

die AKZENTE

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



- **BV AÜK-Jahrestagung in Königswinter**
- **Stellungnahme zu fraglichen kardialen Risiken der Stimulanzengabe**
- **Neurofeedback-behandlungen bei ADHS-Kindern**
- **Gerichtsentscheidung zugunsten von ADHS-Kindern**
- **Zum Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“**

GELASSENHEIT

geschieht durch Loslassen. Der Verstand mag das zwar erfassen, aber durch das bloße sachliche Zur-Kennntnis-Nehmen allein ist nichts gewonnen. Wir müssen „begreifen“, was mit dieser einfachen, schlichten Tatsache zusammenhängt. Nicht nur der Verstand allein muss erfassen, sondern auch das Herz, die Gefühle wollen beteiligt sein, auch die Sinne, der ganze Körper und der Kern der Sache, dann geschieht mehr als Verstehen, nämlich Erkenntnis [...]

Gelassenheit, Gelöstheit heißt sich loslösen von Regeln, Sicherheit und Erwartungen, das Herz und das Gehirn frei machen, damit die Seele sich weit öffnet und der Wind des Lebens, der Atem der Lebensenergie, ungehindert hindurchwehen kann.

Peter Lauster

„Wege zur Gelassenheit“

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

während ich hier schreibe geht der Monat Mai dem Ende zu und ich sitze immer noch im warmen Pullover in der Wohnung, statt bei Frühlings- bzw. Sommertemperaturen auf der Terrasse mit meinem Laptop. Dies hat sich hoffentlich geändert, wenn Sie diese „die AKZENTE“ in Händen halten.

Lassen wir uns aber nicht die Laune verderben. Konnten wir doch Ende März mit dem Ergebnis unseres diesjährigen Symposiums in Königswinter sehr zufrieden sein. Unser Vorstand wurde erwartungsgemäß durch die Mitgliederversammlung erweitert.



Die vorliegende Ausgabe vermittelt Ihnen einen kleinen Eindruck vom Symposium.

Erfreulicherweise haben fast alle unsere Referentinnen und Referenten pünktlich zum Redaktionsschluss ihre Texte eingereicht, wofür ich mich herzlich bedanke. Diese Ausgabe ist daher umfangreicher als üblich. Seien Sie also gespannt auf die nächste, in der wir Ihnen u.a. die sehr interessanten Beiträge von Dr. Helga Simchen, Prof. Opp und Dr. Fingerle aus dem Nachmittagsprogramm vorstellen können.

Interessant ist auch das Ergebnis einer neuen Pilot-Studie zur Neurofeedbackbehandlung bei ADHS unter Beteiligung der Hogeschool Zuyd Heerlen (NL) in Zusammenarbeit mit dem BV AÜK, die wir Ihnen vorstellen.

Die uns zeitgleich mit der Erstveröffentlichung zur Verfügung gestellte Stellungnahme zu den immer wieder in Presse und Öffentlichkeit diskutierten fraglichen Risiken einer Stimulanzieinnahme für das Herz-, Kreislaufsystem bringt eine erfreuliche Klarstellung.

Nicht zuletzt wird unsere Stellungnahme zum EU-Papier „Greenpaper“ (wir berichteten bereits mehrmals zum Grünbuch), die wir gemeinsam mit dem BV AH vorgelegt haben, Beachtung finden.

Vor einigen Wochen konnten die Verschmelzungsverhandlungen im kleinen Rahmen wieder aufgenommen werden. Es zeichnet sich eine Einigung zur Gründung von „ADHS-Deutschland“ für das Jahr 2007 ab. Sollte unser Vorstand im Juni eine Empfehlung für unsere Mitglieder beschließen, werden wir noch in diesem Jahr zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung einladen – Ende September/Anfang Oktober bitte vormerken.

So langsam beginnen in den einzelnen Bundesländern die Sommerferien und damit für viele von Ihnen der wohlverdiente Urlaub. Ich wünsche Ihnen eine stressfreie erholsame Zeit und grüße Sie herzlich

Ihre

Herta Bürschgens

Inhalt

› Wissenschaft/Medizin/Therapie	
ADHS in jedem Alter	2
Jahrestagung des BV AÜK am 25. und 26. März 2006 in Königswinter <i>Karin Knudsen</i>	
Besonderheiten in der ADHS-Diagnostik und –Therapie im Vorschulalter <i>Kathrin Hoberg</i>	8
Wie kann man einen Jugendlichen/ jungen Erwachsenen noch konkret unterstützen? <i>Cordula Neuhaus</i>	14
Selbstanleitungsprogramm Training für Eltern von ADS-Kindern	19
Stellungnahme zu fraglichen kardialen Risiken der Stimulanzieinnahme <i>Jörg M. Fegert, Johannes Hebebrand</i>	20
› Wissenschaft/Medizin/Therapie	
Lernprozesse während der Neurofeedbackbehandlungen bei ADHS-Kindern <i>Björn Crüts</i>	24
Eine sportmedizinische Wirkanalyse des Heilpädagogischen Voltigierens (HPV) bei Kindern mit ADHS <i>Meike Riedel</i>	29
› Familie/Erziehung/Gesellschaft	
Was Hänchen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr <i>BVL</i>	22
Jugendamt muss Privatschulbesuch zwecks begabungsadäquater Schulbildung gemäß § 35 a SGBVIII bezahlen <i>Hans Biegert</i>	31
› Leben mit ADHS	
Wie ist ADHS <i>Sabine Hinkel</i>	23
› ADHD in Europa	
Stellungnahme von BV AÜK e.V. und BV-AH e.V. zum Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“ <i>Herta Bürschgens, Myriam Menter</i>	34
› BV AÜK intern	
Erfolgreichem Symposium folgten weitere interne Vereinsveranstaltungen <i>Karin Knudsen</i>	39
Gute Begegnung <i>Karin Knudsen</i>	41
› Forum	
Leserbriefe	
Relaxter und konzentrierter dank Mikronährstoffen	42
Positive Rückmeldung	43
Bücher, Bücher	44
Kurz notiert	47
Impressum	

Titelfoto von Renate Meyer

ADHS in jedem Alter

Jahrestagung des BV AÜK am 25. und 26. März 2006 in Königswinter (AKZ)

Karin Knudsen

Der Vorstand unseres Verbandes trifft sich bereits am 24. März 2006, um die Arbeit des vergangenen Jahres zu reflektieren, anstehende Maßnahmen zu beraten und die zur Mitgliederversammlung am folgenden Tag anstehenden Beschlussvorschläge vorzubereiten.

Highlight der Gruppenleiterfortbildung am 25. März 2006 ist **das Symposium „ADHS in jedem Alter“**. Die Entscheidung, die Veranstaltung in diesem Jahr auch für Nichtmitglieder zu öffnen, war richtig – ein fast ausverkaufter Saal. Die gute Resonanz auf das Angebot unseres Verbandes

stellte auch die Vorsitzende bei ihrer Begrüßungsrede fest. Für eine Vielzahl von Interessierten aus den unterschiedlichsten Fachbereichen ist es eine Möglichkeit, sich über die Arbeit des BV AÜK zu informieren und zum Thema ADHS fortzubilden.

So kommen dann auch die zahlreichen Besucher unseres Symposiums bei den gut sortierten und koordinierten Fachbeiträgen an diesem Tag sicherlich auf ihre Kosten. Von den Besonderheiten der ADHS-Diagnostik und Therapie bei Vorschulkindern über die Unterstützung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis hin zur besonderen Brisanz in der Paarbeziehung werden die aktuellen Erkenntnisse im Zusammenhang mit ADHS thematisiert. Auch der Bereich ADHS und Hochbegabung wird trefend und einfühlsam von Dr. Helga Simchen, Mainz, geschildert. Elterntrainings werden vorgestellt mit einem umfassenden Überblick über diese von Experten zunehmend empfohlene Hilfestellung.

Hier einige Eindrücke:

Die Diplompsychologin Kathrin Hoberg vom SPZ am Uniklinikum Aachen stellt die **Besonderheiten der ADHS-Diagnostik und -Therapie bei Vorschulkindern** vor und zeigt die Schwierigkeiten auf dem Weg vom Verdacht zur Diagnose in der frühen Kindheit deutlich auf.

Sie plädiert dafür, in diesem Alter nicht primär von Hochrisiko oder begründetem Verdacht auf ADHS zu sprechen, rät jedoch zur Vorsicht und somit zur sorgfältigen Diagnostik und Frühförderung.

Motorische Hyperaktivität, extreme Erziehungsresistenz, gestörtes Spielverhalten bieten Anhaltspunkte zur Diagnostik.

Bei der Anamnese bilden die Aussagen der Familie, der Kindertagesstätte oder der Tagesmutter über Verhaltensbeobachtungen eine wichtige Säule, ebenso medizinische



Bild rechts: Herta Bürschgens, 1. Vorsitzende des BV AÜK, eröffnet das Symposium

Bild unten: Das Arbeitnehmerszentrum Königswinter (AZK), direkt am Rhein gelegen, war ein angenehmer Tagungsort



Untersuchungen, EEG und Entwicklungsdiagnostik.

Kathrin Hoberg empfiehlt, sich nicht auf Fragebögen zu verlassen. Dies sei nur ein Teil des Puzzles.

ADHS lässt sich in keinem Lebensalter austesten.

Es führe immer wieder zu Missverständnissen durch die Diskontinuität bei der Diagnostik, also bei den Kinderärzten, in der Schreiambulanz, in den Frühförderstellen, den Sozialpädagogischen Zentren oder bei den Kinder- und Jugendpsychiatern, so dass häufig erst eine Diagnose bei sieben- bis achtjährigen Kindern gestellt wird.

Hinzu kommt, dass die Leitsymptome der „Aufmerksamkeitsstörung“ nicht für das Vorschulalter beschrieben sind.

Risikofaktoren und Symptome werden im Säuglingsalter noch nicht ausreichend erkannt und nicht alle Stellen sind entsprechend vorbereitet.

Je jünger ein Kind ist, desto eher greift eine Beratung oder ein Training der Eltern und eine Miteinbeziehung der Kindertagesstätte. Die Fortbildungen der Erzieherinnen/ Erzieher in diesem Bereich nehmen zwar zu, sind aber mit ca. 10 Stunden zu kurz bemessen. Wichtig ist die Schulung des gesamten Teams.

Die Kinder selbst profitieren von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sowie Spiel- und Aufmerksamkeitstraining (THOP / Krowatschek). Unspezifische Ergotherapie bringt keinen Nutzen bei ADHS. Falls erforderlich, medikamentöse Behandlung, die bei Kindern unter 6 Jahren jedoch zurückhaltend eingesetzt werde.

Hier spricht alles für das multimodale Behandlungskonzept, das Kind, Eltern, Kita, Kinderarzt, Therapeuten, SPZ im Blick hat. Die desolante Lage im Gesundheitssystem erschwere jedoch, so Kathrin Hoberg, die Therapiemaßnahmen.

Das Verständnis und die Kenntnis der ADHS über alle Lebensalter, die zielgerichteten Aktivitäten in Kompetenznetzwerken und verbesserte Instrumente und Erfahrungen verbreiten dennoch Zuversicht. *(Den vollständigen Vortrag können Sie in dieser Ausgabe nachlesen).*

Dipl.-Psych Cordula Neuhaus aus Esslingen fesselt in der ihr ureigenen Art die Zuhörer im Referat „**Wie kann man einen ADHS-Jugendlichen/ jungen Erwachsenen noch konkret unterstützen?**“ mit unzähligen Beschreibungen, Erkenntnissen, angereichert durch die stets erheiternden Cartoons „Calvin & Hobbes“. Ihr Vortrag erfordert ungeteilte Aufmerksamkeit. Sie weiß auf Grund ihrer langen Erfahrung, wovon sie redet und schildert anschaulich das Verhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS.

Cordula Neuhaus macht deutlich, dass Forderungen nach Einsicht, Rücksicht, Nachsicht oder Vorsicht die betroffenen Jugendlichen kaum erreichen. Vielen, die sie aus Vorträgen oder Büchern kennen, sind wiederkehrende Zitate bekannt, aber sie treffen immerhin den Nagel auf den Kopf, - z. B. der Jugendliche, der ihr sagt „Wenn ich etwas toll finde, ist mein Kopf hell wie ein Weihnachtsbaum am Heiligabend, aber wenn es mich nicht interessiert, habe ich immer Bildschirmschoner an“ oder ein junger Erwachsener sagt „Mein

Blicke in den Tagungssaal während Vortrag und Diskussion beim Symposium



Gehirn ist wie ein poröser Stein – oft habe ich keinen Zugriff zu dem was ich weiß oder gerade gedacht habe“.

Cordula Neuhaus hebt hervor, dass die psychische Pubertät weit versetzt von der physischen Pubertät bei 18/19 Jahren beginne und zwischen 24 und 27 Jahren ende. Diese im Zusammenhang mit ADHS durchaus realistische Feststellung müssen wir uns erst mal auf der Zunge zergehen lassen!

Vor allem Geduld und Ausdauer sind hier angesagt – was verständlicherweise manchem selbst betroffenen Elternteil viel abverlangt!

weiß, es nervt dich, aber...“) auf die gute bewährte Art des Bären Balou...

- das Wort „muss“ sollte tabu sein
- keine „Meta-Kommunikation...“

Irgendwann ist das Thema Erziehung abgeschlossen – aber Supervision ist möglich und wohlwollende Begleitung. Beim bestandenen Führerschein z.B. ein „Komm gut an“ anstatt einer Moralpredigt.

Auch wenn Cordula Neuhaus uns in ihrer temperamentvollen, unkonventionellen Art zutextet ohne Ende – sie kennt ihre „Pappenheimer“ und versteht es, wichtige Botschaften an

so versiert in der Problematik sind, sicherlich überfordert. Ohne den nötigen Kenntnishintergrund fehlt der Mörtel, um die schnell hingesetzten Bausteine von Cordula Neuhaus sinnvoll zu einem Wissensgebäude zu verbinden. (M. G.)

Ein weiterer wichtiger Beitrag des Tages ist die **Vorstellung der unterschiedlichen Angebote im Bereich der Elterntrainings** von **Gunhild Bongartz-Such – Dipl.-Heilpädagogin und Psychotherapeutin**.

■ **Triple-P**
Geeignet für Eltern, die schnelle Lösungen wünschen. Stellt hohe Anforderung an Selbstdisziplin der Eltern.

■ **Starke Eltern, starke Kinder**
Präventives Angebot für Eltern, die sich mit Erziehung auseinandersetzen wollen. Hohe Anforderung an Eltern in Bezug auf Selbstreflexion.

■ **STEP**
Mit Handbuch – geeignet für Eltern, die bildungsgewohnt, belesen, selbstdiszipliniert sind: Nicht geeignet bei ADHS-Problematik.

■ **Wackelpeter & Trotzkopf**
Hohe Anforderung an Eltern in Bezug auf Selbstwahrnehmung, Veränderungsarbeit an eigenem Verhalten, zeitlicher Aufwand, intellektueller Anspruch.

■ **THOP**
Stärkung der Elternkompetenz, praxisnah. Sollte in Behandlung von ADHS eingebettet sein (Grundschulkind).

■ **PEP**
Präventionsprogramm für expansive Verhaltensweisen
Abwandlung des THOP – speziell für den Vor- und Grundschulbereich; auch als Erziehertraining möglich; präventiv – mehr für Kinder mit expansiven Verhaltensstörungen.

Sämtliche Programme haben das Ziel, die elterliche Kompetenz zu stärken, ebenso die Interaktion vom negativen zum positiven Erleben des Kindes. Präventiv geht es um Reduzierung von Gewalt in der Erziehung. Sie sind ressourcenorientiert. Insbesondere THOP und PEP geben zusätzlich fachliche Informationen über ADHS.



Gunhild Bongartz-Such während ihres Vortrages

So kommt es durch frühe Misserfolge zu impulsiver Abwehr und Vermeidungsverhalten.

Viele werden sich wieder erkannt haben in den schillernden „Neuhaus-Stories“: Wir blockieren mit Äußerungen „Wie oft muss ich dir noch sagen ... wann bist du endlich so weit ...“, wir fördern Angst, die jungen Menschen sind frustriert, verletzt, entmutigt und schnell bereit aufzugeben.

Tipps werden uns mit auf den Weg gegeben

- ruhiger, fester „Ton“ in der Ansprache
- ankündigen, was zu erledigen ist (Widerstand in Betracht ziehen!), aber niemals süßlich, latent aggressiv-jammernd!!
- auf „Motzen“ nicht eingehen, mitbrummeln, ggf. thematisieren, „ich

den Mann / die Frau zu bringen und damit zu einem konsequenten und dennoch humorvollen Miteinander zu ermutigen (s. a. d. Beitrag in dieser Ausgabe).

Zur Therapie merkt Cordula Neuhaus an, was durchgehend immer wieder betont wurde: Es gibt nicht die einzig gültige Therapie, es gibt sich entwickelnde Therapiebausteine. Wichtig sei, dass sich therapeutische Impulse nicht aus dem Grad der Gestörttheit des Umfeldes, sondern aus dem Leidensdruck der Betroffenen herleiten müssten.

Unter dem Stichwort „Entwicklungspsychologische Aspekte der ADHS“ konstatiert sie, dass Egozentrismus und Animismus perseverieren mit Impulssteuerungsschwächen. Damit sind Teilnehmer/innen, die noch nicht

Schwerpunkte liegen auf der Einübung von Handlungsmöglichkeiten und gewaltfreiem Umgang mit Konfliktsituationen. Bewältigungsstrategien in komplexen Stresssituationen werden aufgezeigt.

Dies setzt ein Problembewusstsein der Eltern voraus, ebenso die Motivation und Bereitschaft zu eigenen Veränderungen des Erziehungsverhaltens. Die Teilnahme sollte freiwillig bei gewissem Leidens- und Verantwortungsdruk erfolgen.

Wichtig ist es, dass die Kursleitung ein positives Modell für die Eltern darstellt. Wissensvermittlung über Erziehung und kindliche Entwicklung und schließlich das Üben neuer Strategien sind Bestandteile im Training.

Diese Elterntrainings werden in Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Familienbildungsstätten, Elternschulen, Kliniken, Sozialpädagogischen Zentren und Erziehungsberatungsstellen angeboten.

Es besteht die Möglichkeit, Zuschüsse zu den Kosten über die Jugendhilfe zu beantragen. Die Krankenkassen übernehmen keine Anteile, da es sich um pädagogische Konzepte handelt.

Parallel zum Vergleich diverser Elterntrainings werden zwei Workshops mit **Prof. Dr. Gerhard Lauth, Heilpäd. Fakultät Uni Köln, zum Elterntaining KES** angeboten.

Praxisnah erläutert Professor Lauth das Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (**KES**), das als Gruppentraining zur Vermittlung präventiver Erziehungsfertigkeiten für typische Erziehungssituationen angeboten wird.

In diesem Training ist ein hohes Maß an Selbstreflexion der Eltern gefordert. In Kleingruppen wird konkret auf die aktuell vorliegenden Situationen eingegangen. „Nicht granteln – handeln! Reden Sie nicht zu viel, werden Sie kompetent!“ lautet die eindringliche Empfehlung des Referenten. Rollenspiele machen bewusst, was schwierig ist. Eigene Gedanken und Gefühle werden im Hinblick auf bestimmte Ereignisse, Reaktionen der Eltern und mögliche Konsequenzen unter die Lupe genommen. Sehr wertvoll scheint mir dieser Ansatz, weil er sich abwendet von ei-

ner Fokussierung auf das (angeblich nur) kindliche Fehlverhalten hin zur Reflexion des Verhaltens aller Beteiligten und Stärkung der elterlichen Ressourcen innerhalb der Familie. (s. a. Mitteilung der Uni Köln mit einem Angebot zum Elterntaining im Rahmen einer Diplomarbeit sowie einer qualifizierenden KES-Weiterbildung auf Seite 19).

Vier weitere Vorträge stehen nach der wohlverdienten Mittagspause, die einige Teilnehmer für einen Spaziergang am Rhein nutzten, auf dem Programm.

Zum Thema „**ADHS und Hochbegabung**“ eröffnet **Dr. Helga Simchen** aus Mainz mit der bewusst ein wenig sensationell in den Raum gestellten These, dass ADHSler von Natur aus intelligenter seien als der Durchschnitt. Sie relativiert diese Aussage aber dahingehend, dass die Betroffenen über diese Intelligenz nicht effektiv verfügen können.

Auch sie beginnt – wie fast alle Vortragenden – mit der Diagnostik. Sie erklärt ADHS als eine Unterfunktion im Stirnhirnbereich und eine Dysbalance an Botenstoffen. Interessant



Bild links: Dr. Fingerle und Prof. Dr. Opp nach ihrem Vortrag in der Diskussion mit Dr. Helga Simchen

Bild unten: In der ersten Reihe die Referentinnen: Kathrin Hoberg, Gunhild Bongartz-Such, Dr. Helga Simchen, Cordula Neuhaus (v.r.n.l.)



am Vortrag von Dr. Helga Simchen (*vollständiger Abdruck in der nächsten Ausgabe*) ist, dass sie den Blick auch auf die hypoaktiven ADHS-Kinder richtet, die weniger beachtet seien und lange Zeit auch ohne Förderung blieben. Sie seien oft die Gruppe mit dem wirklichen Leidensdruck. „Seine Intelligenz droht zu ‚verküm-



Dr. Martin Winkler
während seines
Vortrages

mern‘, da sich das Kind vor der Umwelt verschließt, vieles gar nicht wahrnimmt und wenig Kontakte zu Gleichaltrigen sucht‘, so ein Zitat aus dem Vortrag.

ADHS sei eben viel mehr als Hyperaktivität, konstatiert sie. Die könne sogar recht gering sein. Der Anteil hyperaktiver Kinder bei Hochbegabten betrage fünf Prozent.

Neue Erkenntnisse ergeben sich beiläufig. Zum Beispiel, dass Hochbegabung und ein bestimmtes spezielles Talent - zum Beispiel auf musikalischem Gebiet - nicht das Gleiche sind. Für Hochbegabung gibt es sehr eindeutige Kriterien. Talentierte Menschen müssen nicht hochbegabt sein und Hochbegabte nicht unbedingt ein bestimmtes Talent besitzen.

Mit dem bislang noch wenig behandelten Thema: „**ADHS und Berufserfolg - Vorteil oder Handicap**“ setzen sich **Prof. Dr. Opp von der Universität Halle** und **Dr. Fingerle von der Uni Frankfurt** auseinander.

Zwar veränderten sich die spezifischen Ausprägungen des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms im Verlauf des Lebens, aber die Probleme blieben oftmals bestehen, verstärkten sich sogar, wenn es gelte, Lebenszie-

le und berufliche Ziele zu erreichen. Was die ADHS-Problematik für die Integration ins Berufsleben bedeutet, machen beide Referenten sehr eindringlich deutlich, indem sie Aussagen von Betroffenen zitieren.

„Es ist wie eine stille Krankheit ..., Ich kämpfe mich jeden Tag durch meine eigene kleine Hölle. Niemand sieht das ... Du wirkst nach außen toll ... aber du fühlst die Behinderung die ganze Zeit ...“

Wichtigste Voraussetzung für eine gute Integration in den Beruf ist die Gewinnung von Kontrolle über das eigene Leben. So ihre Grundthese. Das Stichwort dafür heißt **Reframing**. Damit ist das Erkennen und Verstehen eigener Schwächen und Stärken, Akzeptanz der eigenen Besonderheit und darauf aufbauend die Entwicklung eines zukunftsorientierten Handlungsplanes, wie man damit umgehen will, gemeint.

Der Vortrag basiert auf einer Befragung von betroffenen Personen zur Problematik und ist sehr informativ. (*Dieser Vortrag wird ebenfalls vollständig in der nächsten Ausgabe abgedruckt*)

Danach haben wir noch einmal das Vergnügen mit **Cordula Neuhaus** zum Thema **ADHS und Partnerschaft**.

„Keiner ist so verrückt, dass er nicht einen noch Verrückteren findet, der ihn versteht.“ Mit diesem Nietzsche-Zitat führt Cordula Neuhaus ein in die Besonderheiten bei Paaren, die mit der ADHS-Symptomatik konfrontiert sind. Treffsicher auch hier ihre Schilderung der Beziehungsgeflechte.

Nähe-Distanz-Regulierung, Hyperfokus auf den Anderen, sexuelle Apetenz sind nur einige Stichworte, die sie lebendig mit Inhalt füllt.

Um Eskalationen in der Partnerschaft zu vermeiden, empfiehlt sie pragmatische Hilfen wie Zeitmanagement, Entzerrung der verzerrten Denk- und Kommunikationsmuster, im Hier und Jetzt zu bleiben, spezielle Paartherapie, am besten in einer Gruppe, Organisationshilfen u.v.m.

Cordula Neuhaus ermutigt, sich nicht nur schämen oder rechtfertigen zu müssen. Ihren Worten „Solange man sich verändern kann, braucht

man keine Angst vor dem Leben zu haben“ kann ich mich bedingungslos anschließen! (*Wir hoffen auch diesen Beitrag in der nächsten „die AKZENTE“ anbieten zu können.*)

Empfehlenswert ist ihr Buch zum o.g. Thema „Lass mich, doch verlass mich nicht“ (*s. Literaturverzeichnis mit Bestellmöglichkeit auf unseren Webseiten www.bvauek.de*).

