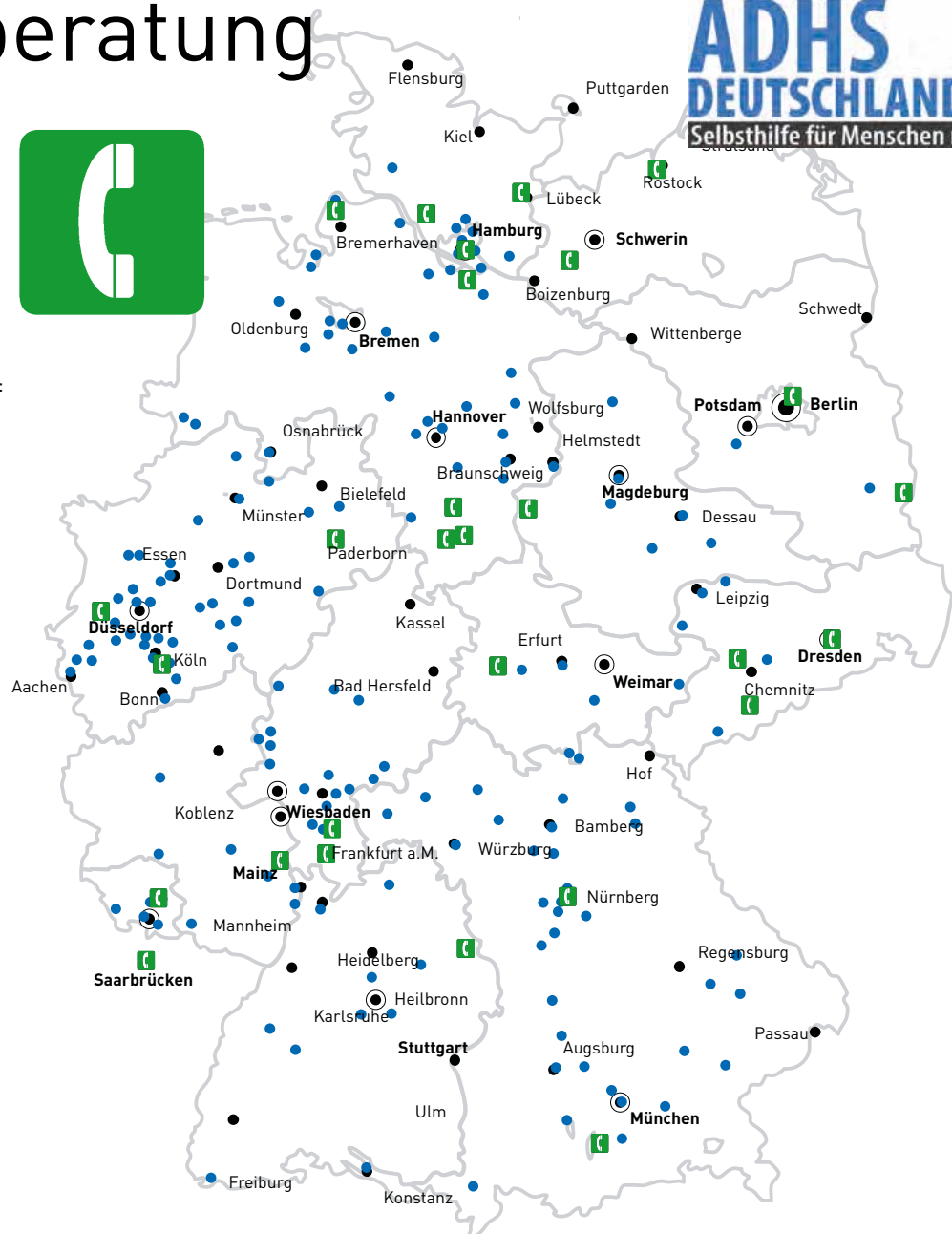
04821 4039480

Gerhild Gehrman:

04121 807272

Carola Kliemek:

0461 3153772



**Wir benötigen noch Verstärkung,
besonders in den Bundesländern
Brandenburg und Mecklenburg-
Vorpommern.**

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