Die „**Ressourcenorientierte neuro-kognitive Therapie bei Erwachsenen**“ stellt **Dr. Martin Winkler**, Klinik Bad Bevensen, vor.

Ein Lichtblick für Erwachsene mit ADHS ist dieser Vortrag, der mit Sachkenntnis und viel Empathie Wege beschreibt, – weg vom klassischen verhaltenstherapeutischen Modell über das funktionelle Verstehen hin zur neuro-kognitiven Therapie. Falls erforderlich mit Medikation und einer entsprechenden Nachbetreuung/Coaching.

Er plädiert dafür, Wege aus dem Irrgarten zu finden, denn Menschen mit ADHS zweifeln häufig bis zuletzt an der Diagnose. Dr. Martin Winkler selbst schätzt seine Arbeit mit ADHS-Lern und lernt viel dazu.

Die Erfahrungen aus der Kindheit seien aufzugreifen, denn ihre Wirkung sei nachhaltig traumatisierend. Von einem „Belohnungsdefizit-Syndrom“ spricht Dr. Winkler, von der emotionalen Überflutung, die bis zu selbstverletzendem Verhalten gehen könne.

Funktionelles Verständnis für ADHS setzt Dr. Winkler voraus in der Therapie / Beratung von ADHS-Patienten. Mit Hilfe der Pharmakotherapie können die kognitiven Funktionen optimiert werden. Ressourcenorientierte Bewältigungsstrategien und Umgebungsveränderungen unter Einbeziehung der Angehörigen/des sozialen Umfeldes. Die kognitive Therapie ermögliche eine Neubewertung und die Chance, neue Fertigkeiten zu erlernen und zu trainieren. Ebenso bedeutsam sei die psychotherapeutische Behandlung der komorbiden Störungen (Selbstwertproblematik/Interaktionsstörungen).

Dr. Winkler sieht die ideale Kombination in der Beteiligung der Familie, Medikation und Psychotherapie. Verstehendes Umfeld (Empathie und

Verständnis, Bestätigung, positives Feedback, gemeinsames Erkunden) statt Unverständnis (Deutung, Analysen, Schuldzuweisungen, Spekulationen) könne in Gruppen von gleichermaßen Betroffenen gefunden werden.

Visuelle Hilfen (Bilderketten, Fotos) könnten hilfreicher sein als Listen bei der Aufgabe, das Leben selber in die Hand zu nehmen und Verantwortung zu übernehmen und damit auch die Opfer- und Anklägerrolle zu verlassen.

Das Ziel, angemessener umzugehen mit starken Gefühlsschwankungen (Frustration, Ärger, Wut, Traurigkeit) führt über die Beantwortung folgender Fragen:

- ▮ Problemanalysen in Mikrosituationen
Auslöser meiner Gefühle - Welche Gedanken mache ich mir - Wie sieht die Realität aus - Ist es wirklich so negativ?
- ▮ Welche Frühwarnzeichen kenne ich?
- ▮ Wie sehen meine typischen automatischen Verhaltensweisen bei Belastungen aus?

Es heißt,

- ▮ Ablenkungen zu widerstehen, nicht aus dem Rahmen zu fallen (eigene Risikosituation kennen, Abschätzung der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere, Symbole für bremsen/Stop im Alltag), um Sympathie bei Vorgesetzten und Mitmenschen werben, Provokation und Streit vermeiden
- ▮ Optimierung der Kommunikation (Selbststeuerung - soziale Wahrnehmung) anzustreben - wesentlich auch für die Paartherapie
- ▮ Zuhören lernen (Ablenksituationen erkennen lernen, Ablenkungsstop, Durchatmen)

Was wirkt, ist die Gruppe.

Coaching „im Kampf gegen den inneren Schweinehund“ bewirke, dass der ADHSler sich selbst kennenlernt. Immer wieder neu zu üben, ein positives Gefühl weiter zu vermitteln, führe in der Regel nach zwei bis drei Sitzungen zu einem Dominoeffekt.

Wichtig ist ein ADHS-freundliches Umfeld, den „inneren Garten“ entdecken, wo man Kreativität nutzt, nett zu sich ist, Besonderheiten pflegt, in



Am Informationsstand des BV AÜK waren stets freiwillige Helferinnen im Einsatz: Hier Gerhild Gehrman (l.) und Renate Meyer (r.)

Häppchen arbeitet, an einem ruhigen Ort zu Hause sich abzugrenzen lernt, Pausen einlegt - viele ADHSler müssen lernen, was eine Pause ist! Schließlich betont Dr. Winkler die Bedeutung der Selbsthilfeverbände, ohne die gar nichts gehe.

Sie seien eine tragende Säule in der Informationsvermittlung und Unterstützung, gesellschaftspolitische Vertretung von ADHS-Interessen und bewirkten zudem ein Wachrütteln der Ärzte.

Mit diesen Erkenntnissen rennt er bei uns natürlich offene Türen ein.

Aber auch wir wissen, dass nichts ohne Ärzte und Therapeuten geht, die sich mit Engagement und Sachkenntnis für eine Verbesserung der Lebenssituation von Kindern und Erwachsenen mit ADHS einsetzen.

Unser Dank gilt hier noch einmal allen Referentinnen und Referenten, er gilt den Besuchern des Symposiums, die uns durch ihre zahlreiche Teilnahme und ihr waches Interesse bestärkt haben, dass wir auf einem guten Weg sind.

(Fortsetzung der Berichterstattung zu diesem Wochenende auf Seite 39)



Bild Mitte: Ein freudiges Wiedersehen mit dem ehemaligen 1. Vorsitzenden des BV AÜK, Dieter Jakob und seiner Frau Silke (v. l.), Renate Meyer und Karin Seegers



Bild darunter: Im Konferenzsaal während des nachmittäglichen Vortrages von Cordula Neuhaus. Im Vordergrund: Karin Knudsen, verantwortlich für die Berichterstattung, bei ihrer Arbeit

Besonderheiten in der ADHS-Diagnostik und -Therapie im Vorschulalter

Kathrin Hoberg

Für den heutigen Tag bin ich gebeten worden, das BV AÜK-Symposium „ADHS in jedem Alter“ mit dem Vorschulalter zu eröffnen. Dabei habe ich als Thema einige Aspekte der Diagnostik und der Behandlung im Vorschulalter gewählt, denn diese beiden Gebiete werfen gerade im Vorschulalter noch viele Fragen auf und bringen auch diverse Schwierigkeiten mit sich. Es soll also im folgenden Vortragstext beleuchtet werden, wie ADHS im Vorschulalter diagnostiziert und behandelt werden sollte, warum dies aber immer auch so „knifflig“ sein kann.

Diagnostik des ADHS im Vorschulalter

Säuglingsalter

Um ganz chronologisch vorzugehen, beginnen wir mit dem Säuglingsalter. Babies werden natürlich nicht wegen eines möglichen ADHS vorgestellt, sondern dann, wenn sie durchgängig schreien, schlecht schlafen oder essen und wenn sie permanent aktiv sind. Diese Kinder bekommen zumeist die Kinderärzte zu sehen, so dass sie bereits eingehend medizinisch untersucht werden. Erforderlich ist aber zusätzlich, hellhörig zu werden und sicherzu-



stellen, dass eine genaue Anamnese zur Befindlichkeit des Kindes und zur gesamten Familiensituation erhoben wird. Können die Eltern nicht so genaue Angaben über Art und Symptome machen, sollten sie im Zuge



der Diagnostik dazu angehalten werden, Tagesprotokolle zu erstellen. Hierbei kann dann auch geklärt werden, ob die Erwartungen der Eltern an Schlafzeiten oder Essensmengen realistisch sind. Die Babies selbst sollte man sich auch anschauen, beispielsweise in der Wickel- oder Füttersituation. Wenn die Kinder die Untersuchungssituation verschlafen, so kann man sich Videoaufzeichnungen mitbringen lassen.

Von einem Hochrisiko auf ADHS kann man dann sprechen, wenn sich zum ersten das Vorliegen von sogenannten multiplen Regulationsstörungen (also exzessivem Schreien, Ess- und Schlafproblemen) tatsächlich bestätigt. Diese Regulationsstörungen haben genaue diagnostische Kriterien. Entscheidend sind dann aber zweitens zusätzlich die „Marker“ aus der Familie. Gibt es Hinweise, dass die Elternteile selbst von ADHS betroffen sind? Liegt eventuell ein Nikotin- oder Alkoholmiss-

brauch oder eine Depression bei der Mutter vor? Einen ganz besonderen Stellenwert hat dann drittens die Interaktion. Denn erst dann, wenn zu den multiplen Regulationsstörungen Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind hinzu kommen, ist das Risiko deutlicher gegeben. Dabei hängt, wie ja eigentlich immer, alles miteinander zusammen: Eine Mutter, die selber ein ADHS hat, wird vermutlich größere Schwierigkeiten mit der „Passung“ haben. Wenn sie beispielsweise nicht die Geduld hat, abzuwarten, ob ein Tröstungsversuch wirkt, wird sie impulsiver zum nächsten übergehen, während das Baby gleichzeitig irritierter wird und die Mutter bald frustriert ist, weil alle ihre Versuche fehlschlagen.

Kleinkindalter

Auch im Kleinkindalter erfolgt in der Regel keine Vorstellung wegen eines direkten ADHS-Verdachts. Die Eltern beklagen häufig, dass ihre Kinder dauernd in Bewegung sind, sich sehr temperamentvoll verhalten, kaum auf (erzieherische) Signale reagieren, von der Umgebung als extrem anstrengend erlebt werden, sich oppositionell verhalten und Wutanfälle bekommen und in Gruppensituationen (wie z.B. den boomenden Mutter-Kind-Gruppen) überfordert sind.

Auch hier ist wieder eine genaue Anamnese erforderlich. Kann man mit den Eltern einen roten Faden in das Verhalten ihres Kindes bringen (was dann eher gegen ein ADHS spricht)? Beim Kind erfolgt eine medizinische Untersuchung. Mit zunehmendem Alter kann der Untersucher die Kinder schon besser beobachten und selbst mit ihnen spielen. Auch kann und sollte jetzt bereits eine entwicklungsdiagnostische Überprüfung stattfinden (z.B. Bayley Scales, Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, Snijders-Oomen 2,5 –7, ET 6-6). Auch

die Interaktion zwischen Eltern und Kind lässt sich betrachten. Da Kinder in diesem Alter inzwischen häufig auch außerhalb betreut werden, sollte man auch diese Informationsquelle nutzen.

Das Risiko ADHS kann ausgesprochen werden, wenn man durchgängig eine deutliche motorische Überaktivität beobachtet und wenn eine extreme Erziehungsresistenz - mit überschießenden Ausbrüchen - sichtbar ist, die primär beim Kind lokalisiert werden kann. Zudem muss deutlich gestörtes Spielverhalten erkennbar sein. Dies ist gekennzeichnet durch eine sehr niedrige Ausdauer bei hoher Ablenkbarkeit. In neuesten Forschungsansätzen zeigt sich, dass bei den Kindern ein großer Reizhunger vorliegt, allerdings bei gleichzeitiger Spielunlust. Immer wieder müssen neue Dinge geboten werden, mit denen sich dann aber nicht weiter ausgiebig beschäftigt wird.

Kindergartenalter

Im Kindergartenalter werden die Kinder vorgestellt, weil sie motorisch unruhig und immer auf Achse sind. Sie bleiben nicht am Esstisch oder im Stuhlkreis sitzen, wechseln Orte, Spiele und Rollen und handeln und reden ohne erkennbaren roten Faden, ohne Durchhaltevermögen, sind leicht ablenkbar durch alles, hantieren nur kurz mit Spielmaterialien, bauen und spielen nicht fertig und räumen nicht auf. Sie haben soziale Schwierigkeiten, zeigen ein hohes Mittelpunktstreben und sagen Schimpf- und Widerworte. Außerdem haben sie eine geringe Frustrationstoleranz, sind schnell aggressiv und bekommen Wutanfälle. Wenn man dies im häuslichen und im Kindergartenalltag sieht, wird häufig bereits bei der Vorstellung der Verdacht auf ein ADHS ausgesprochen.

Mit zunehmendem Alter ist bereits eine umfangreichere und differenzierte Diagnostik möglich. Neben der Anamnese können jetzt bereits bei den Eltern spezielle Interviews (DIPS) und Fragebogen (VBV 3-6, FBB-HKS, CBCL 4-11) eingesetzt werden. Die Interaktion sollte, wann immer möglich, beobachtet werden. Beim Kind erfolgt ne-

ben einer eingehenden medizinischen Untersuchung, zu der neben einem EEG gegebenenfalls auch eine Stoffwechsel- und chromosomale Untersuchung gehören kann, eine durchgängige Verhaltensbeobachtung. Man untersucht das Spielverhalten und die Handlungsplanung. Die einzelnen Entwicklungsstränge können nunmehr mit standardisierten Testverfahren überprüft werden (Als Beispiele: Mentale Entwicklung: SON-R 2,5-7, K-ABC, E-T 6-6; Sprachentwicklung: AWST, SET-K, PET, Bielefelder Screening, Motorik: DTVP-2, Aufmerksamkeit und Konzentration: FTF-K, KHV-VK, KiTAP, DL-KE, ANT2).

Hinsichtlich der Befragung des Umfeldes können sowohl der Kindergarten als auch die bereits behandelnden Therapeuten kontaktiert werden. Wichtig ist, dass eine Erhebung nicht nur aufgrund von Fragebogen stattfindet, sondern immer auch durch einen persönlichen Kontakt ergänzt wird. Nur so können die Haltungen der mit dem Kind befassten Personen entsprechend mit berücksichtigt werden. Eine Beobachtung des Kindes in seiner Alltagssituation im Rahmen einer Kindergartenhospitation ist prinzipiell entscheidend. Falls man das Kind nicht im Kindergarten beobachten kann, sollte zumindest eine Gruppendiagnostik mit mehreren gleichaltrigen Vorschulkindern stattfinden.

Von einem „Verdacht auf ein ADHS“ spricht man im Kindergartenalter, wenn die Leitsymptome der Aufmerksamkeitsstörung, motorische Überaktivität und Impulsivität über alle Situationen deutlich sichtbar sind. Die motorische Unruhe zeigt sich in unstrukturierten Situationen, beispielsweise auf dem Außengelände, wo die Kinder planlos und ohne an ein Spiel anzuknüpfen herumflitzen, aber auch in strukturierten Situationen, wie dem Stuhlkreis. Die Impulssteuerungsschwäche ist durchgehend zu beobachten. Die Kinder bekommen ihr Verhalten einfach nicht reguliert, mischen sich in fremde Spiele und Unterhaltungen ein, reagieren über, wenn sie sich ungerecht behandelt fühlen, bis hin zu Wutausbrüchen, können in keiner Situation abwarten. Die Spannung kann einfach nicht gehalten werden,

eine angemessene Hemmung funktioniert nicht. Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt sich in den standardisierten Tests. Es wird beispielsweise übermäßig schnell bei hoher Fehlerzahl gearbeitet. Anforderungen von außen, wie das Fertigmachen eines Bildes, werden nicht erledigt. Die Handlung „friert“ geradezu ein, wenn keiner mehr neben den Kindern steht. Die Kinder wissen beispielsweise im Stuhlkreis nicht, welcher Spruch wann gesagt wird und wann sie dabei dran sind. Auch bei selbst gewählten Tätigkeiten bleiben die Kinder nicht bei der Sache. Motivation ist zwar in jedem Lebensalter eine ganz große vermittelnde Variable, die alle diese Defizite auch vorübergehend ausgleichen kann (beispielsweise weil für einen Untersucher in der Einzelsituation gerne gearbeitet wird), allerdings ist ihr Einfluss erst ab dem Schulalter zuverlässiger zu beobachten. Zudem zeigen sich bei den Kindern deutlich soziale Probleme, z.B. keine Geburtstagsfeierlichkeiten und häufig aber optional sprachliche oder motorische Defizite.

Schwierigkeiten in der Diagnostik

So sollte und könnte man es also korrekt machen. Was hindert einen daran?

- Nach wie vor herrscht, auch bereits im Vorschulalter, das Missverständnis, ADHS ließe sich einfach „austesten“, so als gäbe es bereits handfeste biologische Objektivierungsmöglichkeiten. Beteiligte, seien es die Eltern oder auch die Erzieherinnen, denken dann häufig, mit ein oder zwei Terminen sei alles erledigt. Eine seriöse Diagnostik ist aber sehr umfangreich und kann im Erkenntnisgewinn Vorteile haben, wenn sie sich längsschnittlich streckt. Das kann das Durchhalten für die Beteiligten schwer machen.
- Hier kommt erschwerend hinzu, dass sich eine Diskontinuität über die Zeit bei den diagnostizierenden Fachleuten ergibt: Mit einem kleinen Baby geht man zum Kinderarzt. Dieser schickt einen eventuell zu Recht zu einer

niedergelassenen „Schrei-Therapeutin“. Bei fortlaufenden Schwierigkeiten wendet man sich dann vielleicht an eine Frühförderstelle. Dort findet dann Therapie statt, aber eventuell gar keine Diagnostik, zumindest in der Regel bisher keine medizinische. Bei weiteren Schwierigkeiten wendet man sich dann jeweils an weitere niedergelassene Therapeuten. So wird das Kind lange Zeit nur „ausschnittweise“ betrachtet und behandelt. Bei Eintritt in die Schule wird das Kind nicht selten in kurzer Zeit so auffällig, dass es dann zu kinder- und jugendpsychiatrischen Kollegen oder in ein SPZ geschickt wird, wo dann im Alter von 7-8 Jahren erstmals die Diagnose gestellt wird. Viele der angelaufenen Stationen bleiben unverbunden hintereinander stehen. Zwar gibt es bestimmt immer auch einmal Eltern, die eine Diagnose „verschleppen“, aber in der Regel haben wir es ja mit Eltern zu tun, die einen hohen Leidensdruck haben und die zu einer Aussage kommen wollen. In dieser langwierigen Odyssee kann dann aber keine Linie in die Sache gebracht werden.

Derzeit sind die Leitsymptome der Aufmerksamkeitsstörung, motorische Überaktivität und Impulsivität in den diagnostischen Katalogen wie dem ICD-10 nur für Kinder ab dem Schulalter beschrieben (beispielsweise erkennbar an den Items zu Hausaufgaben oder Flüchtigkeitsfehlern). Spezifische Fragebogen und einen Kriterienkatalog für jüngere Kinder gibt es noch nicht, erst recht nicht für das Säuglingsalter. Man mag die Klassifizierung nach den derzeitigen ICD-10-Kriterien (zu Recht) für überholungsbedürftig halten und inzwischen recht sicher einige Symptome identifiziert haben, nach denen ADHS auch bei Vorschulkindern noch besser zu diagnostizieren ist. Solange diese aber noch nicht allgemeingültig festgeschrieben sind, kann es keine Alternative sein, dass jeder Diagnostiker nach seinem eigenen Erfahrungsschatz diagnostiziert oder Schnellschussdiagnosen

nach selbst ernannten Kriterien erteilt werden. Hinsichtlich der Leitsymptome selbst kann man zudem festhalten, dass diese sich im Vorschulalter zwar so langsam fassen lassen, aber insbesondere die Aufmerksamkeitsstörung lässt sich nur schwer festklopfen. Vorschulkinder weisen an sich nur eine kurze Aufmerksamkeitsspanne auf. Auch finden häufigere Wechsel zwischen unwillkürlicher und willkürlicher Aufmerksamkeit statt. Dennoch muss ein Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom selbstverständlich mit der Untersuchung der Aufmerksamkeit einhergehen. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch, dass Kinder, die schwerpunktmäßig an einer klinisch relevanten Aufmerksamkeitsstörung leiden, im Vorschulalter nach wie vor noch nicht erkannt und zuverlässig diagnostiziert werden.

Schwierigkeiten macht insbesondere auch die Differentialdiagnose: Wenn es tatsächlich gelungen ist, die für ein ADHS relevanten Symptome zu identifizieren, hat man ja immer noch die Aufgabe, herauszufinden, ob es vielleicht eine bessere Erklärung für das beobachtete Verhalten gibt. Dies ist aber außerordentlich schwierig, da es gerade im Vorschulalter eine große Variabilität in der Entwicklung gibt. Wenn sich ein Kleinkind nicht auf die angebotenen Materialien einlässt, sich abwendet, im Raum herumläuft, auf das Regal klettert, einem die Brille von der Nase reißt und alle Dinge vom Tisch fegt, kann im Kleinkindalter vieles in Betracht kommen. Möglicherweise liegt diesem Verhalten auch tatsächlich ein ADHS zugrunde. Vielleicht aber handelt es sich lediglich um eine zwar extreme aber normale Entwicklungsphase. Eventuell aber wird das Kind auch eine autistische Symp-

tomatik entwickeln, leidet es unter einem speziellen Syndrom, hat ein massives organisches Problem und/oder ist geistig behindert. Nicht alle diagnostizierenden Stellen sind in der Lage, dies alles gleichzeitig im Blick zu haben. Aber selbst bei „hochgradiger Kompetenz“ wird man hier schnell an seine Grenzen geraten: So lässt sich beispielsweise bei durchgängig unaufmerksamem Verhalten in der Testsituation eben nur schlecht ein Entwicklungsstand feststellen. Es lässt sich nicht sehr einfach klären: Hat das Kind hier ein altersentsprechendes Potential, das aufgrund einer eklatanten Aufmerksamkeitsstörung einfach nicht zum Ausdruck kommt, oder liegt es kognitiv weit unter dem der Niveau der Alterspopulation und ist verhaltensphänotypisch oder aufgrund von Vermeidung nicht zur Mitarbeit zur bewegen. Parallel auch noch zu entscheiden, ob dieses Kind eventuell auf bestimmte Erziehungs- oder familiäre Lebensumstände reagiert, die die Symptomatik eventuell sogar ausgelöst haben oder ungünstig aufrecht erhalten, ist extrem schwierig. (Tabelle 1)

Was ist jetzt die Konsequenz? Sollte man im Vorschulalter von einem ADHS sprechen oder nur von einem Verdacht? Wenn wir der Einfachheit einmal annähmen, das Kind habe entweder tatsächlich ein ADHS oder habe kein ADHS (auch wenn man derzeit tatsächlich von einem Kontinuum ausgeht), dann ist natürlich das Ziel, beides jeweils korrekt zu diagnostizieren (Felder 1 und 4). Fehler kann man machen, indem man ein ADHS fälschlicherweise übersieht (Feld 2) oder indem es diagnostiziert wird, obwohl es nicht vorhanden ist (Feld 3). Ersteres hat früher keinen groß bewegt, obwohl es aus medizinischer Sicht hochdramatisch ist, weil erforderliche Hilfe

Tabelle 1:

	Das Kind hat ADHS	Das Kind hat kein ADHS
ADHS wird diagnostiziert	1. ADHS wird zu Recht diagnostiziert	3. ADHS wird zu Unrecht diagnostiziert
ADHS wird nicht diagnostiziert	2. ADHS wird fälschlicherweise übersehen	4. ADHS wird zu Recht nicht diagnostiziert

ausbleibt. Letzteres hat in den letzten Jahren einen großen Aufschrei bewirkt und das ADHS in Verruf gebracht, so dass sogar der Begriff „Modediagnose“ aufgetaucht ist. Nun ist es einerseits wichtig, eine unmittelbar behandlungsrelevante Diagnose zu stellen. Andererseits ist im Bereich des Vorschulalters die Diagnostik, wie soeben geschildert, mit diversen Schwierigkeiten behaftet. Zudem ist das Feld der fälschlichen Positivdiagnosen nach wie vor so im Fokus, dass ich dafür plädiere, im Säuglings- und Kleinkindalter von einem Hochrisiko und im Kindergartenalter von einem Verdacht auf ADHS zu sprechen. Die Gefahr ist einfach zu groß, dass ansonsten in nächster Zeit bereits Säuglinge als ADHS-Kinder gehandelt werden, nur weil sich eventuell eine Regulationsstörung gezeigt hat. Das schadet dann dem Einsatz für die Betroffenen, statt dem Verständnis für das Störungsbild ADHS zu nützen. Gleichwohl ist es selbstverständlich zwingend erforderlich, auch bei einem Risiko oder einem Verdacht auf ein ADHS, behandelnde Maßnahmen einzuleiten!

Behandlung des ADHS im Vorschulalter

Wir wissen inzwischen, dass eine multimodale Behandlung am erfolgversprechendsten ist und dass diese kontextorientiert sein und damit möglichst nah am Problembereich selbst ansetzen soll. Dies hat zur Konsequenz: Je jünger die Kinder sind, desto eher setzen die Maßnahmen

nicht beim Kind direkt an, sondern in dessen Umfeld!!!

Säuglings- und Kleinkindalter

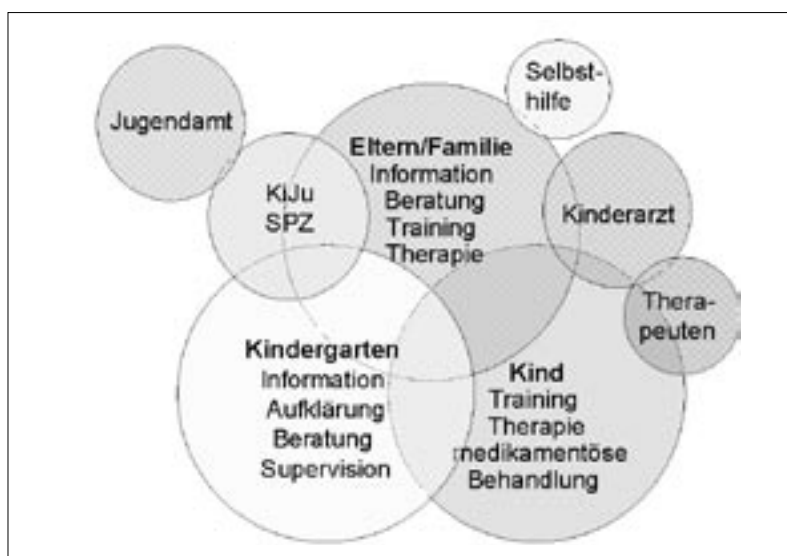
Das heißt für die Behandlung im Säuglings- und Kleinkindalter: Die Eltern müssen informiert und aufgeklärt werden. Einen enorm großen und bisher vernachlässigten Stellenwert hat die „Praktische Vorbereitung“. Es ist ganz wichtig, die Eltern bereits jetzt darauf vorzubereiten, was auf sie zukommen könnte. Da es sich um ein langjähriges mühsames Geschäft handelt, muss auch deutlich gemacht werden, dass in einzelnen „Paketen“ und kräftesparend gedacht werden muss. Es sollten bereits jetzt die vorhandenen Stärken von Familie, Umfeld und Kind gefunden, unterstützt und ausgebaut werden. Ansonsten geht es schon in ganz frühem Alter darum, auf problematische Situationen im Alltag adäquate Antworten zu finden. Die Aufmerksamkeit muss vom unerwünschten Verhalten auf erwünschtes Verhalten umgelenkt werden, d.h. also kurze, knappe Ansprache in prekären Lagen, Spaß und Freude miteinander wenn es gut läuft. Problemsituationen wie Einkaufen, Zoobesuche oder Familienfeste müssen zuvor durchgeplant und in ihrer Konsequenz durchdacht werden. Time Out kann bereits jetzt angebahnt werden. Klug wäre es auch, den Eltern Ansätze von Spieltraining beizubringen, die sie dann mit ihrem Kind durchführen können. Spieltraining ist nicht zu verwechseln mit

Spieltherapie und meint, dass nach lernpsychologischen Gesichtspunkten adäquates Spielverhalten aufgebaut wird (siehe aus dem THOP von Döpfner et al., 2002). Die Abläufe: Auspacken – Spielen – Fertig spielen – Einpacken werden trainiert. Zunächst gibt es nur kleine Einheiten, wie z.B. nur drei Memorypärchen, das schafft Erfolgserlebnisse, dann wird die Beschäftigungszeit erhöht. In diesem Alter bedeutet das für die Behandlung der Kinder selbst: Therapeutische Angebote werden nur gemacht bei zusätzlichen umschriebenen Auffälligkeiten, z.B. Richtung Krankengymnastik.

Kindergartenalter

Bei Vorliegen eines Verdachts auf ADHS ist Elternteraining ein maßgeblicher Pfeiler (zu den verschiedenen Arten von Elterntrainings siehe den Artikel von Dipl.-Heilpädagogin Gunhild Bongartz-Such in der nächsten Ausgabe). Bewährt haben sich die Elterntrainings nach dem THOP (siehe Wackelpeter und Trotzkopf, Döpfner et al., 2006). Nach Information und Aufklärung der Eltern gibt es aufeinander aufbauende Trainingseinheiten: Zunächst ist es wichtig, eine gemeinsame Problemdefinition zu entwickeln, um sicher zu stellen, dass sich alle auf demselben Stand befinden und nicht verschiedene Erklärungsmodelle oder gar Schuldzuweisungen existieren. Dann ist der Aufbau positiver Interaktionen mit dem Kind entscheidend (z.B. auch über die Einführung von Spielzeiten). Nur so kann sich das Klima in der Familie wieder verbessern und der Weg bereitet werden für notwendige weitere Interventionen (dabei ist es dann zweifelsohne von Vorteil, wenn diese Wege bereits frühzeitig gebahnt wurden). Erst dann wird das jeweilige Problemverhalten (z.B. Nichtgehören) angegangen und die entsprechenden Maßnahmen hierzu besprochen, im Alltag erprobt und zurückgekoppelt. Dies kann sowohl einzeln als auch in der Gruppe geschehen.

Es hält sich das Vorurteil, Eltern selbst bräuchten dringend selbst Therapie, wenn sie ein ADHS-betroffenes Kind haben. Dies ist natürlich nicht so. Lediglich dann, wenn die



Eltern selbst berichten, sie hätten einen Leidensdruck aufgrund einer speziellen Störung. Auch empfiehlt es sich, Augen und Ohren offen zu haben über mögliche Anlaufstellen für Erwachsene mit ADHS.

Im Sinne der multimodalen Behandlung ist es erforderlich, den Kindergarten in die Behandlung mit einzubeziehen. Neben der Information und Aufklärung kann eine Beratung sehr gut im Rahmen einer Hospitation vor Ort erfolgen. Den Erzieherinnen werden die Prinzipien der Verhaltensmodifikation nahe gebracht. Es muss anschaulich gemacht werden, dass nicht nur die Gruppe, in der das Kind sich befindet, sondern die



gesamte Institution, gefragt ist; beispielsweise hinsichtlich der Durchsetzung verbindlicher Regeln. Hier können auch zugrundeliegende Basisfortbildungen förderlich sein. Wann immer es möglich ist, sollten Erzieherinnen angeleitet werden, die Kinder auch einmal in einer Einzelsituation (oder zumindest in der Kleingruppe) zu fördern. Die hohe Schule wäre, wenn in der Kindertagesstätte jemand in der Lage wäre, Spiel- oder Aufmerksamkeitstrainings durchzuführen. Da es derzeit im Gespräch ist, aus Kindertagesstätten Familienzentren zu machen, hätte dies möglicherweise positive Auswirkungen in Richtung auf die Öffnung für Fachleute von außen.

Die Programme, die bei **Kindergartenkindern selbst** angewandt

werden, haben lerntheoretischen Ursprung. Zum einen können die Kinder das bereits beschriebene Spieltraining absolvieren. Zum anderen gibt es aufmerksamkeitsfördernde Programme, die für das Vorschulalter adaptiert wurden (Marburger Konzentrationstraining für Kindergarten- und Vorschulkinder, Krowatschek et al., 2004). Hier geht es dann schwerpunktmäßig um das Training von Selbstinstruktion und -verbalisation, was ab diesem Alter möglich wird. Die Trainingserfolge sind aber, insbesondere im Hinblick auf den Transfer in den Alltag, umstritten.

Zur Behandlung gehört auch die Vernetzung mit den bereits behandelnden Therapeutinnen (z.B. Logopädie oder Ergotherapie). Diese Formen von Therapien sind immer nur dann erforderlich, wenn das Kind tatsächliche gravierende Probleme in dem jeweiligen Bereich hat. Eine unspezifische Ergotherapie hilft nicht bei der Behandlung einer ADHS-Problematik. Wenn aber auf der Basis der Kenntnis des ADHS eine ergotherapeutische Behandlung unter verhaltenstherapeutischen Rahmenbedingungen stattfindet und die Therapie alltagsrelevant gestaltet wird (z.B. hinsichtlich der ewigen Problembereiche des Anziehens und Tasche Packens), kann sie im Vorschulalter ein wertvoller Pfeiler sein und helfen, einen Transferprozess in den Alltag zu leisten.

Die Kinder benötigen in der Regel keine explizit psychotherapeutischen Maßnahmen, höchstens wenn sekundäre Probleme wie extreme Ängstlichkeit, Selbstwertproblematik, depressive Symptomatik oder Aggressionen deutlich zutage treten.

Mit der medikamentösen Behandlung ist man im Kindergartenalter selbstverständlich zurückhaltend. Bei massiven Problemen und dringendem Verdacht wird man aber nicht umhin können, diese einzusetzen. Von Vorteil ist der Einsatz von Medikamenten dann im letzten Kindergartenjahr, wenn die Erzieherinnen, die das Kind bereits lange kennen, noch vor Schuleintritt mit beobachten können. Zudem sind die Kinder dann auch in der Regel fast sechs Jahre alt.

Schwierigkeiten in der Behandlung

- Das was diagnostisch gilt, gilt auch therapeutisch: In der Regel findet keine kontinuierliche Betreuung vom Säuglings-, über das Kleinkind- zum Vorschul- und Schulalter statt. Das heißt, immer neue „Fachleute“ sind mit der Familie beschäftigt und geben unterschiedliche Ratschläge.
- Einzelne Diagnostiker und Behandelnde kümmern sich dabei häufig nur um ihren jeweiligen (zeitlichen und spezifischen) Ausschnitt. Bisher ist daher die Langzeitperspektive untergegangen. Den Eltern muss von Anfang an mitgeteilt werden, worauf sie sich einstellen müssen. Die Kinder brauchen aber keine durchgängige oder gar primär psychotherapeutische Behandlung. Es ist erforderlich, über viele Jahre lang immer genau die „Pakete“ auszuwählen, die auf das Kind und die familiäre Situation passen. Das könnte zunächst ein Elterntaining sein, anschließend vielleicht eine psychomotorische Therapiegruppe für das Kind, dann ein Aufmerksamkeitstraining, viel später im Schulalter dann ein Soziales Kompetenz- oder ein Entspannungstraining. Diese Dinge müssen den Eltern aber auch von Anfang an anvisiert und von diesen dann Schritt für Schritt in Angriff genommen werden.
- Es gibt noch nicht ausreichend wirklich qualifizierte Behandelnde und häufig therapeutische Umwege, so dass insgesamt die Wartezeiten sehr lange sind. Zusammen mit dem langen Weg der Diagnostik wird Kindern damit oftmals nicht schnell genug effektiv geholfen.
- Zwar bin ich eine Verfechterin des „Verdacht auf ADHS im Vorschulalter“, aber das birgt natürlich auch eine Gefahr: Das Äußern eines puren Verdacht kann auf beiden Seiten als ein Abwarten missverstanden werden. Es muss also gleichzeitig eindringlich und glaubhaft transportiert werden, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Ansonsten behelfen sich die Beteiligten damit, geradezu ta-

tenlos bis zum Schuleintritt abzuwarten, um zu sehen was passiert. Die Eltern nehmen dann in der Zeit keine Beratung wahr und bleiben aus. Auch die Fachleute legen sich nicht ins Zeug, da sie in der Regel lange Wartelisten haben und erst dann wieder aktiv werden, wenn sie angefordert werden.

- Es ist zwar traurig festzustellen, aber: Es herrscht immer noch kein durchgängiges Verständnis für die betroffenen Kinder in den Institutionen. Ein einnässendes oder extrem ängstliches Kind wird vielleicht nur zweimal täglich zum Problemfall. Ein autistisches Kind bringt zwar möglicherweise durchgängig Probleme, aber hier vertrauen die Erzieherinnen auf die Diagnose, was ihnen Erleichterung verschafft. Bei einem ADHS-Kind scheint zum einen dieses Vertrauen in die Diagnose noch nicht gegeben. Zum anderen liegt es in der Natur der Sache, dass die Symptome dieser Kinder die Erziehenden in jeder Sekunde ihres ganz normalen Alltages fordern und an ihre Grenzen bringen, insbesondere je expansiver die Kinder sind.
- Es kann mit viel Mühe gelingen, eine multimodale Diagnostik durchzuführen. Die anschließende Realisierung der geforderten multimodalen Behandlung ist allerdings extrem schwierig. Die Behandlung des Kindes erfolgt primär über die Eltern und das Umfeld. Diese aber müssen kontinuierlich angeleitet werden von professionellen Stellen wie dem Kinderarzt, den kinder- und jugendpsychiatrischen Kollegen oder SPZs. Werden die Kinder

selbst therapiert, entstehen noch weitere Schnittstellen. Diese müssen durch ständigen Informationsaustausch miteinander verbunden werden, was entweder eine enorme Logistik bedeutet. Oder, sollte es gelingen, das Ganze aus einer Hand zu koordinieren, dort enorme Zeit beansprucht, die inzwischen nicht mehr bezahlt wird. Leider wird gerade jetzt, wo wir erkannt haben, was zu der multimodalen Diagnostik und Therapie von ADHS-Kindern erforderlich ist, aufgrund der desolaten Lage im Gesundheitssystem nicht mehr unproblematisch finanziert.


Ausblick

Betrachtet wurden die zwei großen „Baustellen“ des ADHS im Vorschulalter: die Diagnostik und die Behandlung. Einige Schwierigkeiten wurden exemplarisch beleuchtet. Gleichzeitig gibt es aber viele Ansatzpunkte, die Anlass zu einem positiven Ausblick geben:

Die Einsicht in die Zusammenhänge der Entstehung und Manifestation des Störungsbildes nimmt in allen Bereichen zu, was auch das Verständnis für die Kinder selbst erhöht. Das frühe Erkennen und die frühe Behandlung sind erwiesenermaßen dringend erforderlich und rücken damit näher.

Einzelne Städte haben inzwischen Kompetenznetzwerke aufgebaut zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie. Inzwischen wurde auch ein nationales Netzwerk gegründet. Das hat über kurz oder lang positive Auswirkungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen, Kindertagestätten und Schulen. Für die mit ADHS-

Kindern befasste Personenkreise ist es nützlich, sich hierdurch persönlich zu kennen und schneller kontaktieren zu können. In Aachen beispielsweise ist ein Unterarbeitskreis „ADHS im Vorschulalter“ gegründet worden, der es sich zum Ziel gesetzt hat, die Kommunikation zwischen Kinderarzt, Eltern und Kindergarten über problematisches Verhalten bei Vorschulkindern zu verbessern.

Wir haben inzwischen mehr und bessere Instrumente entwickelt und unsere Erfahrung damit nimmt zu, auch im Vorschulbereich. Die Situation und Biografie der Eltern können dabei zunehmend besser eingeordnet werden. Die Kenntnis des ADHS über alle Lebensalter, wie es Thema des Symposiums ist, spielt dabei eine wichtige Rolle. 

Literatur

- Brandau, H., Pretis, M. & Kaschnitz, W. (2003). ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2000, 4. Aufl.). Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2006, 3. überarbeitete Aufl.). Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim: Beltz, PVU.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002, 3. Aufl.). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, THOP. Weinheim: Beltz, PVU.
- Krowatschek, D., Albrecht, S. & Krowatschek, G. (2004). Das Marburger Konzentrationstraining für Kindergarten- und Vorschulkindern. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Laucht, M. (2005). Haben Kinder mit frühkindlichen Regulationsproblemen ein erhöhtes ADHS-Risiko? In: Kinderärztliche Praxis, Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Sonderheft ADHS, 9-11.
- Wurmser, H. (2005). Frühe Prädiktoren für die Entstehung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In: Kinderärztliche Praxis, Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Sonderheft ADHS, 4-8.

*Kathrin Hoberg ist Dipl.-Psychologin im Sozialpädiatrisches Zentrum Uni-Klinikum Aachen
Tel. 0241/8089553
hoberg@ukaachen.de*

Du kannst Dein Leben nicht verlängern
und Du kannst es auch nicht verbreitern.

Aber Du kannst es vertiefen!

Gorch Fock

(Johann Kinau 1880-1916)

Wie kann man einen Jugendlichen/ jungen Erwachsenen mit ADHS noch konkret unterstützen?

Cordula Neuhaus

Nachdem nun in der seriösen internationalen wissenschaftlichen Szene seit etwa zwei Jahren immer deutlicher diskutiert wird, dass die Kriterienkataloge des DSM IV und des ICD 10 alte „Beobachtungskataloge“ von zappeligen kleinen Grundschulbuben zwischen 6 und 12 Jahren darstellen und hier das Störungsbild weder im frühen Kindesalter noch ab dem 12. Lebensjahr ausreichend beschrieben wird, nimmt das Konzept der „Dysregulation der (autonomen) Selbststeuerung“ immer breiteren Raum ein (vgl. u.a. erstmals beschrieben bei Neuhaus 2000, Steinhausen 2004).

Reizoffenheit – Reizfilterschwäche

Jugendliche und junge Erwachsene sind wie die Kinder reizoffen, was ja nicht nur mit negativen Symptomen gekoppelt ist, die Hypersensibilität im Sinne sofortigen Spürens, ob man mit jemand zurechtkommt oder nicht, kann durchaus von Vorteil sein, ebenso das Interesse für alles und jedes und – so keine visuelle Wahrnehmungsdifferenzierungs-/Integrationschwäche vorliegt – der gute Orientierungssinn. Die Kehrseite der Medaille ist allerdings die Reizfilterschwäche mit der typischen Vergeßlichkeit, Ablenkbarkeit. Menschen mit ADHS kommen schnell von einem ins nächste, verlieren auch immer mal wieder den Faden im Gesprächsverlauf. Die Symptome der Unaufmerksamkeit sind bei genauerer Betrachtung wohl nicht trennbar von den Auswirkungen der Impulskontrollstörung bei ADHS. Damit ist nicht nur das „spontane“ Handeln oder Dazwischensprechen gemeint, sondern eben auch „die Ausrede der Ausrede“, das hartnäckige Verhandeln können und auch die Kreativität im Zusammenhang mit dem typischen „Gedankenspringen“, dem Abkommen vom Thema, mit impulsivem Suchen und Finden

können einer neuen und oft außergewöhnlichen Lösung durchaus im positiven Sinn, innovativ, unkonventionell, manchmal sogar „genial“.

Bisher sicher zu wenig beachtet sind die syndromtypischen Auswirkungen der Affektlabilität mit dem blitzschnellen „Kippen“ der Stimmung, häufig aus scheinbar nichtigem Anlaß, bei Streß, mit dem extrem schnellen „Ausrutschen“ auf dem Gefühl, wobei Betroffene sich hineinsteigern, ohne dies zu wollen und zu merken, z. B. beim Artikulieren von Ärger, Kummer, Angst, etc... Buchstäblich wirklich jeder Be-



Cordula Neuhaus während ihres Vortrages.

troffene erkennt sich zudem sofort wieder in der Aussage des 13-Jährigen „Stimmt, wenn etwas für mich neu oder interessant ist oder jemand richtig nett, ist mein Kopf an wie ein Weihnachtsbaum am Heiligen Abend. Dann kann ich alles aufnehmen, alles abrufen und alles klappt wunderbar. Wenn aber etwas langweilig oder schwierig für mich ist oder jemand irgendwie mit mir vorwurfsvoll, sauer oder irgendwie ätzend ist, hat mein Kopf Bildschirmschoner an“ bei der eben nur kontextabhängigen Motivierbarkeit und Aktivierbarkeit der Aufmerksamkeit.

Auch die Jugendlichen/jungen Erwachsenen kennen oft noch das

Problem mit dem mangelhaften Dosieren können grober Kraft, der eine mehr, der andere weniger ausgeprägt beim Schreiben und Malen, mit v.a. bei Zeitdruck oder auch sonstigem Streß verkrampfter Stifthaltung, dem Langsamerwerden in der graphomotorischen Umsetzung bei längeren Texten mit „Entgleisung“ der Schrift zum Teil bis zur Unleserlichkeit und mit Fehlerhäufung durch Weglassen von Buchstaben oder Wörtern.

Verzögerte seelische Entwicklung

Gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird die „seelische Entwicklungsverzögerung“ (Barkley 1997, Goldstein 1998, Neuhaus 2000) mit etwa 30 Prozent immer deutlicher bezüglich der „Reife“ und natürlich auch der Selbstüberwachung und Selbstkontrolle.

Ein wirklich gravierendes Problem gerade während der Wachstumschübe in der Pubertät und in der Adoleszenz ist das besonders ausgeprägte „Jugendlichen-Schlaffheitsstadium“ mit Erwachen morgens aus geradezu komatösem Schlaf, was das Trödeln beim morgendlichen Anlaufen massiv verstärkt (und innerfamiliär regelmäßig zu Spannungen führt).

Trotz ausreichenden Nachtschlafs ist es für viele Jugendliche, junge Erwachsene – und oft auch reife Erwachsene – quälend, dass man sich nicht einfach durch einen Willensimpuls „aktivieren“ kann, um leisten zu können (was bei Nichtbetroffenen mit ADHS natürlich auch noch besser gelingt, wenn man motiviert ist, aber auch klappt, wenn man das nicht ist), sondern dass es für eine Person mit ADHS wirklich davon abhängt, dass die Sache oder die Person, mit der man interagiert, gefühlsmäßig rein subjektiv positiv besetzt ist, sonst quält das Gefühl des „Sichüberwältigtgefühls“, die „Tagesmüdigkeit“.

Soll man nun aufräumen oder sich an die Arbeit machen, kommt noch belastend die typische Entscheidungsschwäche dazu mit der tatsächlichen Unfähigkeit, vernünftig Präferenzen setzen zu können bei dieser „anderen Netzwerknutzung“ im Gehirn.

Viele Jugendliche können trotz Störungsbildteachings und Unterstützung im therapeutischen Setting durch das Erlernen von Selbstinstruktionstechniken nicht zielstrebig auf ihre Arbeit zugehen, wenn sie ihr Heft oder Buch aufschlagen und sich von der Menge oder auch von dem Schwierigkeitsgrad regelrecht „erschlagen“ fühlen, die Stimmung rapide ins Bodenlose sackt, die Aktivierung der Aufmerksamkeit unmöglich wird, um dann resigniert feststellen zu müssen, dass das Gehirn „Gesinnungstransplantate“ regelmäßig abstößt.

Weder Faulheit noch Ausrede

Es ist keine Faulheit und keine blöde Ausrede, wenn so jemand sagt „Ich schaue das Blatt an, das Blatt schaut mich an, aber irgendwie geht der Lernstoff nicht in meinen Kopf hinein“.

Bei dieser mangelhaften Aktivierungsfähigkeit der Aufmerksamkeit und der geringen Kurzzeitspeicherkapazität wird natürlich oft auch nicht sinnerfassend und bedeutungstiftend sofort alles aufgenommen. Es kommt entsprechend immer wieder zu Mißverständnissen, die aus Sicht des Umfelds zu „dummen“ Reaktionen oder Aussagen führen.

Will man einem solchen Jugendlichen oder jungen Erwachsenen wirklich helfen, muss schlicht die Tatsache akzeptiert werden, dass die „Vorktivierung“ der Aufmerksamkeit wirklich substantiell von einer spezifischen Aufgabenstellung, resp. einer ausreichend sachlichen oder freundlichen Kommunikation abhängt.

Ebenso ist es notwendig zu akzeptieren, dass Menschen mit ADHS bei Nichtinteresse immer wieder wegdriften ohne dies zu wollen oder steuern zu können, dass sie Schwierigkeiten haben mit dem Spontanabruf und auch mit dem Übergang von einer Situation in die nächste – selbst, wenn sie das wollen, da ein

Teil des Stirnhirns ihnen anscheinend einfach nicht hilft, die „Hyperfokussierung“ zu mildern.

Nach wie vor ist die Frustrationstoleranz gering. Wenn etwas nicht sofort klappt, geben (besonders nach einer längeren Lerngeschichte der Mißerfolge) auch noch Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS schnell auf, vor allen Dingen wenn sie mit ihrem typisch oberflächlich abtastend, überhüpfenden Wahrnehmungsstil nicht sofort eine Instruktion, eine Gebrauchsanleitung „verstehen“.

Problematisch wird es, wenn die Frustration danach ausgesprochen wird, unbrembar eine negative Stimmung getriggert wird, und der Mensch sich regelrecht in den Ärger hineinsteigert durch das „Rauschimpfen“, evident dann ein Zugriff zu Vorerfahrungen oder Wissen nicht möglich ist, was oft zu Unverständnis der Umgebung führt.

Aristoteles formulierte einmal „Jeder kann ärgerlich werden – das ist leicht. Aber ärgerlich werden mit der richtigen Person, im richtigen Ausmaß, zum richtigen Zeitpunkt, zum richtigen Zweck und auf die richtige Art und Weise, das ist nicht einfach“ (ob er etwas von ADHS verstand?).

Leider können auch Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS (auch reife Erwachsene) nicht nach Konfrontation mit einer Aussage, einer Aufgabe, etc., zunächst erst einmal in den Realitätsabgleich, in den Erfahrungsabgleich gehen, sondern folgen in aller Regel der ersten „Spontanidee“ ihres Gehirns. Entsprechend leidet natürlich die Verarbeitungsqualität in Abhängigkeit von der Geschwindigkeit der Wahrnehmung, Bewertung bei der Umsetzung. Typischerweise können auch Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS oft nicht die Folgen ihrer Aussage oder ihrer Handlung abschätzen, sie unterbrechen bevor z. B. eine Kritik vollständig geäußert ist, haben die Rechtfertigung der Rechtfertigung sofort parat – oder schieben die Schuld für Fehlverhalten anderen zu.

Viele fühlen sich ständig benachteiligt oder zurückgesetzt, nicht richtig in ihrer vielschichtigen und komplexen Persönlichkeit wahrgenommen (was ja oft an sich so ist, weil sie

durch ihre syndromtypische Anpassungsstörung oft ihre Begabungsressourcen nicht entsprechend umsetzen können).

Typischerweise haben Betroffene ein verblüffend gutes Aufnahmevermögen und Gedächtnis für subjektiv Interessantes, sind neugierig, wißbegierig und leicht zu begeistern und haben bei subjektivem Interesse eine extreme Konzentrationsfähigkeit (z. B. bei der Arbeit an elektronischen Geräten), dass die Welt um sie herum zu versinken scheint.

Es muß allerdings akzeptiert werden, dass sich bei diesem Wahrnehmungs- und Reaktionsstil mit dem immer wieder unsteuerbaren „Abschalten“ des hinteren Aufmerksamkeitssystems und somit dem nicht ständigen Vergleichenkönnen dessen, was man gerade erlebt und was man früher erlebt hat, kein inneres Gefühl für Zeit und Zeitverlauf entsteht. Das „Zeitfenster“ liegt im Hier und Jetzt, Betroffene leben somit oft „in der Krise“, was beeinträchtigend für jegliche Handlungsplanung ist, und unter anderem bedingt, dass subjektiv Uninteressantes oder Schwieriges gerne geschooben wird, erst im letzten Moment „unter Hochdruck“ erledigbar wird. Und auch in späteren Entwicklungsphasen wird spontan oder gar nicht entschieden.

Regelrechte Stehaufmännchen

Die Kehrseite der Medaille ist aber, dass Menschen mit ADHS zäh sind, regelrechte Stehaufmännchen und, bei echter, ehrlich gemeinter Entschuldigung, nicht nachtragend.

Die entwicklungspsychopathologischen Aspekte von ADHS sind nicht nur die mangelhaft ausreifen de Fähigkeit zu einer realistischen Selbst- und Eigenleistungseinschätzung. Betroffene bleiben „egozentrisch“, sie entwickeln keine Fähigkeit zum „automatischen“ Perspektivenwechsel (wie Nichtbetroffene mit spätestens 12 Jahren), um bei vertrauten Bezugspersonen z. B. immer vorab etwa einschätzen zu können, wie wohl die Reaktion des Gegenübers sein wird. Betroffene mit ADHS bleiben (oft auch noch im reifen Erwachsenenalter) nicht nur egozent-

risch, sondern handeln auch animistisch, d.h. es ist für sie völlig selbstverständlich, all das tun zu können, was sie gerade bei jemandem sehen oder was ihnen gerade in den Sinn kommt.

In der Pubertät kommt nun vorübergehend noch der Adoleszenten-Egozentrismus hinzu mit dem Phänomen, alles auf sich persönlich zu beziehen – eine schwierige Phase, in der leider oft besonders viele Komorbiditäten entstehen.

Betrachtet man die Lerngeschichten von klinisch signifikant Betroffenen mit ADHS, ist dieser Wahrnehmungs- und Reaktionsstil in unserer schnelllebigen Zeit tatsächlich eine „harmful dysfunction“, wie Barkley es 2004 nach Wakefield definierte. ADHS beeinträchtigt den Menschen kulturunabhängig, emotional, kognitiv und sozial. Die andere Netzwerknutzung des Gehirns verursacht Schaden. Betroffene werden, gemessen an ihrem kulturellen Standard, benachteiligt und dies resultiert aus dem Unvermögen gewisser interner Mechanismen, ihre natürliche Funktion zu erfüllen.

In der Pubertät und Adoleszenz nehmen die typischen Vermeidungsreaktionen bei den oft immer vorwurfsvolleren Reaktionen des Umfelds mit Appellieren, Moralisieren, Strafen, Ausgrenzen und Etikettieren eher noch zu. Häufig dreht sich die Abwärtsspirale immer schneller, die Abwehr wird heftiger.

Es ist ein tatsächliches Handicap, im Hyperfokus emotional und aufmerksamkeitsbezogen so eingengt zu sein, dass man z. B. etwas, was man sucht, einfach nicht findet, oder man eben große Schwierigkeiten mit der schnellen Aufmerksamkeitsverschiebung hat.

In einer schwierigen Phase kann das zu der Aussage führen, man habe das Gefühl, die ganze Welt hasse einen, einem gelinge einfach nie etwas – alles immer extrem geschilbert. Solche, gegen sich selbst gerichtete Radikalaussagen können aber auch zu spontanen Überreaktionen führen – mit natürlich sofort wiederum schwierigen Reaktionen des Umfelds.

Verlustängste, Existenzängste begleiten Betroffene mit ADHS oft

schon seit frühen Kindertagen. Nach einem schlechten Schulabschluß, der leider immer häufiger Fakt wird in unserem schwierigen Bildungssystem (das viel zu früh eigenangeleitetes Lernen und Selbständigkeit verlangt), wird dann die Ausbildungs- und/oder Jobsuche schwierig und reaktive depressive Verstimmungen werden unausweichlich. Dies führt seit einiger Zeit immer häufiger zur Flucht in „angenehme“ Beschäftigungen z. B. am PC (zum Teil mit Umkehr des Tag-/Nachthythmus). Viele Jugendliche können nicht sofort eine Lehre oder einen Job finden, gehen dann abends ins Netz, zocken oder chatten stundenlang, um erst in den frühen Morgenstunden zu Bett zu gehen und dann natürlich ausschlafen zu müssen.

Die Gefahr der „falschen Freunde“

Wenn dies nicht der Fall ist, geraten viele in ihrer schwierigen und langwierigen Phase der Identitätsfindung am Ende der Pubertät bis ins Erwachsenenalter hinein, an „falsche“ Freunde mit der Gefahr, Drogen auszuprobieren, Hochrisiko auf sich zu nehmen, auch mal kriminell zu entgleisen – bei ihrer syndromtypischen Beeinflussbarkeit, aber auch einer Sekte in die Hände zu fallen.

Erfreulicherweise können sich viele über diese Zeit der hohen Irritabilität hinüberretten dadurch, dass sie sich, bedingt durch ihren extremen Gerechtigkeitsinn (nicht nur für sich, sondern auch für andere), ihre spontane Empathiefähigkeit und Hilfsbereitschaft, ihre Fürsorglichkeit und Einsatzbereitschaft, wenn sie die Hilfsbedürftigkeit von jemand erkennen, bei entsprechenden Aktivitäten einbringen und darin soziale Anerkennung bekommen und oft dabei Ehrgeiz entwickeln.

Sie sind typischerweise in Notsituationen auffallend reaktionsschnell und handlungssicher, was nun zunehmend auch positiv auffällt – aber bei den sehr unterschiedlichen Rückmeldungen aus dem Umfeld - in dieser schwierigen Entwicklungsphase oft dennoch nicht zu einer stabilen Identitätsentwicklung, sondern zu einer hintergründig mehr oder minder großen Verwirrung führt.

Da ADHS bekanntlich mit einer höchsten Wahrscheinlichkeit vererbt wird, ist diese Entwicklungsphase überdies so schwierig, weil oft das, was der junge Mensch tut – oder auch nicht – von einem selbstbetroffenen Elternteil ebenfalls vorschnell bewertet wird. Dann wird versucht zu belehren, oft in einer Art und Weise, die man selbst als Kind und Jugendlicher gehaßt hat: im schulmeisterlichen Ton, weit ausholend, oder gleichzeitig an mehreren Aspekten gleichzeitig kritisierend, mit einem „Elefantengedächtnis“ für alle kleinen Vergehen, die je stattgefunden haben. Der selbstbetroffene Elternteil kommt von einem ins nächste, wird lauter, barscher, im Ton – mit der Folge, dass der Jugendliche/der junge Erwachsene nicht nur in eine verzweifelte oder wütende Stimmung verfällt, nicht bockig, sondern blockiert ist, nicht adäquat reagieren kann.

Oft wird ein Jugendlicher/junger Erwachsener angesichts der vielen Moralpredigten, die er ja schon früher erhalten hat, regelrecht von den „Kanalratten“ der Alterinnerung zusätzlich überfallen, fühlt sich „wie gelähmt“ – ADHS bedeutet sicher nicht nur „driven to distraction“ (Hallowell & Rately 1994), sondern auch „driven by emotion“ (Neuhaus 2005).

Besonders schwierig sind hierbei Wochenenden, Familienfeste, höhere Feiertage, wenn die Familie zusammenkommt und Zeit ist für „grundsätzliche“ Gespräche. Viele Betroffene fürchten solche Tage, da sie sicher sind, an Weihnachten vor allen Dingen „eine Krise“ zu bekommen (was sich leider oft bewahrheitet ...).

Die zunehmende Selbstwahrnehmung, nicht zu genügen, der Looser zu sein, wird bei vielen sehr dominant nach dem Motto „Zuerst hatten wir kein Glück und dann kam noch Pech dazu“.

Die Tendenz, schnell frustriert, schnell verletzt, schnell irritiert, schnell entmutigt, schnell beunruhigt zu sein, wird immer größer, wobei die Entwicklung sozialer Emotionen eigentlich nur bezüglich des Schuldgefühls sehr gut entwickelt scheint, weit weniger differenziert sind Gefühle wie Stolz, eher noch

Scham, Eifersucht oder Neid werden häufig sogar miteinander verwechselt.

Erwachsene mit ADHS erklären sich Erfolge oft nur „durch die Gunst der Stunde“ bedingt. Jugendliche und junge Erwachsene haben typischerweise nicht nur Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik, sondern auch mit Lob. Die Gefühle von Angst und Depression werden häufig verwechselt oder in einen Topf geworfen, viele fühlen sich ständig zwischen diesen beiden Gefühlsqualitäten pendelnd.

Im Gegensatz zu Betroffenen mit ADHS können Nichtbetroffene ihre Gefühle erkennen und sie vorsätzlich bis zu einem bestimmten Grad „kontrollieren“ und dann auch „entscheiden“, welche Situationen und Personen sie für sich zulassen wollen. Menschen mit ADHS haben damit große Schwierigkeiten.

Will man einem Jugendlichen oder jungen Erwachsenen wirklich noch effektiv Unterstützung geben, ist nach wie vor zu akzeptieren, dass sie nur alles hören können (sofort sinnerfassend und bedeutungsstiftend), was ihnen gegenüber freundlich, klar, logisch nachvollziehbar und nicht zu komplex formuliert geäußert wird. Bedeutet also, dass es ganz nett ist, wichtig zu sein, aber noch viel wichtiger, nett zu sein.

Das heißt also:

Junge Menschen mit ADHS brauchen noch lange Ermutigung, positive Unterstützung mit Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft, nicht nur des Handlungsergebnisses, und nach vorheriger Absprache auch unaufgeregte Kontrolle bei grundsätzlich wertschätzender Grundhaltung. In der Pubertät rutscht jemand mit ADHS jedoch schnell in die Anomie, d.h. lebt nach dem Motto „Ist der Ruf erst ruiniert, lebt sich's völlig ungeniert“. Entsprechend ist mit Widerstand und Skepsis zu rechnen, mit Abwehr, was nicht „gespiegelt“ werden darf, aber sachlich thematisiert werden kann.

Gerade bei Jugendlichen mit ADHS des vorwiegend unaufmerksamen Typus, die sehr begabt sind, darf die Gefahr des Spontansuizids, vor allen Dingen im Übergang zum ado-

leszenten Alter nicht unterschätzt werden bei der rasch um sich greifenden, sich extrem entwickelnden negativen „selbsterfüllenden Prophezeiung“.

Bei Problemlösungsversuchen muß der Teenager mit ADHS als geschätzter Partner miteinbezogen werden – und je mehr sowohl Eltern und Bezugspersonen als auch er oder sie über diesen Wahrnehmungs- und Reaktionsstil wissen, desto besser gelingt dies.

Die Wörter „Einsicht, Übersicht, Rücksicht, Nachsicht und Vorsicht“ sind auch bei dieser Altersgruppe aus dem Sprachschatz zu streichen.

Menschen mit ADHS können zwar in einer Unterredung durchaus einen Irrtum z. B. erkennen, einen Sachverhalt akzeptieren und können auch den Wunsch haben, eine bestimmte Verhaltensweise zu verändern oder etwas zu unterlassen – aber bei ihrer syndromtypischen Vergeßlichkeit und dem Zeitfenster im Hier und Jetzt ist das in jedem Alter leider ganz schnell wieder vergessen.

Nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS brauchen zur Orientierung ausreichend starke Signale und Hinweisreize, benötigen zur Verautomatisierung einer Routine oder eines Lerninhalts die 8 – 18-fache Zeit.

Entsprechend ist es sinnvoll, darauf eingestellt zu sein, dass auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen immer wieder Unangenehmes vorkommen kann, völlig unerwartet.

Heiko, 17 Jahre, ein an sich harmloser und oft noch sehr kindlich wirkender Träumer, hat mit Mühe und viel Unterstützung, aber erfolgreich, seinen Real-schulabschluß erreicht. Anlässlich der Feier mit viel Alkohol lässt er sich darauf ein, bei einem Diebstahl für eine Summe von Euro 50,00 „Schmiere zu stehen“ und wird prompt erwischt – alle sind fassungslos, denn er hat früher wirklich noch niemals irgendetwas Unerlaubtes getan, war eher der Langsame, Gutmütige, Kumpelhaftige, extrem Friedliche.

Bei der leider typischen Kommunikation in eher gereiztem Ton mit Vorhaltungen oder den sofort läh-

menden Wörtern „Du musst ...“ oder „Du sollst ...“, kommt leider nur eine „miese Energie rüber“ und es gilt zu bedenken (gerade auch in diesem Alter!), dass Menschen mit ADHS bezüglich der Informationsverarbeitung an sich nicht eingeschränkt sind, durchaus wissen, wie man sich z. B. verhalten sollte, aber eben große Schwierigkeiten mit der Umsetzung haben.

Wie in Kindertagen gilt, Verhaltenserwartungen von vornherein festzusetzen im freundlichen, festen, ruhigen Ton mit grundsätzlichem Inbetrachtziehen von Widerständen und Problemen. Regeln müssen klar operationalisiert und definiert werden, nicht diskutabel sein, sind nach angemessener Zeit zu überprüfen und neu festzulegen.

Es ist sinnvoll, sich nach wie vor auf Widerstände einzustellen und zu bedenken, dass der Jugendliche oder der junge Erwachsene zwar Ordnung schaffen, aber nicht Ordnung halten kann.

Eine notwendige Unterredung erreicht den „Empfänger“, wenn der „Sender“ immer mit einem einigermaßen freundlichen Gesicht in angemessenem Ton spricht, bei „unerwünschten“ Kommentaren sachlich bleibt, den Blickkontakt dann wegnimmt, da sich das Gegenüber sonst an der Mimik und der darin erkannten Emotion „aufhängt“. Unter Umständen ist es wichtig, auch einmal beim Widerstand kurz „parallel“ zu reden, die erkannte Missbefindlichkeit kurz zu thematisieren – aber nicht auszudiskutieren.

Es klingt trivial (ist aber sehr schwierig umzusetzen) „Probemeinungen“ des Jugendlichen nicht sofort zu bewerten, sondern bei schwierigen Aussagen erst einmal eine Rückfrage stellen „Wie meinst Du das? Du sagst also ...“ oder „Wenn ich Dich richtig verstehe, denkst Du, dass ...?“.

Nach wie vor ist natürlich jegliches Bloßstellen tabu, d.h. das Reden über Schwierigkeiten im Beisein anderer (auch am Telefon!).

Jeder verstärkte Teilerfolg führt zu mehr Anstrengungsbereitschaft, die positiv rückgemeldet mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem entsprechenden Handlungsergebnis

führt. Beim Helfen darf nicht „belehrt“, sondern Hinweise werden sinnvollerweise hinführend, wichtige Information betonend, richtige Antworten oder Verhaltensweisen bestätigend, z. B. auch durch Nicken, Unterstützung in zielführender Weise gegeben.

Auch junge Erwachsene sind angewiesen auf immer wieder kurzes Feedback – nichts ist so inaktivierend und lähmend wie „Liebesentzug“ oder als „Strafe“ nicht mehr mit ihm/ihr zu reden, wenn etwas schiefgelaufen ist.

Sinnvoll ist, statt „Hast Du verstanden?“ nach einer Erklärung etwa rückzufragen „Hast Du es für Dich klargekriegt?“, da somit die aktive, selbstbestimmte Rolle des Jugendlichen/jungen Erwachsenen positiv betont wird und die gewünschte Umsetzung entsprechend wahrscheinlicher.

Gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist das Modellverhalten des jeweiligen Elternteils sehr relevant. Entsprechend scheint es sinnvoll sich zu überlegen, wie man selbst sein Leben bewältigt. Je stabiler und psychisch gesünder man selbst ist, desto besser gelingt das erfolgreiche „Coaching“ des Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Eine „Erziehung“ ist bereits im 13. oder 14. Lebensjahr definitiv abgeschlossen – das, was danach erfolgt, kann maximal „Supervision“ oder Lebensbegleitung sein.

Am Beispiel des typischen Fahrverhaltens Betroffener mit ADHS im jungen Erwachsenenalter soll dies konkretisiert werden.

Die Unfallgefährdung bei ADHS ist im jungen Erwachsenenalter belegtermaßen extrem hoch. Typische Auffälligkeiten sind (auch im reifen Erwachsenenalter) zu schnelles Fahren (oft auch mit Drängeln verbunden). Gerade bei den Jüngeren imponieren Kavaliertests an der Ampel, aber vor allen Dingen auch das Unterschätzen der Gefahr von nasen Fahrbahnen, von Schienen in der Fahrbahn, zu dichtem Auffahren etc.

Auch das Schimpfen über andere Verkehrsteilnehmer passiert schnell – und dies scheint ja auch in Ordnung, da man das oft seit Kindertagen

im Auto bei Familienfahrten „so“ gelernt hat.

Für die konkrete Konfliktbewältigung bei Diskussionen um Motorrad- und Autoführerschein gilt, dass man möglichst früh im Gespräch zwischen den Eltern (nicht an den Jugendlichen gerichtet!) transportiert, wie man zum Führerschein steht. Die beste Empfehlung ist, zu definieren, dass es eben den PKW-Führerschein mit 18 Jahren gibt und dieser (so eben möglich) von den Eltern finanziert wird, allerdings unter der Bedingung, dass danach ein Sicherheitstraining absolviert wird. Dieses Sponsoring ist tatsächlich gut angelegtes Geld.

Eine klare Absage gilt frühem Fahren mit motorisierten Zweirädern, speziell bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, da diese schnell in einen Geschwindigkeitsrausch rutschen können. Der Motorradführerschein wird sinnvollerweise erst mit 21 + gemacht.

Sollten Fahrzeuge schon früh faszinieren, ist die Überlegung sinnvoll, wie man dies „kanalisieren“ kann, z. B. durch einen Motorsport.

Nach dem Führerscheinwerb sollte es wirklich regelmäßig Gelegenheit zum Fahren geben, aber ohne ständiges Belehren dabei als Beifahrer oder „Moralpredigten“ vorher. Am besten hilft der Wunsch „Komm gut an“ vor Antritt einer Fahrt oder der Wunsch, den Betroffenen heil wieder sehen zu wollen.

Ergänzend scheint wichtig:

Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS entwickeln sich nur gut in einer Ausbildung/einem Beruf, wenn die Tätigkeit grundsätzlich Spaß macht und sie motiviert. Es ist sinnlos, ihnen „aus Vernunft“ eine Tätigkeit empfehlen zu wollen, vor allen Dingen eine, die nicht ausreichend abwechslungsreich ist.

Es gilt tatsächlich, Nischen zu finden. Sinnvoll ist hier u.U. das Zuziehen eines freundlich-empathischen Beraters, der positiv an den Jugendlichen herangehen, noch besser mit ihm zusammen seine Stärken suchen kann.

Es hat wenig Sinn, Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS dann im nächsten Schritt immer

wieder dazu zu drängen, sich zu bewerben. Eine Bewerbungsmappe an sich kann schnell entstehen – bis auf das „Anschreiben“, in dem man ja begründen soll, warum man sich für diesen bestimmten Beruf oder die Tätigkeit interessiert – und vor allen Dingen seine Vorzüge darstellen soll, die einen „geeignet“ machen, wie „Zuverlässigkeit“, „Pünktlichkeit“ und „Teamfähigkeit“... Durch Signalisieren, dass man weiß, wie schwierig es ist, erreicht man den Jugendlichen, den jungen Erwachsenen leichter, der sich dann eher an diese mühevollen Arbeit dransetzen kann.

Bei Aufforderungen jeder Art gilt zu wissen, was bei dem Jugendlichen, dem jungen Erwachsenen spontan gleichzeitig abläuft – kognitiv, emotional und physiologisch. Wird etwas emotional und kognitiv negativ oder schwierig bewertet, kann die Aktivierung nicht ausreichend einsetzen, es kommt verbal zu Reaktionen wie „gleich“ und verhaltensmäßig z. B. zur Fortführung der bereits begonnenen Tätigkeit. Da man sich sinnvollerweise dann entfernt, weil man ja weiß, dass eine Umstellung etwas länger braucht, wird normalerweise mit der Tätigkeit fortgefahren, wobei es dann sinnvoll ist, erneut aufzutauchen, und nochmals das Angekündigte einzufordern. Dies löst beim Jugendlichen/jungen Erwachsenen in aller Regel eine Mischung aus schlechtem Gewissen und Willen aus, ist aber entscheidend abhängig davon, wie man die Aufforderung transportiert.

Ganz wichtig ist, bei der dritten Erinnerung nach wie vor freundlich, aber klar und fest zu sein, damit eine ausreichend stabile Aktivierung möglich ist und der Jugendliche/der junge Erwachsene nun umsetzen kann – reagiert man jetzt jedoch ungeduldig oder gereizt ist der Konflikt um die Nichterledigung programmiert.

Hilfe für das Zeitmanagement mit externen Speicherhilfen und/oder mit Zeiterfassung werden bei einem unangeregten Umgang bei dem Wahrnehmungsstil von ADHS akzeptabel. Checklisten zum Abarbeiten von ungeliebten Tätigkeiten mit Abhaken sind ebenso sinnvoll, wie wenn man signalisiert, dass man als erwach-

sene Bezugsperson wirklich weiß, dass es für junge Erwachsene und Jugendliche doppelt bis dreifach so anstrengend ist, auch nur annähernd die Hälfte von dem zu schaffen, was andere, die nicht betroffen sind, „einfach so nebenher bewältigen können“.

Entscheidend ist, dass Jugendliche und junge Erwachsene in jedem Lebensalter jemanden im Hintergrund haben, der wirklich an sie glaubt, ihnen dies mit echter Empathie auch zeigt, ihnen in geschickter Ge-

sprächsführung signalisiert, dass sie erfolgreich sind, wenn sie eine Sache zur eigenen „Chefsache“ machen – in niemals vorwurfsvoll, gereizt, genervt, barschem Ton. Dies ist leicht gesagt, aber schwer getan, erweist sich aber (rückwirkend betrachtet) in den Biographien von Hunderten von Patienten als genau die bestimmende Größe, die irgendwann einmal z. B. zum beruflichen Erfolg verholfen hat.

Es bleibt zu hoffen, dass in Zukunft immer breiter akzeptiert wird, dass

Betroffene ihre Netzwerke im Gehirn einfach anders nutzen und sich die Problematik bei ADHS nicht auswächst, sondern lediglich mit Willen und Verstand kompensiert werden kann – wenn das Selbstwertgefühl erhalten geblieben ist oder wiederhergestellt wurde, z. B. mit Hilfe einer anderen Umgangsweise/einer zielführenden Therapie, nachdem es in Kindertagen im Schul- und Familienalltag oft schwer angeschlagen oder zum Teil gar nicht entwickelt werden konnte. ←

Selbstanleitungsprogramm Training für Eltern von ADS–Kindern

An der Universität zu Köln wurde in den vergangenen Monaten ein Training als Selbstanleitungsprogramm für Eltern von ADS–Kindern entwickelt. Es entspricht einem schon bestehenden Gruppentraining, nur dass es in Selbsthilfe durchgeführt wird. Das Programm leitet die Eltern an, bestehende Schwierigkeiten zu erkennen und Zug um Zug zu verändern. Im Wesentlichen geht es darum, schwierige Alltagssituationen wie beispielsweise Hausaufgaben machen, Zubettgehen, Besuche machen, ungestört arbeiten wollen zu erleichtern. Gelernt wird, wie man beispielsweise genaue Anweisungen gibt, wie man erwartbare Schwierigkeiten vermeidet und wie man Abläufe so gestaltet, dass sie besser laufen, etc.

Ziele des Selbsthilfeleitfadens sind:

- ▮ Die Beziehung zwischen Eltern und Kind verbessern
- ▮ Stress und Disharmonie in der Familie verringern
- ▮ Die Erziehung im Alltag verbessern.

Der Leitfaden wird entweder alleine oder zusammen mit einem Partner (z. B. dem Vater des Kindes, Lebensgefährten, einer Freundin) durchgearbeitet.

Die Eltern erhalten dabei Unterstützung und Anregung durch Mitarbeiter der Universität zu Köln. Außerdem können sie sich in einem eigens eingerichteten Internetforum mit anderen Eltern austauschen.

Der Leitfaden richtet sich an Eltern (Mütter, Väter) von ADS – Kindern im Alter von 4 bis 11 Jahren.

Das Training besteht aus sechs Trainingseinheiten und einer Auffrischsitzung. Jede Trainingseinheit dauert zwei bis drei Stunden und findet im Abstand von einer Woche statt. Zwischen der sechsten und der siebten Trainingseinheit wird aber ein Abstand von vier Wochen eingehalten, um den Inhalten Zeit zum Wirken zu geben.

Interesse? Dann rufen Sie uns unter der Telefonnummer 0221/470 2155 (Anrufbeantworter) an oder schreiben uns per E-Mail:

kes-kontakt@uni-koeln.de
Wir rufen zurück.

Professor Dr. G. W. Lauth
Universität zu Köln
Psychologie und Psychotherapie
in der Heilpädagogik

Anmerkung: Es handelt sich hier um ein kostenloses Elterntaining, das im Rahmen einer Diplomarbeit angeboten wird (red.)

Qualifizierende KES-Weiterbildung

Außerdem bietet die Universität zu Köln in diesem Jahr noch zweimal eine qualifizierende Weiterbildung „Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder – KES“ nach Lauth & Heubeck an.

Das Konzept des Trainings wird in Kleingruppen mit Hilfe von Videodemonstrationen und Praxisübungen erarbeitet. Weiterhin werden die Teilnehmer auf die eigenständige Durchführung vorbereitet.

Der Grundkurs umfasst 10 Unterrichtsstunden. Nach der Umsetzung des Trainings kann ein Zertifizierungskurs belegt werden. Hierbei wird das Training nachbereitet. Die Teilnehmer erhalten zudem ein Zertifikat über ihre erworbene Qualifikation. Der Kurs umfasst 8 Unterrichtsstunden, außerdem kann eine begleitende Beratung während des Trainings in Anspruch genommen werden.

Termine: 30. Juni/ 01. Juli 2006
24./ 25. November 2006
Weitere Informationen erhalten Sie unter: julia.beyer@uni-koeln.de

Stellungnahme zu fraglichen kardialen Risiken der Stimulanzengabe

Jörg M. Fegert¹, Johannes Hebebrand² und die Kommission Entwicklungspsychopharmakologie der drei Fachgesellschaften*

¹ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm (Direktor: Prof. Dr. J. M. Fegert)

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken der Universität Duisburg-Essen (Direktor: Prof. Dr. J. Hebebrand)

*Mitglieder der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie: Lioba Baving, Manfred Gerlach, Joachim Jungmann, Klaus-Ulrich Oehler, Franz Resch, Renate Schepker, Eberhard Schulz, Götz-Erik Trott

Hintergrund:

Der therapeutische Einsatz von Psychostimulanzien bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter und zunehmend auch im Erwachsenenalter (im off-label Gebrauch, d.h. bei über 18-Jährigen kann ein Psychostimulans nur im Rahmen eines individuellen Heilversuchs verschrieben werden) wird immer wieder aus verschiedenen Gründen in der Öffentlichkeit und der Presse in Frage gestellt. Einerseits sind die Verordnungszahlen stark angestiegen, vor allem durch die zunehmende Verordnung bei Heranwachsenden und Erwachsenen, andererseits führen in letzter Zeit Nachrichten, insbesondere aus Nordamerika, immer wieder zu Verunsicherungen. Die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird in den USA und Europa unterschiedlich definiert. Die in Europa gebräuchliche strengere Definition nach der ICD-10 bedingt, dass weniger Kinder hierzu-lande die Diagnose ADHS erhalten als in den USA. Die Diagnosekriterien werden in regelmäßigen Abständen neuen Forschungserkenntnissen angepasst. Unter Heranziehung der strengen ICD-10 Definition haben 3-6% aller Kinder in Deutschland eine ADHS, gemäß den amerikanischen Kriterien liegt eine ADHS bei 5-8% aller Kinder vor. Bei diesen Angaben ist zu berücksichtigen, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen ca. drei Mal häufiger eine ADHS aufweisen.

Stimulanzien sind Mittel der Wahl in der medikamentösen Behandlung der ADHS. **Die Behandlung der ADHS mit Psychostimulanzien ist hoch effektiv und risikoarm.** Schwer betroffene Kinder, denen aufgrund ihrer Hyperaktivität z. B. ein Schulausschluss droht, die ein deutlich erhöhtes Unfall- und Suchtrisiko haben und in ihrer gesamten psy-

chosozialen Entwicklung gefährdet sind, zeigen unter Psychostimulanzien oftmals eine erhebliche Besserung der Symptomatik der Aufmerksamkeits-, Hyperaktivitäts- und Impulsstörung. Die Effektstärke mit ca. 1,0 ist eine der höchsten unter den Arzneimitteln überhaupt, in der Regel können 2/3 aller Patienten schon mit dem ersten Stimulanz (nach Leitlinie Methylphenidat) in Deutschland erfolgreich behandelt werden.

In den USA werden gegenwärtig zwischen 6 – 7 % aller Kinder mit Psychostimulanzien (Amphetaminpräparate und Methylphenidat) behandelt. Eine repräsentative Telefonumfrage unter US-amerikanischen Familien ergab, dass ca. 10% aller zehnjährigen Jungen in den USA aktuell mit Psychostimulanzien behandelt werden. In Deutschland erhalten ca. 4% aller zehnjährigen Jungen Psychostimulanzien, wobei im Gegensatz zu den USA bei uns fast ausschließlich Methylphenidat verschrieben wird.

Stimulanzien bedingte Risiken für das Herz-Kreislaufsystem:

Die rezenten **kritischen** Diskussionen um Stimulanzien bezogen sich **zunächst** ausschließlich auf die Amphetaminpräparate; als Reaktion wurde vorübergehend in Kanada im Frühjahr 2005 die Zulassung für Amphetamin aufgrund von plötzlichen Todesfällen bei Kindern entzogen, da ein Zusammenhang mit der Einnahme dieser Substanzen **angenommen** worden war. Die kanadische Zulassungsbehörde hat die umstrittene Entscheidung mittlerweile zurückgenommen. Im weiteren Verlauf wurde dann auch die weit verbreitete Einnahme von Methylphenidat kritisch beleuchtet und mögliche Risiken – insbesondere für das Herz-Kreislaufsystem diskutiert.

Vor wenigen Tagen hat sich die Food and Drug Administration (FDA) in den USA nach intensiven Beratun-

gen, basierend auf einer Konsensusempfehlung des „Pediatric Advisory Committees“ vorerst **dagegen** entschieden, den **Psychostimulanzienpräparaten schriftliche Warnungen (black box warning)** vor **Schlaganfall, Herzinfarkt und schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen** bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beizulegen.

Über die Absicht auf Empfehlung eines anderen Komitees – des Drug Safety and Risk Management Advisory Committees – das mit knapper Mehrheit die Einführung solcher Warnungen gefordert hatte, hatte unlängst auch die Presse in Deutschland berichtet. Eine erste Stellungnahme der Kommission hatte darauf reagiert und wird von dieser Stellungnahme abgelöst.

Dieses mögliche Risiko habe eine vorläufige Durchsicht von 22 Millionen Gesundheitsakten ergeben. Es seien 25 plötzliche unerklärte Todesfälle unter Patienten, die Psychostimulanzien einnahmen, aufgetreten; hiervon waren 19 unter 18 Jahre alt. 17 der 25 Patienten waren mit Amphetaminen (s.o.) behandelt worden, 7 mit dem häufig eingesetzten Methylphenidat, und ein Patient mit einer Kombinationsbehandlung. Bei den unter 18-jährigen Patienten erhielten 12 (jeweils im Alter von über 5 Jahren) Amphetamine und 7 MPH (4 unretardierte Präparate, 3 mit retardierter Freisetzung). Eine Begleitmedikation wurde nicht systematisch erfasst und diskutiert. Nur bei den über 40-jährigen Patienten, die den unter 18-Jährigen gegenübergestellt wurden, traten anscheinend relativ mehr Ereignisse **als bei der nicht mit Stimulanzien behandelten Vergleichspopulation** auf (Achtung: sehr kleine Fallzahlen).

Die Rate der plötzlichen und unerklärlichen Todesfälle überschritt bei 78 Millionen Verschreibungen im gleichen Zeitraum nie die

Prävalenz von 1 zu 1.000.000, diese Rate ist nach Angaben der FDA niedriger als in der Allgemeinbevölkerung.

In einer neuen groß angelegten Untersuchung zu Methylphenidat wurden ebenfalls Ereignisraten unklarer Herztodesfälle ermittelt, die deutlich niedriger als in der altersgleichen Normalbevölkerung lagen von (0,19 : 100.000 Patientenjahre im Vergleich zu 1,3 – 8,5 : 100.000 „Normaljahren“).

Es ist gegenwärtig unklar, ob die niedrigere Rate an plötzlichen und unerklärlichen Todesfällen unter Methylphenidattherapie ein statistisches Artefakt darstellt. Denkbar erscheint, dass aufgrund der medizinischen Diagnostik im Vorfeld der Verschreibung von Methylphenidat (siehe unten) Risikopatienten ermittelt und von der Therapie ausgeschlossen wurden.

Gründe für die aktuelle Diskussion:

Auch die Befürworter eines Warnhinweises in den USA (Drug Safety Committee) stellten in ihrer mit einer knappen Mehrheit ergangenen Empfehlung keinen Kausalzusammenhang zwischen der Stimulanzienaufnahme und den Todesfällen her (vgl. Nissen 2006). Es entsteht eher der Eindruck, dass das Drug Safety and Risk Management Advisory Committee mit seiner Empfehlung zur „black-box warning“ ein Signal setzen wollte, um die stark angestiegenen Verschreibungen in den USA zu bremsen. Eine besondere Sorge bereitete dem Komitee offenbar die deutliche Zunahme der off-label Verschreibungen bei Erwachsenen, deren Herz-Kreislaufsystem durch die Einnahme von Psychostimulanzien stärker gefährdet sein könnte. Auch wird argumentiert, dass der bei Kindern und Erwachsenen auftretende kleine Anstieg des Blutdrucks (um ca. 2-3 mmHg) eine langfristige Erhöhung des Risikos für Herz-Kreislaufkrankungen implizieren könnte.

Die zweite Expertenkommission der FDA, in der auch Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderärzte mitwirken, das Pediatric Advisory Committee, hat nach der Anhörung verschiedener Experten aus der Kin-

der- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Pharmakologie, im Konsens einen solchen, besonders deutlichen Warnhinweis abgelehnt. Diese Empfehlung traf eine Güterabwägung zwischen dem klar belegten Nutzen dieser Medikamente (Evidenz basiert) und den nicht klar belegten Risiken.

Dabei wurde davon ausgegangen, dass 3,3 Millionen Amerikaner unter 19 Jahren im letzten Jahr Medikamente zur Behandlung von ADHD eingenommen hatten und dass die Zahl der berichteten Nebenwirkungen tatsächlich minimal ist. Insofern wurde der Nachteil für die behandlungsbedürftigen Patienten durch eine Konfusion, die aus strengeren Warnhinweisen hervorgehen könnte, im Vergleich zum unklaren Nutzen als größer angesehen. Dennoch überlegt die FDA veränderte Formulierungen für die Beipackzettel. Dabei sollen auch andere, seltene psychiatrische Nebenwirkungen, wie das Auftreten von Halluzinationen und anderen Psychosesymptomen oder manischen Symptomen im Rahmen einer Stimulanzientherapie, vor allem bei Jugendlichen, erwähnt werden.

Empfehlungen:

Die amerikanische Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (AACAP) empfiehlt, Kinder vor einer Behandlung mit Psychostimulanzien körperlich zu untersuchen. Eine Blutdruck- und Pulsmessung sowie eine gründliche ärztliche Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese), die explizit nach körperlicher Belastbarkeit fragt, nach Episoden von Müdigkeit und Erschöpfung oder Brustschmerzen unter Belastung wird ausdrücklich angeraten. Ebenfalls soll nach Herzerkrankungen des Patienten und zusätzlich bei Erhebung der Familienanamnese nach plötzlich aufgetretenen ungeklärten Todesfällen und Herzerkrankungen von Angehörigen gefragt werden. Erst wenn einer dieser Befunde auffällig ist bzw. eine Angabe bejaht wird, soll die Überweisung zu einem Kinderkardiologen erfolgen.

Die deutschen Leitlinien (Schmidt & Poustka, Hrsg. 2003) empfehlen

vor Beginn einer Therapie mit Psychostimulanzien eine sorgfältige kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung sowie eine internistische und neurologische Untersuchung. Blutdruck und Puls sollten kontrolliert werden.

<http://www.awmf-leitlinien.de/>

Die Mitglieder der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie empfehlen bei jedem zu behandelnden Kind die sorgfältige Erhebung der Eigen- und Familienanamnese. Darüber hinaus kann auch bei fehlenden Risikofaktoren ein EKG durchgeführt werden; bei nicht eindeutigen Befunden wird eine kinder-kardiologische Abklärung angeraten. Des Weiteren sollten zusätzlich ein EEG und Laboruntersuchungen von Blutbild, Transaminasen, Bilirubin und Kreatinin erfolgen. Bei komplikationsloser Therapie werden in jährlichen Abständen routinemäßig EKG-Kontrollen empfohlen. RR- und Pulskontrollen auch häufiger.

Angesichts auch in Deutschland ansteigender Verschreibungszahlen für Methylphenidat besteht Forschungsbedarf im Hinblick auf die langfristigen Auswirkungen einer Stimulanzientherapie auf die Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen und Schlaganfällen.

Zusammenfassung und Fazit:

- 1. Die Verschreibungsrate in den USA ist vor allem mit den für das Herz-Kreislauf-System mutmaßlich gefährlicheren Amphetaminpräparaten ungleich höher.**
- 2. In deutschen Produktinformationen ist auf seltene Risiken des Herzkreislaufsystems als Gegenanzeige hingewiesen.**
- 3. Im Vergleich zur Normalpopulation scheint die Rate der Todesfälle unter den mit Psychostimulanzien behandelten Patienten auch in den USA nicht erhöht zu sein.**

Entsprechende Warnhinweise vor Herz- und Kreislauf-Risiken sind in Deutschland und in Europa in Beipackzetteln und Produktinformati-

onen für Methylphenidat-Produkte seit Jahren Standard. Derzeit gibt es keine neuen Fakten in Bezug auf eine mögliche Erhöhung kardialer Risiken in der Stimulanzienbehandlung. Die in den USA diskutierten Todesfälle aus den Jahren 1999 bis 2003 liegen in Bezug auf die Verordnungshäufigkeit von Stimulanzien unter der erwarteten Todesfallrate an plötzlichen unerwarteten Ereignissen in der Allgemeinbevölkerung. Die US-amerikanische Zulassungsbehörde hat sich nach gründlicher Abwägung von zwei Empfehlungen ihrer Komitees derzeit nicht zur Einführung eines verschärften Warnhinweises entschlossen, da der Nutzen dieser Medikamente wissenschaftlich belegt und unbestreitbar ist, während ein Kausalzusammenhang zwischen der Einnahme dieser Substanzen und plötzliche, unerklärliche Todesfälle statistisch nicht belegt ist. **Aus diesem Grund gibt es derzeit keinen Anlass für eine neue Risikobewertung in Deutschland oder Europa.** Behandelnde Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten sollten die Patienten und ihre Eltern über diese Tatsachen aufklären, damit nicht Presseveröffentlichungen zu einer erfolgreichen Therapie gefährdenden Verunsicherung führen. ←

Literatur:

Nissen S.E. ADHD and Cardiovascular Risk. N Engl J Med. 2006; 354: 1445 – 1448.

Redaktion der überarbeiteten Stellungnahme:

Prof. Dr. J. M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstrasse 5, 89075 Ulm
Prof. Dr. J. Hebebrand
Rheinische Kliniken der Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-
und Jugendalters
Virchowstrasse 174, 45147 Essen

Mit freundlicher Genehmigung der Verfasser
und des Verlages aus „Zeitschrift für Kinder-
und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“
34 (4) 2006,

(c) by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr!

Der BVL fordert: Frühförderung muss an Schulen zum Hauptfach werden

Pressemitteilung:

Mit 16 unterschiedlichen Schulsystemen, 16 Lehrerbildungen, 16 Lehrplänen und 16 Versetzungsordnungen - verteilt noch einmal auf mindestens drei Schulformen - finden wir in der deutschen Schullandschaft ein System vor, das einer radikalen Reform bedarf, wenn man nur eine annähernde Chancengleichheit für Schüler schaffen will. Schüler mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen werden nach den Erfahrungen des BVL – Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. – in diesem System nahezu gar nicht aufgefangen. Fast alle Bundesländer haben die Frühförderung der Kinder, die Reform des Unterrichts und der Lehrerbildung in Angriff genommen. Die KMK hat zusätzlich ein Institut für die Qualitätsentwicklung im Bildungswesen gegründet, in dem vor allem nationale Bildungsstandards entwickelt werden sollen, die den Lehrern in ganz Deutschland helfen, einen Maßstab für guten Unterricht zu finden.

Die Realität an deutschen Schulen ist jedoch noch weit entfernt von dem, was Schüler mit Teilleistungsstörungen wirklich brauchen. Die Bundesvorsitzende des BVL, Christine Sczygiel, fordert: „Würden Kinder mit einer Legasthenie – Lese-/Rechtsschreibschwäche oder einer Dyskalkulie – Rechenschwäche, frühzeitig in unseren Schulen erkannt und gefördert, dann könnte diesen Kindern eine Odyssee durch unser Bildungssystem erspart werden.“

Statt einer gezielten Förderung werden Legastheniker und Dyskalkuliker aus unserem Bildungssystem aussortiert und auf eine Schul-

form verwiesen, die nicht ihrer allgemeinen Begabung entspricht. Dabei ist aus wissenschaftlichen Studien hinreichend bekannt, wie entscheidend Frühförderung für die schulische Entwicklung von Kindern mit Lernproblemen ist. In unserem föderalistischen Bildungssystem ist es leider bis heute noch Fakt, dass es in einem Bundesland die Legasthenie gar nicht gibt oder nur bis zur 4. Klasse Beachtung findet und in einem anderen Bundesland über die gesamte Ausbildungszeit Nachteilsausgleiche gewährt werden. Die Dyskalkulie wird fast überhaupt nicht beachtet!“

Selbst der UN-Bildungsexperte Muñoz bewertete nach Abschluss seiner 10tägigen Inspektionsreise durch deutsche Kindergärten und Schulen die wachsenden Kompetenzen der Bundesländer im Bildungsbereich kritisch. Dadurch verliere der Bund die Möglichkeit, eine Einheit zu gewährleisten. Die bestehenden Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern seien zu groß, die jährlichen Ausgaben pro Schüler reichten von 3800 bis 6300 Euro. „Ich habe das Gefühl, dass sich das deutsche Bildungssystem nicht darauf konzentriert, alle einzubeziehen, sondern dass es eher Trennungen schafft“, sagte der UN-Experte.

„Solange knapp jeder vierte Schulabgänger auf dem Arbeitsmarkt als schwervermittelbar gilt, weil er das Lesen und Rechnen nicht ausreichend beherrscht, hat unsere Bildungspolitik seine Hausaufgaben nicht gemacht!“, kritisiert Christine Sczygiel.

BVL - Bundesverband

Legasthenie und Dyskalkulie e. V.

Auch aus Steinen, die in den Weg gelegt werden,
kann man Schönes bauen.

Johann Wolfgang von Goethe

Wie ist ADHS?

Sabine Hinkel

Schon als Kind fragst du dich, was an dir dran ist, dass die anderen dich nicht mögen. Warum ärgert man ausgerechnet dich? Nach einer Weile bekommst du eine Vorstellung davon, wie du sein solltest, damit die anderen dich mögen. Und du gibst dir auch Mühe, so zu sein. Dafür musst du dich verstellen. Nun gut, warum nicht? Aber du stellst fest, dass das nie lange klappt bzw. gut geht. Ziemlich bald hast du wieder irgendetwas getan oder gesagt, was Missbilligung hervorruft. Mit jemandem darüber sprechen kannst du nicht, denn schließlich mag dich niemand so, wie du bist. Selbst deine Eltern sind deine Kritiker, unter Umständen sogar die schärfsten. Du suchst nach Ursachen, Gründen. Du machst Planspiele. Du fragst dich, wie die Welt sein sollte, damit auch du glücklich wirst. Du wünschst dir andere Eltern, möchtest ausreißen, probierst Dinge aus, die man nicht ausprobieren sollte – und das alles nur aus einem Grund: um deinen Seelenfrieden zu finden, den alle anderen schon zu haben scheinen.

Neuer Lebensabschnitt – neue Fragen

Mittlerweile bist du erwachsen geworden, hast mit Ach und Krach irgendeine Berufsausbildung bis zu Ende durchgezogen (oder auch nicht), hast sogar Freunde gefunden. Freunde, die einen ähnlichen sozialen Erfahrungsschatz haben wie du, weil sie ebenfalls ADHS haben. Aber die große Frage deines Lebens ist immer noch nicht beantwortet. Du wunderst dich vielleicht noch über einige äußere Dinge am Rande:

- warum du alles mit Feuereifer beginnst und irgendwann daran die Lust verlierst
- warum du im Chaos lebst und wie andere es mit Leichtigkeit schaffen, Ordnung zu halten
- warum du immer Termine verschwitzt und alles mögliche andere auch
- warum du für manche Erledigungen einen Riesenanlauf nehmen musst
- warum du nie mit deiner Zeit kommst

Vielleicht hast du auch schon, wenn deine Schwierigkeiten mit dir selbst und dem Leben größer als hier beschrieben waren, einen Psychologen aufgesucht, um mit ihm gemeinsam die Ursachen zu ergründen und Abhilfe zu schaffen. Wahrscheinlich blieb das ohne durchschlagenden Erfolg.

Eigene Kinder – neue Probleme

Eines Tages hast du vielleicht selbst Kinder und hast endlich die Gelegenheit, bei ihnen alles besser zu machen, als deine Eltern bei dir. Aber das funktioniert nicht so, wie du dir das vorgestellt hast. Die Kinder sind anstrengend, schwer erziehbar, widersetzlich, vielleicht unerträglich unruhig, ganz anders als anderer Leute Kinder. Und du fragst dich: Warum?

Irgendwann sagt dir jemand, diese Schwierigkeiten könnten ADHS sein. Und du beginnst zu lesen, alles, was du finden kannst. Die andere Wahrnehmung: stimmt, einerseits registriert man viele Details, die unwichtig sind, andererseits bemerkt man oft die „groben Einschläge“ nicht.

Das Chaos im Kopf: Gedanken schießen kreuz und quer, lassen sich nicht disziplinieren, ausblenden. Andere Gedanken wollen einfach nicht rein in den Kopf, obwohl du dich wirklich anstrengst.

Mangelnde Selbststeuerung: na klar, das wäre die Erklärung für viele Pro-

bleme im Alltag und das Chaos, das dich umgibt

Du hörst jetzt in dich hinein, beobachtest, vergleichst. Als nächstes suchst du einen Fachmann auf, der sich mit ADHS auskennt. Von diesem bekommst du, nach aufwendigen Untersuchungen, die Diagnose und hast wahrscheinlich die Möglichkeit, Methylphenidat zu nehmen. Du machst davon Gebrauch.

Die Uhren gehen langsamer

Und plötzlich sieht die Welt ganz anders aus. Die Uhren gehen langsamer, die Gedanken gehorchen, viele Erledigungen gehen auf einmal mühelos von der Hand. Du beginnst zu verstehen...

Du weißt jetzt, warum dich manche Gedanken nicht loslassen, sich aufbauschen und zu Ängsten, Zwängen oder Depressionen werden wollen. Du weißt jetzt, was dich daran hindert, die notwendigen Dinge einfach zu tun, anstatt sie zu vermeiden, indem du dir 1000 andere Dinge aufhalst. Du weißt jetzt, warum du so schnell aufbraust anstatt gelassen zu reagieren ... Und du weißt, warum deine Kinder so sind, wie sie sind.

Wenn du klug und gütig bist, lernst du es, diejenigen zu verstehen, die dich nie verstehen können, weil sie nicht wissen, wie ADHS ist. Du kennst jetzt nämlich beide Seiten! ←

Anzeige

Ein Elternttraining zur Prävention und Begleitung von Lernschwierigkeiten im Grundschulalter.

AD(H)S Kinder und Lernen

Samstag, 23. September 2006, 9 Uhr bis

Sonntag, 24. September 2006, 14:30 Uhr

in 98527 Suhl / Thüringen

Neben theoretischen Einheiten enthält dieses Training viele praktische Übungen und (Bei-)Spiele. Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt. Anmeldeschluss: 15. August 2006

Marlies Venohr - Coach bei ADS

Private Beratungsstelle Hilfe bei ads, Silbergrund 7 L, 98528 Suhl

☎ 03681 / 45 35 38 📠 03681 / 45 35 39

🌐 www.hilfe-bei-ads.de ✉ info@hilfe-bei-ads.de



Lernprozesse während der Neurofeedbackbehandlungen bei ADHS-Kindern

Eine Pilotstudie in Zusammenarbeit mit der BV AÜK-Landesgruppe NRW

Björn Crüts

Björn Crüts, MSc PT
Lecturer School of
Biometrics,
Faculty Health and
Technique, Zuyd
University, Heerlen,
The Netherlands.
Member of Centre
of Expertise in Life
Sciences, Zuyd Univer-
sity, Heerlen,
The Netherlands.
Leiter des BMC.

Einleitung

Mit zunehmender Zahl der Kinder, die an **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung** (ADHS) leiden, haben sich in den letzten Jahren auch die Behandlungsmethoden weiterentwickelt. Eine Behandlungsmethode, deren Entwicklung vor allem in den USA vorangetrieben wurde, ist das Training der Gehirnwellen, das so genannte EEG-Feedback- oder Neurofeedback-Training. Auch in Europa wenden Therapeuten diese Methode immer häufiger an, und es werden vermehrt Untersuchungen zu ihrer Effizienz durchgeführt.

Die sich verändernden Aktivitäten des Gehirns, die ein Elektroenzephalogramm aufzeichnet, sind dabei der Ausgangspunkt des NF-Trainings. Die auf dem Schädel mit Hilfe von Elektroden abgeleiteten Hirnaktivitäten liefern EEG-Signale, die ein mathematisches Verfahren so umwandelt, dass sich die elektrischen Hirnaktivitäten als rhythmische Veränderungen im EEG (Frequenzen des EEG) zeigen. Die Aufzeichnung dieser Rhythmen liefert je nach Aktivierungsgrad unterschiedliche Muster, die auch als Gehirnwellen bezeichnet werden. Diese unregelmäßigen Wellen können lang und niederfrequent, aber auch kurz und hochfrequent sein.

Zur Verdeutlichung dient der Vergleich mit einem Orchester: Wenn wir die verschiedenen Instrumente des Orchesters gleichzeitig hören, erhalten wir einen Gesamteindruck vom Musikstück, das dem EEG entspricht. Konzentrieren wir uns jedoch auf einzelne Gruppen von Instrumenten, können wir z.B. die tiefen Töne der Kontrabässe von den hohen Tönen der Klarinetten unterscheiden. In ähnlicher Weise erlaubt ein spezielles Verfahren, die Anteile der Wellen mit unterschiedlichen Frequenzen zu bestimmen und im EEG darzustellen. Die verschiedenen Wellenbänder oder -bereiche werden in der Literatur mit Buchstaben des griechischen Alphabets (Delta δ , Theta θ , Alpha α , Beta β) bezeichnet.

Eine Reihe von Untersuchungen hat EEG-Wellen von ADHS-Kindern mit den EEG-Wellen von Kindern ohne nachgewiesenes Krankheitsbild des Gehirns (Kontrollgruppe) verglichen. Aus diesen Untersuchungen geht Folgendes hervor: ADHS-Kinder haben im Vergleich zu Kindern aus der Kontrollgruppe oft eine abweichende Hirnaktivität, und zwar in den niederfrequenten Theta-Wellen sowie in den hochfrequenten Beta-Wellen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse haben For-

scher versucht, mit Hilfe eines Lernprozesses die Gehirnwellen der Patienten zu verändern. Das ist die Basis des Neurofeedback-Trainings.

Neurofeedback (NF)

Während des NF-Trainings sieht das Kind auf einem Bildschirm die Veränderungen seiner Gehirnwellen anhand einer Computeranimation (Abb. 1). Diese zeigt auf dem Schirm z.B. ein Auto, das auf einer Straße fährt und dessen Position mit bestimmten Gehirnwellen korrespondiert. Je weiter rechts das Auto fährt, desto niedriger ist der Anteil der betreffenden Gehirnwellen (bzw. die Amplitude dieser Wellen) und umgekehrt. Für dieses NF-Training werden z.B. die Theta-Wellen genutzt, deren Anteile im EEG von ADHS-Kindern wie erwähnt meist erhöht sind.

Haben z.B. die Theta-Wellen einen hohen Anteil im EEG, belegt der Therapeut in der Animation diesen hohen Anteil mit dem Begriff „negativ“ und eine Abnahme dieses Anteils mit dem Begriff „positiv“. Für das Beispiel des Autos bedeuten Rechtsfahren (Abnahme der Theta-Wellen-Anteile) positiver Zustand und Linksfahren (Zunahme der Theta-Wellen-Anteile) negativer Zustand.

Das ADHS-Kind bekommt die Aufgabe, das Auto möglichst nur auf der rechten Straßenseite fahren zu lassen, was geringere Anteile der Theta-Wellen bedeutet. Erhält das ADHS-Kind in dieser Weise eine Rückmeldung über die Abnahme seiner Theta-Wellen und damit über den erwünschten Zustand, so hat es hierdurch die Möglichkeit, den Durchschnitt seiner Theta-Wellen-Anteile zu beeinflussen.

In unserer Untersuchung hat sich im Laufe der Behandlungen gezeigt, dass die Anteile der Theta-Wellen im EEG tatsächlich abnehmen, sich die Hirnaktivität also verbessert. Für das Orchesterbeispiel würde dies bedeuten: Mit Hilfe des Feedbacks haben



Abb. 1: Der Proband sitzt vor dem Monitor, auf dem die Animation zu sehen ist. Der Bildschirm des im Vordergrund angeordneten Laptops gibt das EEG wieder

die Kontrabassisten gelernt, leiser zu spielen, wodurch sich die Lautstärken-Verhältnisse der Orchesterinstrumente, das Zusammenspiel und der Orchesterklang verbessern.

Neurofeedback und ADHS

Die Beeinflussung und Verbesserung der Hirnaktivitäten mit Hilfe des Neurofeedback-Trainings ist ein komplexes Geschehen. Es ist schwierig nachzuvollziehen, dass sich einerseits Hirnaktivitäten als unbewusste Körperfunktion bewusst beeinflussen lassen und andererseits diese Beeinflussung zu Verhaltensänderungen führt. Einige Studien zeigen jedoch, dass diese Beeinflussung möglich ist und dass die Trainingseffekte sowohl von der Art der im Training zu verändernden Gehirnwellen abhängen als auch von der Stelle, an der die Elektrode auf dem Schädel für das Feedback angebracht wird. Eine mit dem NF-Training verbesserte Hirnaktivität führt häufig zu einer verbesserten kognitiven und motorischen Funktion. Obwohl die zugrunde liegenden neurophysiologischen Gesetzmäßigkeiten dieser zusammenhängenden Veränderungen von Gehirnaktivität und Verhalten noch ungeklärt sind, ist das Auftreten dieser Veränderungen bei ADHS-Patienten bereits gut dokumentiert.

ADHS-Kinder haben im Vergleich zu Kindern ohne ADHS vor allem Abweichungen in den Anteilen der niederfrequenten Theta-Wellen und in den hochfrequenten Beta-Wellen. Im allgemeinen geht ADHS mit erhöhtem Anteil an Theta-Wellen einher, wenn die Ableitung an der zentralen Stelle des Schädels (Cz-Punkt) erfolgt. Veränderungen des Anteils an Beta-Wellen führen zu weniger eindeutigen Effekten und zu unterschiedlichen Auswirkungen bei ADHS-Kindern mit verschiedener ADHS-Symptomatik. In unserer Pilotstudie sind daher die Theta-Wellen als Behandlungsparameter genutzt und die aufgrund des Neurofeedbacks erzielten Veränderungen der Theta-Wellen mit den Verhaltensänderungen der ADHS-Kinder verglichen worden.

Zielsetzung der Studie

Unsere Studie soll einen ersten Eindruck vom Zusammenhang zwischen relativ wenigen Neuro-

feedback-Trainigseinheiten der Gehirnwellen und dem Verhalten der Kinder liefern. Hierzu sollten alle während der Behandlungsabschnitte registrierten EEG-Daten analysiert werden, um die Dynamik der Veränderungen in den Gehirnaktivitäten zu erkennen. Konkret bedeutet dies, dass die gesamten Gehirnwellen aller Behandlungen analysiert wurden, um jeweils den Verlauf des Lernprozesses sichtbar zu machen. Folgende Fragen hat die Pilotstudie untersucht:

- Welchen Einfluss hat das Feedback-Training der Theta-Wellen-Anteile auf das EEG, und wie ändert sich das Verhalten der ADHS-Kinder?
- Wie verändern sich die Anteile der Theta-Wellen im Verlauf der Behandlungen?

Das experimentelle Design der Studie vergleicht die Daten der behandelten ADHS-Kinder mit Daten

ten 16 Jungen und 1 Mädchen (Durchschnittsalter 11,3 Jahre, Standardabweichung $s = 1,7$) mit der Diagnose ADHS für die Untersuchung gefunden werden. In einem Einführungsgespräch informierte der Versuchsleiter die Kinder und ihre Eltern über den Aufbau der Studie sowie über Inhalt und Hintergründe der Therapie. Außerdem erhielten die Eltern eine schriftliche Information und ein Formular für die Einverständniserklärung zur Teilnahme. Die Kinder wurden in zwei Gruppen eingeteilt: 10 Jungen wurden der Versuchsgruppe für das NF-Training und 6 Jungen sowie 1 Mädchen der Kontrollgruppe zugeordnet.

Vor- und Nacherhebung

Der Versuchsleiter hat bei allen Kindern eine Vorerhebung durchgeführt. Sie bestand aus: Aufnahmegespräch, Ausfüllen eines Fragebogens, Erstellen eines EEG



Die Software: oben sieht man das EEG-Signal, unten die Frequenzbänder, die dazu gehören.

nichtbehandelter ADHS-Kinder (s. Kapitel „Untersuchungsdesign“). Es handelt sich hierbei um eine Pilotstudie, weil die Zahl der Kinder und Behandlungen beschränkt war und weil nur erste Hinweise auf die Wirkung des Neurofeedback-Trainings mit relativ wenig Behandlungen erwartet wurden.

Untersuchungsmethoden

Versuchspersonen

Durch die Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind (BV AÜK) konn-

und einem kurzen NF-Training. Während des Aufnahmegesprächs wurde jeweils das Beschwerdesyndrom des Kindes in Form einer Anamnese qualitativ ermittelt. Zur Erfassung der ADHS-spezifischen Beschwerden haben die Eltern eine verkürzte Version der „Conner-Skala“, einen validierten Fragebogen mit 10 Items, ausgefüllt. Für jedes Item sollten die Eltern zum Verhalten ihres Kindes 0 bis 5 Punkte vergeben. Eine Summe ab 15 Punkten galt als Indikation für ADHS.

Nach dem Aufnahmegespräch und dem Ausfüllen des Fragebo-

gens wurden die Gehirnaktivitäten abgeleitet, also ein EEG erstellt. Diese Ableitung erfolgte mit der Mess-elektrode, die an einer standardisierten, zentralen Stelle (Cz-Lokation) auf dem Schädel angebracht wurde. Um eine zuverlässige EEG-Ableitung zu erhalten, sollten die Kinder möglichst ruhig in einem Relaxingsessel sitzen. Im Entspannungszustand wurde dann die Gehirnaktivität für je eine Minute mit geöffneten und geschlossenen Augen in einem EEG aufgezeichnet, das die Basisaktivität des Gehirns lieferte. Der Anteil der Theta-Wellen bei geöffneten Augen in diesem EEG diente als Referenzwert für das NF-Training. Als Schwellenwert für das Training wurden 130% des Referenzwertes aus der Vorerhebung gewählt. Nach der Vorerhebung durchliefen die Kinder der Versuchsgruppe 10 NF-Trainings. Danach erfolgte für beide Gruppen eine Nacherhebung in Form eines EEG und der erneuten Ausfüllung des Conner-Fragebogens.

Versuchseinrichtung

Die Aufzeichnung der Gehirnaktivität im EEG und des NF-Trainings erfolgten mit derselben Einrichtung (EEG-Messverstärker von DeyMed Diagnostics). Der Therapeut sieht die Gehirnaktivität des Kindes auf dem Bildschirm eines vor ihm angeordneten Laptops und das Kind das Feedback (in Form einer Animation, z.B. mittels eines Autos) auf einem vor ihm aufgestellten zweiten Bildschirm (s. Abb. 1). In dieser Anordnung kann der Therapeut während des NF-Trainings die Gehirnaktivität kontinuierlich beobachten.

Um den Hautwiderstand zu senken und das Umgebungsrauschen zu minimieren, erfolgte vor dem Anlegen der Elektroden zunächst die Reinigung der betreffenden Hautstellen und das Auftragen einer Leitpaste (TechnoMed Europ, Ten 20 conductive gel) auf die Elektroden. Die Messelektrode wurde zentral auf dem Schädel, die Referenzelektrode am linken und die Grundelektrode am rechten Ohrfläppchen befestigt. Auf dem Bildschirm erscheint ständig die Information, ob der Hautwiderstand ausreichend niedrig ist, d.h. unter 10 k Ω liegt, um die EEG-Ablei-

tung und das NF-Training durchführen zu können.

Versuchsaufgabe

Nach der Vorerhebung des EEG wurde den Eltern und Kindern das Prozedere des NF-Trainings noch einmal, und zwar ausführlich erläutert. Die Kinder sollten während des NF-Trainings in einer möglichst ruhigen Sitzhaltung die Animation auf dem Bildschirm vor ihnen verfolgen. Als erste Animation erschien auf dem Schirm ein Auto, dessen Straßenposition auf den Theta-Wellen-Anteil reagiert. Die Aufgabe der Kinder, das Auto möglichst nur auf der rechten Seite fahren zu lassen, korrespondiert, wie bereits dargelegt, mit einer Abnahme des Anteils der Theta-Wellen. Um die Motivation der Kinder aufrechtzuerhalten, wurden nach einigen Behandlungen jeweils andere Animationen gewählt, die in ähnlicher Weise auf die Gehirnaktivität reagieren. In allen 10 Behandlungen war es das zentrale Ziel, den Anteil der Theta-Wellen im EEG zu verringern.

Design und Auswertung des Experiments

Das Experiment, als Pilotstudie angelegt, vergleicht eine Versuchsgruppe mit einer Kontrollgruppe. Vor- und Nacherhebung erfassen in beiden Gruppen dieselben Parameter, und zwar verhaltensbezogene Aspekte mit Hilfe des Conner-Fragebogens und Gehirnaktivitäten mit dem EEG. Für die Versuchsgruppe wurden zunächst die Daten aus der Vorerhebung mit denen aus der Nacherhebung verglichen und statistisch analysiert. Danach erfolgte ein Vergleich dieser Daten mit den Daten der Kontrollgruppe. Außerdem ist für die Versuchsgruppe der Verlauf der relativen Theta-Werte, abhängig von den Behandlungsfolgen, untersucht worden. Die statistischen Analysen erfolgten mit Hilfe so genannter nicht-parametrischer Tests, um die Trainingseffekte quantitativ zu beurteilen.

Ergebnisse

Die große Datenmenge (Daten der Vor- und Nacherhebung, Trainingsdaten) ermöglichen eine Vielzahl unterschiedlicher Analysen. Der vor-

liegende Bericht beschränkt sich auf den Teil der Analysen, die Aussagen zu den beiden Zielsetzungen erlauben. Hierbei sollen die Effekte, die das NF-Training auf das Verhalten und das EEG haben, betrachtet und der Verlauf der aufgrund des Trainings veränderten Theta-Wellen-Anteile wiedergegeben werden.

Effekte des NF-Trainings auf das Verhalten

Die Auswirkungen des NF-Trainings auf das Verhalten werden mit Hilfe des Conner-Fragebogens bewertet. Eine Punktschätzung von mehr als 15 indiziert die Diagnose ADHS. In der Vorerhebung erreichte die Versuchsgruppe durchschnittlich 17,6 (Standardabweichung $s = 5,4$) und die Kontrollgruppe 18,2 Punkte ($s = 4,7$). Wie die Standardabweichungen zeigen, ist die Streuung innerhalb beider Gruppen relativ groß: Ein Drittel der Kinder aus der Versuchsgruppe hatten jeweils weniger als 15 Punkte. Das Minimum betrug 9 Punkte. In der Kontrollgruppe haben alle Kinder jeweils 15 oder mehr Punkte erreicht.

Nach dem NF-Training ist der Durchschnitt der Conner-Punktschätzungen in der Versuchsgruppe um 1,4 auf 16,2 Punkte ($s = 6,2$) gesunken, während der Durchschnitt in der Kontrollgruppe um 2,2 auf 20,4 Punkte ($s = 4,8$) gestiegen ist. Ein Kind aus der Versuchsgruppe verbesserte sich um 10 Punkte, und ein anderes verschlechterte sich um 5 Punkte. Diese relativ großen Veränderungen, möglicherweise Ausreißer, führen in der kleinen Gruppe mit 7 Kindern zu einer so großen Streuung, dass sich die Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe statistisch nicht sichern ließen. Die Unterschiede der Conner-Punktschätzungen zwischen Vor- und Nacherhebung stimmen mit den subjektiven Eindrucksurteilen der Eltern überein. Am häufigsten haben die Eltern die Verbesserung der Aufmerksamkeit und Konzentration ihrer Kinder bei der Ausführung verschiedener Aufgaben genannt.

Effekte des NF-Trainings auf das EEG

Alle Kinder der Versuchsgruppe erhielten das gleiche NF-Training nach

einem fest vorgegebenen Versuchsplan. Als primäre Trainingsparameter wurde dabei die Theta-Aktivität gewählt, und zwar nicht ihr absoluter Wert, sondern der relative Anteil der Theta-Wellen im EEG insgesamt (relativer Theta-Wert). Der relative Anteil der Theta-Wellen ist robuster als der absolute Wert. Denn der relative Wert hat während und zwischen den Trainingstagen eine geringere Variabilität als der absolute.

Nach dem NF-Training zeigte sich bei 7 Kindern der Versuchsgruppe eine Abnahme des relativen Theta-Wertes, bei 2 Kindern ist er gleich geblieben und bei einem hat er zugenommen. Die statistische Prüfung, ob der Durchschnitt der relativen Theta-Werte in der Versuchsgruppe abgenommen, sich also verbessert hat, ergab zunächst eine Signifikanz. Der Vergleich dieser Abnahme mit der Veränderung zwischen Vor- und Nacherhebung in der Kontrollgruppe konnte diese Signifikanz jedoch nicht bestätigen. Dies liegt wahrscheinlich wiederum an der großen Streuung der Einzelergebnisse und an den kleinen Stichproben. Aus den Daten der Vor- und Nacherhebung ergibt sich zwischen den Veränderungen im EEG und der Conner-Punktsumme kein einziger signifikanter Zusammenhang. Kinder, die während des Trainings gute Fortschritte im EEG, also geringere relative Theta-Werte erreicht hatten, zeigten in der Conner-Punktsumme keine Verbesserungen, und vice versa. Allerdings gibt es für diejenigen Items des Conner-Fragebogens, die sich auf Konzentration und Aufmerksamkeit beziehen, sehr wohl einen Zusammenhang mit den Verbesserungen der relativen Theta-Werte. Da der Conner-Fragebogen aber nur für die Gesamtheit seiner Items validiert ist, sind Aussagen auf der Basis einzelner Items nicht sinnvoll.

EEG-Veränderungen im Verlauf der Behandlungen

Im Anschluss an die statistische Prüfung der Anteile der Theta-Wellen beider Gruppen wurden die individuellen EEG-Veränderungen der Kinder der Versuchsgruppe analysiert, also der Verlauf der individuellen Veränderungen der relativen

Theta-Werte in Abhängigkeit von der Anzahl der Behandlungen untersucht. Es wurde statistisch analysiert, ob die relativen Theta-Werte mit zunehmender Behandlungszahl linear abnehmen.

Bei jedem Kind der Versuchsgruppe verläuft die Gerade, die aufgrund der statistischen Berechnung durch die Theta-Werte der 10 Behandlungen gelegt wurde, mehr oder weniger nach unten. Dies bedeutet, dass alle Kinder eine Tendenz zu verbesserten Theta-Werten haben, also Lernfortschritte aufweisen, wobei sich der Verlauf der Verbesserungen zwischen den Kindern unterscheidet. Abb. 2A zeigt ein Beispiel für eine starke Abnahme der relativen Theta-Werte eines Kindes aus der Versuchsgruppe, bei dem alle Werte in der Nähe der Geraden liegen und somit eine geringe Streuung aufweisen. Die Gerade in Abb. 2B ist ebenfalls geneigt, aber die relativen Theta-Werte dieser Versuchsperson streuen sehr stark um die Gerade. Hier ist also der lineare Zusammenhang zwischen Theta-Werten und Behandlungen offenbar sehr gering. Die relativen Theta-Werte jedes Kindes verlaufen mehr oder weniger wellenförmig um die Gerade, also nicht linear. Bei Kindern, deren rela-

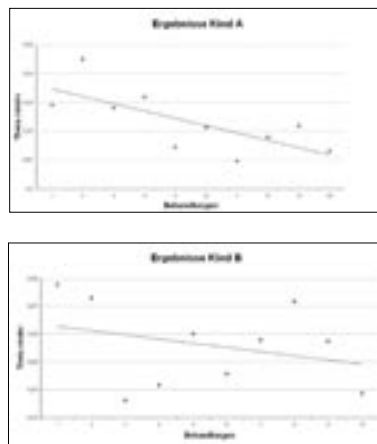


Abb. 2A und 2B: Die Diagramme zeigen die Lernergebnisse zweier Kinder der Versuchsgruppe. Die Abszisse (horizontale Achse) gibt die Zahl der Behandlungen und die Ordinate (vertikale Achse) die relativen Theta-Werte im EEG an. Für Proband A ist die Verbesserung signifikant, für Proband B zeigt sich nur eine Tendenz zur Verbesserung, die wegen der großen Streuung der relativen Theta-Werte jedoch nicht signifikant ist.

tive Theta-Werte stark um die errechnete Gerade streuen, kommt dieser wellenförmige Verlauf deutlich zum Ausdruck. Weitere statistische Analysen legen für diese Kinder eher einen kurvilinearen als einen linearen Zusammenhang zwischen den relativen Theta-Werten und den Behand-

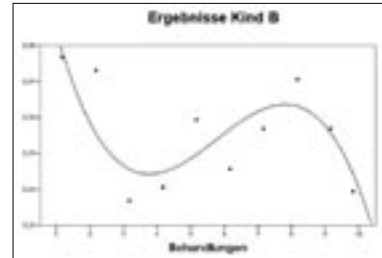


Abb. 3: Die relativen Theta-Werte sind hier dieselben wie in Abb. 2B. Wird dem Verlauf der Veränderungen der Theta-Werte während der Behandlungsfolgen eine Wellenform zugrunde gelegt, ergibt sich eher ein signifikanter Zusammenhang, als wenn eine Gerade zugrunde gelegt wird

lungen nahe (s. Abb.3).

Bei drei Kindern der Versuchsgruppe beschreibt eine Wellenform den Verlauf der Daten besser als eine Gerade. Bei den anderen Kindern ist die Wellenform ziemlich schwach ausgeprägt, so dass für diese Kinder die Gerade den Verlauf der Behandlungserfolge besser beschreibt.

Diskussion

Die vorliegende Studie ist zum Teil eine Replikation mehrerer Studien, welche die Auswirkungen von NF-Behandlungen auf das Verhalten von ADHS-Kindern untersucht haben. Neben den Daten der Vor- und Nacherhebung wurden in unserer Studie die EEG-Daten der einzelnen Behandlungen gespeichert und analysiert. Aus diesen Daten gehen die dynamischen Lernprozesse während der gesamten NF-Behandlungsperiode hervor. Diesbezüglich unterscheidet sich die vorliegende Pilotstudie von anderen Studien, die jeweils nur die Auswirkungen der Behandlungen untersucht haben. Die Auswirkungen auf das Verhalten unserer Versuchspersonen, die jeweils 10 NF-Behandlungen erhielten, wurden mit der Conners Skala ermittelt. Die Ergebnisse dieser Ermittlungen streuten jedoch so stark, dass zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Behandlungsauswirkungen kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden konnte. In einer Folgestudie müsste demnach eine größere Probandenzahl untersucht werden, um gültige Schlussfolgerungen über die Effekte des NF-Trainings ziehen zu können.

Obwohl die Unterschiede der beiden Gruppen nicht signifikant waren, weisen die Kinder der Versuchsgruppe eine deutliche Verbesserung der relativen Theta-Werte auf. Bei diesen Kindern verlaufen die relativen Theta-Werte mit zunehmenden Behandlungen in einer mehr oder weniger stark auf- und abgehenden Wellenform. Dies bedeutet, dass sich die Auswirkungen des NF-Trainings anhand der Veränderungen der relativen Theta-Werte besser beurteilen lassen, wenn die relativen Theta-Werte aller einzelnen Behandlungen ermittelt und in einem Diagramm dargestellt werden.

In einer Folgestudie könnte untersucht werden, ob die Behandlungsauswirkungen vom Anfangswert der Theta-Wellen-Anteile am 1. Behandlungstag abhängen. Die Frage ist also: Ist der Trainingserfolg bei einem höheren oder bei einem niedrigeren Anfangswert der Theta-Wellen-Anteile besser?

Nach Klärung dieser Frage ließen sich Behandlungsfrequenzen, die Abstände der Behandlungen und die Dauer der Behandlungsperiode optimieren. In der gegenwärtigen Behandlungspraxis wird meist standardisiert vorgegangen. Neue Erkenntnisse könnten die Vorgehensweise der Behandlung jedoch individuell an die Patienten anpassen, um die Erfolge zu verbessern.

Verschiedene Behandlungsmethoden

Die Beispiele der Theta-Werte-Veränderungen in Abb. 2A und 2B spiegeln zwei allgemeine Bilder von ADHS-Kindern wider. Aus diesen Beispielen geht hervor, dass die angestrebten Veränderungen der Theta-Werte (Behandlungsziel) stark von den EEG-Werten der Vorerhebung abhängen: Bei ADHS-Kinder mit stabilem, aber hohem Anteil an Theta-Werten sollte das NF-Training mit der Zielvorgabe erfolgen, diesen Anteil zu verringern. Bei ADHS-Kinder mit hoher Variabilität der relativen Theta-Werte und nicht notwendigerweise hohem Anteil sollte das NF-Training mit der Zielvorgabe erfolgen, die Theta-Aktivität zu stabilisieren. Die Evaluation des NF-Trainings sollte also in unterschiedlicher Weise erfolgen und zwar

einerseits abhängig von den durchschnittlichen Theta-Wert-Anteilen vor und nach der Behandlung und andererseits von der Standardabweichung vor und nach der Behandlung. In den meisten bisherigen Untersuchungen erfolgten dagegen die Behandlungen nicht mit verschiedenen Behandlungszielen. Um eine Prognose hinsichtlich der erforderlichen Anzahl der Behandlungen zu ermöglichen, wäre überdies ein Vergleich der EEG-Werte während der Behandlungsperiode mit den EEG-Werten der Vorerhebung erforderlich.

Die vorliegende Studie zeigt das Erfordernis einer klinischen Untersuchung mit einer größeren Probandenzahl. In einer solchen Untersuchung sollten die ADHS-Kinder Untergruppen mit verschiedenen Behandlungszielen zugeordnet werden. Während der Behandlungen wäre eine kontinuierliche Überwachung der EEG-Werte erforderlich, damit sich optimale Behandlungsfrequenzen und Behandlungsabstände abhängig von den EEG-Werten der Vorerhebung bestimmen ließen. Ausgehend von verhaltensbezogenen und neurophysiologischen Befunden, die vor, während und nach der Behandlungsperiode erhoben werden, ließen sich Schlussfolgerungen für die Optimierung der NF-Behandlungsperiode eines Kindes ziehen. Es könnte dann jeweils die Behandlungsmethode gewählt werden, die hinsichtlich der Verhaltensverbesserungen des Kindes und seiner Beschwerden am günstigsten ist.

Dank

Das Biometrische Centrum möchte sich beim Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind – Landesgruppe NRW - für die finanzielle Unterstützung dieser Pilotstudie bedanken. Der Vorsitzenden des BV AÜK, Frau Bürschgens, gilt für ihre Hilfe bei der Organisation und dem Aufbau der Studie ein besonderer Dank.

(Anmerkung der Redaktion: Der BV AÜK konnte neben einer freien Spende außerdem bewilligte Projektfördermittel der BKK und TK in 2005 für diese Pilotstudie einsetzen.)

Literatur

- Barry, R. J., A. R. Clarke, et al. (2002). "EEG coherence in attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparative study of two DSM-IV types." *Clin Neurophysiol* **113**(4): 579-85.
- Bresnahan, S. M., J. W. Anderson, et al. (1999). "Age-related changes in quantitative EEG in attention-deficit/hyperactivity disorder." *Biol Psychiatry* **46**(12): 1690-7.
- Bresnahan, S. M. and R. J. Barry (2002). "Specificity of quantitative EEG analysis in adults with attention deficit hyperactivity disorder." *Psychiatry Res* **112**(2): 133-44.
- Butnik, S. M. (2005). "Neurofeedback in adolescents and adults with attention deficit hyperactivity disorder." *J Clin Psychol* **61**(5): 621-5.
- Cho, B. H., S. Kim, et al. (2004). "Neurofeedback training with virtual reality for inattention and impulsiveness." *Cyberpsychol Behav* **7**(5): 519-26.
- Clarke, A. R., R. J. Barry, et al. (2001). "EEG-defined subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder." *Clin Neurophysiol* **112**(11): 2098-105.
- Clarke, A. R., R. J. Barry, et al. (2002). "EEG evidence for a new conceptualisation of attention deficit hyperactivity disorder." *Clin Neurophysiol* **113**(7): 1036-44.
- Egner, T., E. Strawson, et al. (2002). "EEG signature and phenomenology of alpha/theta neurofeedback training versus mock feedback." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **27**(4): 261-70.
- Egner, T., T. F. Zech, et al. (2004). "The effects of neurofeedback training on the spectral topography of the electroencephalogram." *Clin Neurophysiol* **115**(11): 2452-60.
- Fox, D. J., D. F. Tharp, et al. (2005). "Neurofeedback: an alternative and efficacious treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **30**(4): 365-73.
- Fuchs, T., N. Birbaumer, et al. (2003). "Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a comparison with methylphenidate." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **28**(1): 1-12.
- Heinrich, H., H. Gevensleben, et al. (2004). "Training of slow cortical potentials in attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence for positive behavioral and neurophysiological effects." *Biol Psychiatry* **55**(7): 772-5.
- Kovatchev, B., D. Cox, et al. (2001). "A psychophysiological marker of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)—defining the EEG consistency index." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **26**(2): 127-40.
- Kropotov, J. D., V. A. Grin-Yatsenko, et al. (2005). "ERPs correlates of EEG relative beta training in ADHD children." *Int J Psychophysiol* **55**(1): 23-34.
- Levesque, J., M. Beauregard, et al. (2006). "Effect of neurofeedback training on the neural substrates of selective attention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance imaging study." *Neurosci Lett* **394**(3): 216-21.
- Monastra, V. J., S. Lynn, et al. (2005). "Electroencephalographic biofeedback in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **30**(2): 95-114.
- Monastra, V. J., D. M. Monastra, et al. (2002). "The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **27**(4): 231-49.
- Rossiter, T. (2004). "The effectiveness of neurofeedback and stimulant drugs in treating AD/HD: Part I. Review of methodological issues." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **29**(2): 95-112.
- Rossiter, T. (2004). "The effectiveness of neurofeedback and stimulant drugs in treating AD/HD: part II. Replication." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **29**(4): 233-43.
- Swartwood, J. N., M. O. Swartwood, et al. (2003). "EEG differences in ADHD-combined type during baseline and cognitive tasks." *Pediatr Neurol* **28**(3): 199-204.
- Vernon, D., T. Egner, et al. (2003). "The effect of training distinct neurofeedback protocols on aspects of cognitive performance." *Int J Psychophysiol* **47**(1): 75-85.
- Vernon, D. J. (2005). "Can neurofeedback training enhance performance? An evaluation of the evidence with implications for future research." *Appl Psychophysiol Biofeedback* **30**(4): 347-64.

Eine sportmedizinische Wirkanalyse des Heilpädagogischen Voltigierens (HPV) bei Kindern mit ADHS

Kurzfassung und Intention der Studie

Meike Riedel

Ziele und Stand der Forschung

Die Leitlinien zur Behandlung der kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen stufen Therapiemaßnahmen wie Mototherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik und Ergotherapie bei der Behandlung von ADHS-Kindern sogar als weitgehend entbehrlich ein (vgl. Pisarsky/Mickley 2003, 172).

Das Bewegungsrepertoire ist bei ADHS-Kindern in erster Linie bei kleinräumigen, aber auch bei großräumigen Bewegungen gegenüber Gleichaltrigen deutlich geringer ausgeprägt (vgl. Everling 2000, 300). Grob- und Feinmotorik sind schlecht gesteuert. Sie bevorzugen einfache Ganzkörperaktivitäten, wie z. B. Wälzen, Rollen, Wackeln und Kippen und meiden differenzierte Bewegungshandlungen (vgl. Kiphard 1992, 212/ Kiphard 1997, 64). Oftmals verfallen und verbleiben sie in diesen sogenannten primitiv-archaischen Bewegungsmustern, so dass sie wichtige motorische Lernprozesse nicht durchlaufen (vgl. Kiphard 1992, 213). ADHS-Kinder zeichnen sich zwar durch einen hohen Bewegungsdrang aus, lernen aber auf Grund nicht hinreichender Aufmerksamkeit bezüglich ihrer Fähigkeiten und insbesondere ihrer Fertigkeiten zu wenig, so dass sie in der Regel große motorische Defizite aufweisen (vgl. Lutter/Leirich 2003, 74).

ADHS-Kindern gelingt der Soll-Ist-Wert-Vergleich von ausgeführten Bewegungsabläufen nur in unzureichendem Maße. Diese Reizselektionsschwäche führt zu einer ungenügenden Reflektion des Kindes, so dass hieraus kein adäquater Lernprozess resultieren kann. Es treten somit in Folge der motorischen Entwicklungsphasen zunehmend eklantante Defizite auf (vgl. ebd. 74).

Die motorische Retardation von ADHS-Kindern sollte mit in das Blickfeld der Erkrankung und somit auch in die Wahl der Behandlungsmetho-

den einbezogen werden. Als Folge für die Praxis ergibt sich die Forderung nach einer bewegungstherapeutischen Intervention.

Tiere haben für den Menschen eine besondere Bedeutung. Sie haben einen positiven Einfluss auf den Menschen. Tiere sind keine Therapeuten und doch können sie bei unterschiedlichen Therapiemaßnahmen unterstützend und fördernd helfen (vgl. Otterstedt 2001, ebd. 9). In Deutschland hat in den letzten Jahren die Tiertherapie an Bedeutung zugenommen. Die Erkenntnis, dass ein Tier den seelischen und körperlichen Heilungsprozess des Menschen begünstigt, bestätigt sich bei seinem Einsatz in Altenheimen z.B. als Begleithund, in der Delfintherapie und beim Therapeutischen Reiten. Tiere besitzen einen hohen Anforderungscharakter und motivieren zur Handlung. Dies gilt insbesondere für Delfine und Pferde (vgl. Olbrich/Otterstedt 2003, 162). Die Therapie mit dem Pferd weist die Besonderheit eines Körperkontaktes auf, die sonst nur noch bei der Delfintherapie zu finden ist. Das Mitmachen des Pferdes erzeugt soviel Motivation und Freude seitens des Kindes, wie es kaum ein anderes Medium in dem Maße erbringen kann.

Es fehlen Indikatoren, die den pathophysiologischen Zustand und den Erfolg der therapeutischen Einwirkung erkennen lassen. Man ist hierbei auf Beobachtungen und Berichte der Eltern und Betreuer angewiesen. Sportmedizinische Erkenntnisse lassen vermuten, dass hier insbesondere Parameter zur Beurteilung des vegetativen Nervensystems und der motorischen Fähigkeiten die Funktion als Steuerungsinstrument übernehmen könnten. Ziel des Forschungsvorhabens war es, bei ADHS-Kindern therapiebegleitend die Erfahrung sportwissenschaftlicher Möglichkeiten zu nutzen und darauf aufbauend zur Therapieopti-

mierung beizutragen. Vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen sollte die Therapie mit dem Pferd im Vordergrund stehen.

Kurz- Beschreibung des Projektes

Eine vom Arbeitsbereich Sportmedizin der Universität Bielefeld initiierte Studie diente dazu, sowohl den sportmotorischen Entwicklungszustand von ADHS-Kindern aufzuzeigen als auch mögliche Wirkungen eines Trainingsprogramms mit einem kombinierten Ausdauer- und Koordinationsprogramm auf ihre motorische Leistungsfähigkeit zu dokumentieren. Hierzu wurden der Motorische Quotient (MQ) auf der Basis des Körperkoordinationstests für Kinder nach Kiphard/ Schilling (1975), die Ausdauerleistungsfähigkeit nach Bös/ Mechling (2001), die Verfassung des vegetativen Nervensystems nach Zimmermann (1983) und die Erfassung der Hyperaktivität mittels des Conners- Fragebogen (Steinhausen 1995) unter Berücksichtigung der anthropometrischen Daten ermittelt.

Da das „Heilpädagogische Voltigieren“ erfolgreich als Fördermaßnahme für Kinder mit psychischen Erkrankungen, Lernstörungen, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen eingesetzt wird, ist es in der Studie als Therapiemaßnahme für ADHS-Kinder gewählt worden. Komplettiert wurde diese Intervention durch ein gezieltes Koordinations- und Ausdauertraining. Hierbei ist eine sportmedizinische Wirkanalyse in Bezug auf die Koordinationsfähigkeit, die Ausdauerleistungsfähigkeit, das hyperaktive Verhalten und das vegetative Nervensystem anhand der oben dargestellten Untersuchungsmethoden vorgenommen worden.

Die erhobenen Befunde der durchgeführten Studie erlauben die **Schlussfolgerung:**

■ dass ADHS-Kinder keine adäquate

altersentsprechende Entwicklung im motorischen Bereich aufweisen

- ▀ dass ADHS-Kinder eine zu geringe aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit und eklatante Defizite in der Bewegungskoordination aufzeigen
- ▀ dass sich die Unterschiede zwischen ADHS-Kindern und klinisch gesunden Kinder hinsichtlich der Koordinations- und Ausdauerleistungsfähigkeit als hochsignifikant erweisen
- ▀ dass ADHS-Kinder wie unter einer chronischen Stressbelastung während des gesamten Tagesverlaufs stehen; dies lässt sich anhand des charakteristischen Katecholaminprofils, gewonnen aus zircadian fraktionierten gesammelten Urinproben, schlußfolgern
- ▀ dass ADHS-Kinder kein erholsames Schlafverhalten in der Nacht aufzeigen
- ▀ dass ADHS-Kinder trainierbar sind
- ▀ dass ein Trainingsprogramm in

der hier vorgestellten Form des Heilpädagogischen Voltigierens mit Belastungsreizen zur Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit kombiniert werden kann

- ▀ dass der motorischen Retardation von ADHS-Kindern durch eine gezielte koordinative Förderung entgegengewirkt werden kann
- ▀ dass die angewandte Therapiemaßnahme zu einer messbaren Änderung der Aktivität des vegetativen Nervensystems führt, welche sich bei ADHS-Kindern in einem ruhigeren Verhalten äußert.

Literatur

Bös, K.: Handbuch Motorische Tests. Göttingen 2001.
 Everling, S.: Bewegung hilft – Psychomotorik als therapeutischer und pädagogischer Behandlungsansatz bei Kindern mit ADS. In: Fitzner, T./Stark, W.: ADS – verstehen, akzeptieren, helfen. Stuttgart 2000, 296-312.
 Kiphard, E. J.: Überaktives Bewegungsverhalten bei Kindern. In: Cicurs, H./ Zimmer, R.: Kinder brauchen Bewegung. Aachen 1992; 212-219.
 Kiphard, E. J.: Das hyperaktive Kind aus psychomotorischer Sicht. In: Passolt, M.: Hyperaktive Kinder: psychomotorische Therapie. München 1997.
 Kiphard, E.J./Schilling, F.: Körperkoordinationstest für Kinder KTK. Weinheim 1975.

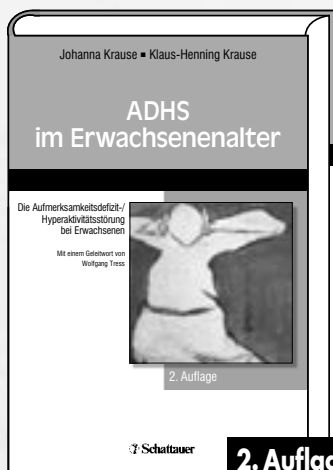
Lutter, N./Leirich, J.: Zum Entwicklungsstand koordinativer Fähigkeiten bei hyperaktiven Kindern. In: motorik 26 (2003), 2, 73-79.
 Steinhausen, H.-C.: Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart 1995.
 Olbrich, E./ Otterstedt, C.: Menschen brauchen Tiere. Stuttgart 2003.
 Otterstedt, C.: Tiere als therapeutische Begleiter. Stuttgart 2001.
 Pisarsky, B./Mickley, M.: Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder die Nützlichkeit eines therapeutischen Konstrukts. In: Zeitschrift für systemische Therapie 21 (2003), 3, 168-178.
 Steinhausen, H.-C.: Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart 1995.
 Zimmermann, E./Schänzer, W./Donike, M.: Stressfaktoren vor und nach Wettkampf- bzw. Trainingsbelastung. In: Heck, H.: Sport: Leistung und Gesundheit. Deutscher Sportärzte-Kongreß 1982. Köln 1983.

Dr. Meike Riedel: Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Abteilung für Sportwissenschaft

Anzeige

ADHS im Erwachsenenalter

Schattauer



Krause/Krause
ADHS im Erwachsenenalter

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen

Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist bei Kindern längst etabliert – zunehmend wird diese Störung nun auch im Erwachsenenalter erkannt und behandelt. Der Erfolg des Buches „ADHS im Erwachsenenalter“ unterstreicht diese Tendenz: Nach knapp 2 Jahren erschien es bereits in der zweiten Auflage, der Umfang hat sich in der kurzen Zeit annähernd verdoppelt.

Nomenklatorische Fragen, Prävalenz, Ursachen, Diagnostik und Therapie der ADHS beim Erwachsenen sind Themen des Buches. Zahlreiche Fallbeispiele illustrieren praxisnah die wissenschaftlichen Ausführungen. Im Anhang enthält das Buch die neu entstandenen, von der DGPPN unterstützten Leitlinien zur ADHS im Erwachsenenalter. Es stellt somit einen optimalen Leitfaden für den Behandelnden in diesem jungen Themenkomplex dar.

Die beiden Autoren sind Pioniere auf dem Gebiet der Forschung und Behandlung von ADHS bei Erwachsenen in Deutschland. Sie tragen mit diesem Werk wesentlich dazu bei, dass diese Störung nun auch hier bekannt geworden ist und den Betroffenen somit kompetent geholfen werden kann.

Kommentare zur 1. Auflage

„Unverzichtbar für jeden klinisch tätigen Neurologen/Psychiater/Psychotherapeuten.“
 Neurotransmitter, 2/2003

„Das vorliegende Buch schließt in vorbildlicher Weise eine im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie bestehende Lücke.“
 psychoneuro, 1+2/2003

Geleitwort von Wolfgang Tress
 2., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage 2005. 254 Seiten, 30 Abbildungen, 16 Tabellen, geb.
 € 36,95/CHF 59,10
 ISBN-13: 978-3-7945-2371-9
 ISBN-10: 3-7945-2371-7

www.schattauer.de

März 2006: Das oberste Verwaltungsgericht NRW entscheidet zu Gunsten von ADHS-Kindern !

■ Jugendamt muss Privatschulbesuch zwecks begabungsadäquater Schulbildung gemäß §35a SGBVIII bezahlen!

■ ADHS-Kinder gehören nicht a priori auf eine Sonderschule!

Hans Biegert

„Christian S. war sieben, als er vom Nachbarjungen erschlagen wurde. Aus Frust, sagte der 16jährige Ken (Name geändert) der Polizei. Ein paar Wochen zuvor hatte er bereits einen Bundeswehrsoldaten lebensgefährlich verletzt. Aber der Haftrichter hatte den schon vielfach aufgefallenen Jugendlichen wieder nach Hause geschickt. Ihm hätten nicht alle Akten vorgelegen, versuchte der Jurist sich später zu rechtfertigen. Nicht genau hinschauen, zu spät reagieren oder gar nicht – so beschreibt die Polizei ihre täglichen Erfahrungen mit Familien, mit Schulen oder dem Jugendamt, wenn es um kriminelle oder dissoziale Jugendliche geht. Die Hüter des Gewaltmonopols fühlen sich oft genug als überforderte Instanz ... Ebenso wie die Pädagogen ... Ken, der den kleinen Jungen erschlug, fiel schon in der Grundschule durch Schlägereien, Bedrohungen von Mitschülern, Telefonterror gegen seine Lehrerin auf. Dann diverse Schulwechsel vom Gymnasium zur Realschule, von der Realschule zur Hauptschule, Fehlstunden, schließlich ganze Wochen gefehlt, ohne dass was unternommen wurde, nochmaliger Schulwechsel. Zeitweise ging er in eine Hauptschule, die bekannt wurde, weil ein Mitschüler mehrere Lehrer verprügelte ... Mit neun der erste Diebstahl, mit zwölf der erste Raubüberfall, mit 14 dann schwere Körperverletzung. In Berlin hat die Polizei inzwischen rund 350 so genannte „Intensivstraftäter“ in den Akten, Jugendliche und Kinder mit Dutzenden von Straftaten, oft schon im Alter unter vierzehn Jahren begangen und damit noch nicht strafmündig. Grenzen erfahren diese Kinder kaum, sondern nur einen scheinbar schwachen Staat, den sie nicht ernst nehmen. Nach jedem Raub, jeder Körperverletzung müssen sie wieder freigelassen werden ... Die Presse über den jugendlichen Totschläger Ken hatte die Öffentlichkeit wieder einmal aufgerüttelt – nur vorübergehend! Die Ausgaben für die Jugendhilfe in der

Hauptstadt sind aber in den vergangenen Jahren um über 100 Millionen Euro gestrichen worden ...“

Diese Fallschilderung von Gerd Nowakowski im Berliner Tagesspiegel (aus „Erziehung und Wissenschaft“ 11/2005, hier redaktionell verändert und gekürzt) hat zunächst einmal scheinbar nichts mit ADHS zu tun, belegt aber in eindrucksvoller Weise die Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen mit expansiv-oppositionellem Sozialverhalten gekoppelt mit destruktiver nicht begabungsadäquat verlaufender Schulentwicklung – und hier ist dann der Zusammenhang mit der ebenso gefährdeten Hochrisikogruppe ADHS - und den bereitgestellten Mitteln im Bereich der öffentlichen Jugendhilfe.

Hätte der Fall Christian S. verhindert werden können, wenn dem 16jährigen Ken rechtzeitig wirksame Beschulungsmaßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe gewährt worden wären?

a) Studien zur Schullaufbahnentwicklung bei ADHS bestätigen:

Die schweren Sozialintegrationsstörungen durch ADHS-bedingtes Problemverhalten führen bei diesen Kindern im Schulalter statistisch zu einer fast 10fach häufigeren Sonderschulzuweisung (ca. 30 Prozent gegenüber 3 Prozent) im Vergleich zu Nicht-ADHS-betroffenen.

b) Gemäß geltendem Schulrecht NRW gilt:

Die Feststellung einer Sonderschulbedürftigkeit (nicht nur bei ADHS-betroffenen) setzt ausnahmslos eine Antragsinitiative der Eltern oder der derzeit besuchten allgemeinen Schule voraus (weder dem Schulamt, noch dem schulpсихologischen Dienst oder anderen

Behörden steht dieses Initiativrecht zu.

c) ADHS-Fachleute aus Medizin, Therapie und Pädagogik sind sich einig: Keine der derzeit angebotenen/existierenden sonderpädagogischen Förderschularten (Lernhilfe, Erziehungshilfe, Körperbehinderung) ist a priori prädestiniert, dem Anspruch auf ADHS-störungsbildgerechter, unterrichtsorientierter und begabungsadäquater Schulbildung gerecht zu werden.

Frage:

A. Lässt sich hieraus für die Eltern eines ADHS-Kindes im Einzelfall zur Erlangung einer begabungsadäquaten Schulbildung ein Anspruch auf Kostenübernahme für den Besuch einer ADHS-störungsbildorientierten Privatschule auf der Grundlage der Eingliederungshilfe nach §35a SGBVIII ableiten?

Oder aber:

B. Setzt die Durchsetzung eines solchen Anspruches voraus, dass die Gesamtpalette staatlicher Schulbildungsangebote – inklusive Sonderschulbeschulung – vorher solange in Anspruch genommen wurde, bis deren Ungeeignetheit im Hinblick auf die ADHS-Betroffenheit offenkundig wurde?

Und:

Müssen Eltern dabei vor Zuerkennung eines solchen Eingliederungsanspruchs auf begabungsadäquate Schulbildung ihre ADHS-Kinder gemäss §35a SGBVIII quasi zwangsweise eine Sonderschulbedürftigkeit/einen sonderpädagogischen Förderbedarf „notfalls“ per **eigenem** Antrag **einfordern**? – erforderlichenfalls sogar gerichtlich durchsetzen?

Diese Fragen von zentraler Bedeutung wurden erstmalig nach 7jähriger Antrags-/Verfahrensdauer

höchststrichterlich vom obersten Verwaltungsgericht NRW eindeutig zugunsten ADHS-betroffener entschieden.

Zur Erinnerung: Noch im Jahr 2002 bejahte das Verwaltungsgericht Köln diese Fragen – hier die einmaligen Entscheidungsauszüge:

„... Das öffentliche Schulsystem hält nach Auffassung der Kammer geeignete Schulen für eine angemessene Beschulung auch des Klägers (ADHS-betroffenes Kind, hatte Kostenübernahme für den Besuch der HEBO-Schule beantragt, wurde aber jugendamtsseitig abgelehnt) vor ... werden Schulpflichtige, die u.a. wegen seelischer Behinderung im Unterricht einer Grundschule oder einer weiterführenden allgemeinen Schule nicht hinreichend gefördert, können sie ihrem individuellen Förderbedarf entsprechend sonderpädagogisch gefördert werden...“

„... Auf dieser Grundlage konnten dem Kläger im streitbefangenen Zeitraum öffentliche Schulen angeboten werden. Auch bei (drohender) seelischer Behinderung und bei bestehendem sonderpädagogischen Förderbedarf kann unter Umständen eine öffentliche Regelschule als geeigneter Förderort in Betracht kommen...“

„... Sollte sich vor oder – gegebenenfalls nach einer Versuchsphase – während des Besuchs einer (weiterführenden) Regelschule herausstellen, dass diese eine angemessene Beschulung ... nicht sicherstellen kann, etwa weil es zur Eingliederung des Klägers (auch) entscheidend auf die Beschulung in kleinen Klassenverbänden ankommt und diese Kleingruppenbeschulung in öffentlichen Regelschulen nicht möglich ist, so wäre eine Sonderbeschulung in einer Sonderschule für Erziehungshilfe unumgänglich ...“ „... Um diese Form der Beschulung zu erreichen, hätten die Eltern des Klägers gemäß § 7 Abs. 4 SchpflG einen Antrag auf Entscheidung über den sonderpädagogischen Förderbedarf und den Förderort stellen und die Sonderbeschulung erforderlichenfalls auch gerichtlich durchsetzen müssen ...“

„... Zwar kann der Jugendhilfeträger (das jeweils zuständige Jugendamt) in diesen Fällen einen hilfesuchenden Schulpflichtigen grundsätzlich nicht

darauf hinweisen, eine Sonderschule zu besuchen, um die Gewährung von Eingliederungshilfe überflüssig zu machen ...“

„... Dieser Grundsatz findet nach Auffassung der Kammer jedoch dann keine Anwendung, wenn sich aus Sicht der Eltern die Einleitung eines Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und des Förderorts geradezu aufdrängen musste und die Eltern gleichwohl den zur Einleitung des Verfahrens erforderlichen Antrag (§ 7 Abs. 4 Satz 1 SchpflG) nicht in zumutbarer Zeit gestellt haben ...“

„... Sowohl im Gegensatz zu einer öffentlichen Regelschule, die über die erforderlichen personellen und sächlichen Voraussetzungen für die angemessene Beschulung hyperaktiver und sozialverhaltensgestörter Kinder- und Jugendlicher verfügt (vgl. § 7 Abs. 3 Satz 1 SchpflG) als auch im Gegensatz zu einer Erziehungsschule verfügt die HEBO-Schule nach Angabe Ihres Leiters, Herrn Biegert – selbst nicht über die erforderlichen sonderpädagogisch ausgebildeten Lehrkräfte ...“

Die Widersprüchlichkeiten in diesen Entscheidungsauszügen waren von Anfang an offensichtlich:

- 1) So wurde von den Eltern ADHS-betroffener Schulkinder verlangt, notfalls gegen ihre eigene Überzeugung und gegen ihr grundgesetzlich verbrieftes Grundrecht zur freien Schulwahl (solange keine Sonderschulzuweisung erfolgte) einen sonderpädagogischen Förderbedarf am Ende sogar gerichtlich durchsetzen zu müssen.
- 2) Ferner wurden in besonderer Weise sonderpädagogisch ausgebildete Lehrkräfte für die geeignete Beschulung hyperaktiver Kinder als erforderlich angesehen.

In den darauf folgenden Jahren hat dieses Urteil die § 35a SGBVIII-Bewilligungs- und jugendamtliche Entscheidungspraxis nachhaltig geprägt. Denn: prompt beriefen sich viele Jugendämter bei allen ADHS-begründeten § 35a SGBVIII-Anträgen wegen Übernahme von Schulkosten auf dieses Urteil und lehnten Anträge mit Hinweis auf einen mögliche sonderpädagogische Förderung/

Sonderschulbesuch in Besonderheit Sonderschule für Erziehungshilfe ab.

Dem gegenüber stellt nun das Oberverwaltungsgericht NRW mit Urteil vom 22.03.2006 (12A 806/03) in der Berufungsverhandlung höchststrichterlich fest:

„... Anspruch auf Eingliederungshilfe ... umfasst nach § 35a Abs. 2 Nr. 1 SGBVIII i.V.m. § 40 Abs. 1 Nr. 3 BSHG auch die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung. Nach § 35a Abs. 2 Nr. 3 SGBVIII i.V.m. § 12 Nr. 2 der Verordnung zu § 47 BSHG umfasst die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung zugunsten behinderter Kinder und Jugendlicher Maßnahmen der Schulbildung, wenn diese erforderlich und geeignet sind, **ihnen eine im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht üblicherweise erreichbare Bildung zu ermöglichen.**“

Der Kläger gehört zum Personenkreis nach § 35a SGBVIII. „... Nach vorliegenden fachlichen Stellungnahmen des Prof. Dr. >n.n.< ist von der Zugehörigkeit des Klägers zu diesem Personenkreis unter Berücksichtigung der in der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes entwickelten Anforderungen auszugehen...“ ... die Maßnahme (Beschulung in der HEBO-Privatschule Bonn) war im Sinne der einschlägigen Bestimmungen geeignet, um den jugendhilferechtlichen Bedarf des Klägers zu decken.

Dass der Besuch der in Rede stehenden privaten Ergänzungsschule generell keine geeignete Maßnahme zur Vermittlung einer angemessenen Schulbildung im Sinne der Regelungen über die Eingliederungshilfe nach § 35a SGBVIII wäre, findet in der Rechtsprechung des Senats keine Bestätigung, **(vgl. etwa die Beschlüsse vom 13. Dezember 2005 – 12B 2051/05 -, 30. September 2005 – 12B 1436/05 - ...)**“

„... Defizite der pädagogischen Konzeption, die durchgreifende Eignungsmängel in Bezug auf die Vermittlung einer angemessenen Schulbildung begründen könnten, hat der Beklagte nicht in einer Weise aufgezeigt, die dem Senat Veranlassung gäbe, den Einwänden des Beklagten weiter nachzugehen. Da mit dem Besuch der HEBO-Schule nach den Entscheidungen der Schulbehörden der Schulpflicht Genüge getan wird, ein schulaufsichtliches Einschrei-

ten vom Beklagten nicht behauptet worden ist, er selbst – ausweichlich der eingeräumten Bewilligungspraxis bis kurz vor dem Streitzeitraum offenbar die Eignung positiv beurteilte und von der Klägersseite umfangreiches Material zu den Erfolgchancen bei den für den Abschluss notwendigen externen Prüfungen vorgelegt worden ist, gilt dies insbesondere für die pauschale Erwägung des Beklagten, es bestehe nur eine geringe Aussicht dafür, nach dem Besuch der HEBO-Schule einen Schulabschluss zu erwerben.

Durchgreifende Einwände gegen die Eignung der Beschulung in der HEBO-Schule ergeben sich bezogen auf den jugendhilferechtlichen Bedarf des Klägers nach §35a SGBVIII nicht aus dem Umstand, dass an der HEBO-Schule keine Sonderpädagogen unterrichten. Dessen hätte es für eine geeignete Förderung des Klägers allenfalls dann bedurft, wenn von einer sonderpädagogischen Förderbedürftigkeit des Klägers hätte ausgegangen werden müssen. Eine solche war hier indes nicht festgestellt. Es fehlte ferner nicht – mit Blick auf den grundsätzlichen Vorrang der Förderung von Kindern und Jugendlichen im öffentlichen Schulwesen – an der jugendhilferechtlichen Erforderlichkeit der in Rede stehenden Maßnahme. Ein solcher Vorrang setzt nach der Senatsrechtsprechung voraus, dass nach den konkreten Umständen des Einzelfalls im öffentlichen Schulwesen eine bedarfdeckende Hilfe zu erhalten ist... vgl. hierzu bereits die Senatsbeschlüsse vom 18. März 2004 – 12B 2634/03 – sowie 30. Januar 2004 – 12B 2392/03 – FEVS 55, 469 und 16. Juli 2004 – 12B 1338/04 -, Jamt 2004, 437.

Daran fehlte es hier. Alternativen der Bedarfsdeckung, die ernsthaft in Betracht gekommen wären, waren nicht aufgezeichnet. Der Verweis auf eine Deckung des Bedarfs an angemessener Beschulung durch den Hauptschulbesuch greift nicht durch, weil sich den Stellungnahmen des Dr. >n.n.< sowie auch des Dr. >n.n.< entnehmen lässt, dass es sich im Einzelfall des Klägers hierbei nicht um eine geeignete und zumutbare Alternative der Bedarfsdeckung gehandelt hätte. Nach diesen fachärztlichen Stellungnahmen war wegen des Behinderungsbildes des Klägers insbesondere eine kleingruppige Beschulung erforderlich. Auch die Stellungnahme vom >n.n.< sprach für die Erforderlichkeit einer Beschulung in kleinen Lerngruppe. Dass diese in der Hauptschule möglich gewesen wäre, ist von Beklagtenseite weder substantiiert aufgezeigt worden ... nicht durch den Verweis auf die nicht länger begründete Einschätzung des Schulpsychologischen Dienstes ersetzt...“

„...Auf eine Sonderbeschulung in einer Sonderschule für Erziehungshilfe konnte der Kläger mangels einer entsprechenden wirksamen schulrechtlichen Entscheidung über einen entsprechenden Förderbedarf und Förderort nicht verwiesen werden ... mangels einer zumutbaren Alternative der Bedarfsdeckung kann im Übrigen auch der Einwand verhältnismäßiger Mehrkosten (vgl. §5 SGBVIII) dem Anspruch nicht entgegen gehalten werden. (Vgl. zu der entsprechenden sozialhilferechtlichen Problematik BVG, Urteil vom 28. April 2005, a. a. O. ...)“

Die Schlussfolgerungen aus diesem Urteil des obersten NRW-Verwaltungsgerichtes sind demnach eindeutig und revidieren das Kölner Verwaltungsgerichtsurteil aus 2002 total!

- 1) Maßnahmen nach §35a SGBVIII umfassen auch den Anspruch auf eine angemessene Schulbildung, die eine üblicherweise (was wäre möglich ohne ADHS?) erreichbare Bildung vermittelt.
- 2) Dass der Besuch einer Privatschule hierzu generell auszuschließen wäre, ist **unzutreffend**. Der Anspruch auf Kostenübernahme einer in der pädagogischen Intention nachgewiesener Weise ADHS-wirksamen Privatschule wird ausschließlich für die Vermittlung einer solchen angemessenen Schulbildung zugelassen.
- 3) Die Vermittlung einer angemessenen Schulbildung nach §35a SGBVIII bei vorliegendem ADHS setzt **nicht** den Einsatz von Sonderpädagogen voraus.
- 4) Dem Vorrang einer Beschulung im öffentlichen Schulwesen ist **nicht** mit dem lapidaren Hinweis auf mögliche Beschulung eines ADHS-Kindes in einer staatlichen Sonderschule genüge getan.
- 5) Im Falle alternativer Beschulungsangebote (wenn es eben nicht die HEBO-Privatschule sein soll) müssen immer die ADHS-störungsbildgerechte und begabungsadäquate Bedarfsdeckung der konkreten Umstände im Einzelfall aufgezeigt werden. Die Bedarfsdeckung hat sich dabei bezogen auf einen vorliegenden Einzelfall an den ADHS-Erfordernissen und den Begabungsvoraussetzungen zu orientieren. (Was wäre hier möglich, wenn das Kind kein ADHS hätte?)
- 6) Sonderschulbeschulung kommt bei ADHS nur infrage, wenn eine hierzu wirksame schulrechtliche Entscheidung auf der Grundlage der schulrechtlichen Bestimmungen (siehe b, Seite 2) vorliegt. Eltern können dabei nicht zur Einleitung eines Verfahrens der Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs gezwungen werden. Dies gilt insbesondere im Zusam-



... mit Freude
erfolgreicher lernen

HEBO
die Privatschule

Staatl. anerkannte Ergänzungsschule

Anzeige
**ABITUR
MITTLERE REIFE**

Auch bei Versetzungs- und Aufnahme-problemen an öffentl. Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.
KLEINE KLASSEN, FÖRDERUNTERRICHT, HAUSAUFGABENBETREUUNG, AG's, INDIV. FÖRDERUNG + BETREUUNG, INTENSIVFÖRDERUNG BEI ADHS und TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN, SCHULPSYCHOLOGISCHE TESTUNG und BERATUNG, JOB COACHINGKURSE, MITTAGESSEN, auf Wunsch soz. pädag. Wohneinrichtung/ Internat
Am Büchel 100, 53173 Bonn-Bad Godesberg
Tel. 0228-748990 Fax 0228-7489923
info@hebo-schule.de www.hebo-schule.de

Stellungnahme von BV AÜK e.V. und BV-AH e.V. zum Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“

Als die beiden größten bundesweit tätigen Eltern- und Selbsthilfverbände im Bereich ADHS mit ca. 4000 Mitgliedern vertreten wir die Interessen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und deren Familien, die von der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bzw. der hyperkinetischen Störung (HKS) betroffen sind. Die internationalen Bezeichnungen dieser Störung lauten ADD (Attention Deficit Disorder) oder ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder).

Hintergrund

Kernsymptome dieser komplexen und behandlungsbedürftigen psychischen Störung mit hohem Chronifizierungsrisiko sind

- ausgeprägte Unaufmerksamkeit und leichte Ablenkbarkeit sowie geringes Durchhaltevermögen,
- überschießende Motorik (bei Vorliegen von Hyperaktivität),
- impulsives, undiszipliniertes Verhalten bis hin zu Kontrollverlust.

Diese Symptome zeigen sich in unterschiedlichen Situationen sowohl in der Schule wie auch zu Hause und in der Freizeit. Man schätzt den Anteil betroffener Kinder und Jugendlicher im Alter von 6 bis 18 Jahren auf 2 bis 7 %, je nach Strenge der verwendeten Diagnosekriterien¹. Jungen sind offenbar bis zu dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Bei deutlich mehr als der Hälfte der Betroffenen können die Symptome mit unterschiedlicher Ausprägung bis ins Erwachsenenalter fortbestehen.

Nach heutigem Forschungsstand ist ADHS ein neuro-biologisch (genetisch) bedingtes Störungsbild, dessen Verlauf und individuelle Ausprägung von psychosozialen Faktoren beeinflusst wird. Die Störung führt häufig zu krankheitswertigen psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Sie ist nur selten isoliert vorhanden, sondern geht gehäuft einher mit Leistungs- und Entwicklungsdefiziten (u.a. Lese-/Rechtschreibschwäche, Legasthenie) so-

wie anderen komorbiden Störungen wie Störung des Sozialverhaltens, Tic-Störungen, Entwicklungsstörungen (Motorik, Sprache) bis hin zu emotionalen Störungen wie Depression, Angst- oder Zwangserkrankungen oder Autismus. Neben den individuellen Folgen für Betroffene ist eine Nicht- oder Fehlbehandlung von ADHS mit erheblichen unmittelbaren und langfristigen Kosten im gesundheitlichen und gesellschaftlichen Bereich (z.B. durch Inanspruchnahme von Jugendhilfe oder Sonderschule) verbunden².

ADHS ist die in Deutschland und anderen europäischen Ländern am

¹ ICD-10: International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (WHO); bzw. DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen).

² Umfassende Erläuterungen zu Prävalenz, Diagnostik und Therapie der ADHS in der von der Bundesärztekammer im August 2005 beschlossenen „Stellungnahme zur ADHS“ s. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Wb/index.html> (s. Anlage 1) vgl. ferner die BzGA-Broschüre zu ADHS, April 2005 (s. Anlage 2)

→ Fortsetzung von Seite 33

menhang mit einer Antragsstellung nach §35a SGBVIII (siehe 1). Erst recht können Eltern nicht dazu gezwungen werden eine solche Sonderschulzuweisung ihres Kindes gerichtlich durchzusetzen!

- 7) Das vorliegende Urteil ist eine höchstgerichtliche Entscheidung, denn – eine Revision am Bundesverwaltungsgericht hat der Senat des OVG Münster mit der Urteilsverkündung AUSDRÜCKLICH ausgeschlossen.
- 8) Das war in diesem Urteil im Hinblick auf Kostenübernahme für einen Privatschulbesuch zum Zweck begabungsadäquater Beschulung bei vorliegenden ADHS-bedingten Sozialintegrationsstörungen entschieden ist, lässt sich Konklu-

dent auf vergleichbare Ansprüche auf Lerntherapien (Legasthenie...), Hortunterbringungen, Internatsbetreuung etc. übertragen!

Ein letzter Satz:

Trotz aller Hoffnungen und Ansprüche, die sich nun aus dieser für ADHS-Kinder positiven Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichtes ergeben:

ADHS-Kinder gehören i. d. R. zuallererst auf eine Regelschule, sie brauchen keine sonderpädagogische Förderung sondern eine besondere pädagogische Förderung, und die muss und kann normalerweise in der Regelschule umgesetzt werden!

Hierbei für den Interessenausgleich ADHS-betroffener Kinder und deren Eltern einzustehen und zu kämpfen

ist und bleibt eine der zentralen Aufgaben aller ADHS-Verbände und –Selbsthilfegruppen!

Eine weitergehende grundsätzlichere und ausführlichere Darstellung des Problemkomplexes „ADHS und Sonderschule“ können Sie unserem aktuellen Themenheft „Gehören ADHS-Kinder auf eine Sonderschule“ Ausgabe 05/2006 entnehmen. Dieses Themenheft können Sie kostenfrei anfordern unter: HEBO-Privatschule
Stichwort: ADHS und Sonderschule
Am Büchel 100, 53173 Bonn
Tel.: 0228 – 74 899-0
Fax: 0228 – 74 899-23
Ilka.Flechtmeier@hebo-schule.de

häufigsten diagnostizierte psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen. Trotzdem stößt sie europaweit in der Öffentlichkeit, insbesondere aber bei Medienvertretern, Lehrern und z.T. auch Politikern immer noch auf zum Teil deutliche Vorbehalte und Vorurteile. Vor allem die öffentliche Debatte ist durch eine erhebliche Polarisierung geprägt, meist beschränkt auf das Für und Wider einer medikamentösen Behandlung. Gegensätzliche Aussagen, auch innerhalb des professionellen Versorgungssystems, führen nicht selten zu nachhaltigen Irritationen bei Eltern von betroffenen Kindern sowie in Schulen, Tageseinrichtungen und anderen Erziehungsinstitutionen. Dies führt häufig zu einer weiteren Verstärkung der ohnehin vorhandenen Stigmatisierung und Ausgrenzung der betroffenen Menschen. Vor diesem Hintergrund halten wir Eltern- und Selbsthilfeverbände es für unabdingbar, dass dieser Störung im Rahmen einer EU-Strategie zur Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie in den entsprechenden Initiativen, Programmen und Projekten künftig der gebührende Stellenwert zukommt.

Bemerkungen

Wir orientieren uns in der Folge an den konkreten Fragestellungen der EU-Kommission im Grünbuch:

Frage (1):

Wie wichtig ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU, wie sie in Abschnitt 1 dargestellt sind? (Lebensqualität der Bürger verbessern, langfristiger Wohlstand, Solidarität und soziale Gerechtigkeit stärken)

Es steht außer Frage, dass Gesundheit im Allgemeinen und die psychische Gesundheit im Besonderen für die Lebensqualität des Einzelnen von fundamentaler Bedeutung ist, sowohl für die betroffenen Personen selbst als auch für deren Familien und Angehörige und deren jeweilige Umgebung. Keine Gesellschaft kann es sich leisten, wegen mangelnder oder unzureichender Behandlung von psychischen Störungen wie in diesem Falle ADHS sowie mangel-

der Integration der betroffenen Personen in Erziehungs- und Schulsysteme oder die Arbeitswelt auf einen Teil ihrer Leistungsfähigkeit und ihres Potenzials zu verzichten. Stigmatisierung und Diskriminierung tragen nicht selten dazu bei, dass sich psychische Störungen noch verschlechtern. Die Konsequenzen einer solchen Einstellung werden immer deutlicher und drängender: hohe Folgekosten für die Sozialsysteme aufgrund langwieriger Therapien oder Pflegebedürftigkeit, erhöhtes Suchtrisiko, deutlich erhöhte Unfallneigung, nicht selten Arbeitslosigkeit oder gar Delinquenz. Auch das Grünbuch weist zutreffend auf die hohen Kosten hin, welche (nicht näher bezeichnete) Verhaltensstörungen bei Kindern verursachen. Wissenschaftliche Studien aus den USA belegen dies auch konkret für ADHS-Betroffene³.

ADHS-Verbände mit mehreren Hundert regionalen und lokalen Selbsthilfegruppen sowie unzählige unabhängige Initiativen und Gesprächskreise versuchen in ehrenamtlicher Arbeit und mit bescheidenen Mitteln im Wege der Selbsthilfe die vorhandenen Versäumnisse und Versorgungslücken in den öffentlichen Gesundheitssystemen, Erziehungseinrichtungen und Schulsystemen zu überwinden bzw. den Betroffenen bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Probleme zu helfen z.B. bei der Suche nach geeigneten Einrichtungen. Teilweise geschieht dies bereits in sog. Kompetenz-Zentren oder -netzwerken, welche die bestehenden medizinischen, psychologischen, pädagogischen sowie physio- und ergotherapeutische Ansätze zu ADHS, d.h. die an der Versorgung beteiligten Fachgruppen, unter Beteiligung der Betroffenen mit dem Ziel eines umfassenden Gesundheitsmanagements zusammenführen sollen.

Die Politik auf Bundes- und Landesebene in Deutschland beim Umgang mit dem Thema ADHS war zunächst mehr von Polemik als von Professionalität geprägt⁴. Mittlerweile hat sich insbesondere aufgrund verstärkter Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit von Seiten der Elternverbände und der Betroffenen das Bild

deutlich gewandelt. In mehreren sogenannten Konsensuskonferenzen unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums haben sich Ende 2002 die Vertreter aller beteiligten Fachgruppen (Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendärzte, Bundesärztekammer, Erwachsenenpsychiater, klinische Psychologen, Pädagogen) unter maßgeblicher Beteiligung der Elternverbände in einem Eckpunktepapier⁵ auf grundlegende Empfehlungen zu einheitlichen Standards bei der Diagnose und Behandlung von ADHS verständigt.

Frage (2):

Würde die Entwicklung einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit einen Mehrwert zu den bestehenden und erwogenen Maßnahmen erbringen und gibt Abschnitt 5 hierfür angemessene Prioritäten vor? (Generelle Förderung der psychischen Gesundheit, Prävention psychischer Erkrankungen, Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen durch soziale Integration sowie den Schutz ihrer Rechte und ihrer Menschenwürde, Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU)

Wir sind der Auffassung, dass die Entwicklung einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit unter Einschluss des Themas ADHS einen eindeutigen Mehrwert zu bestehenden und erwogenen Maßnahmen, sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene (insbesondere WHO und Europarat), erbringt. Insbesondere die Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems auf EU-Ebene sowie verstärkte Initiativen zur sozialen Integration der

3 Vgl. u.a. Birnbaum et al., Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000, in: Current Medical Research and Opinion, vol 21 no.2, 2005, S. 195-205

4 Vgl. Drogenbericht der Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 2000

5 Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (s. Anlage 3)

von ADHS betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen vor allem in den Bereichen Schule, Ausbildung und Beruf wären vordringliche Aufgaben, bei denen sich ein koordiniertes Vorgehen seitens der Mitgliedstaaten und der EU-Kommission anbietet.

Es fällt auf, dass ungeachtet der erheblichen Bedeutung dieser Störung in praktisch allen Mitgliedstaaten dieses Thema in der Vergangenheit auf europäischer Ebene, z.B. im Rahmen der jeweiligen Forschungsrahmenprogramme, der Programme im Bereich der öffentlichen Gesundheit, von Beschäftigung und Soziales (soziale Integration) oder Ausbildung keine nennenswerte Rolle gespielt hat.

Eine Ausnahme bildete das in den Jahren 2000-2002 von der EU-Kommission (GD Beschäftigung und Soziale Angelegenheiten) geförderte Projekt von Verbänden aus Dänemark, Niederlande, Finnland, Schweden und dem Vereinigten Königreich mit der Bezeichnung „Knowing Me Knowing You“. Darin wurden in drei umfassenden Berichten europaweit Daten über die wichtigsten nationalen ADHS-Verbände und Organisationen gesammelt, das Ausmaß und die verschiedenen Typen der sozialen Ausgrenzung von ADHS-betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beschrieben und die für eine soziale Integration auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene erforderlichen Bedürfnisse und Ressourcen herausgearbeitet⁶. Das Projekt wurde bedauerlicherweise nicht fortgesetzt.

Erneut aufgegriffen wurde das Thema ADHS in dem soeben beendeteten Projekt „Meeting of Minds“ unter dem 6. Forschungsrahmenprogramm, welches von der König-Baudouin-Stiftung zusammen mit Kooperationspartnern aus neun Mitgliedstaaten mit dem Ziel durchgeführt wurde, eine Gruppe von Bürgern (Laien) mit aktuellen Fragen der Hirnforschung und ihrer ethischen Beurteilung zu konfrontieren. Einer von mehreren praktischen Ausgangsfällen zur Veranschaulichung des Themas Hirnforschung betraf einen von ADHS betroffenen Jungen. Leider orientierten sich Fallgestaltung und Fragestellungen, insbesondere aber die Behandlung des Themas durch die (deutschen) Bürger und „Experten“ kaum an evidenzbasierten wissenschaftlichen Erkenntnissen⁷. Vielmehr stützte man sich weitgehend auf Stereotypen, Mythen und Ideologien, welche dieses Thema in bestimmten Kreisen und nicht selten angeheizt von unzutreffender Darstellung in TV- und Printmedien nach wie vor kennzeichnen. Erst in der gemeinsamen Abschlusskonferenz aller beteiligten Bürger im Februar 2006 in Brüssel konnte diese „Schieflage“ bei der Behandlung des Themas ADHS relativiert werden⁸.

Dagegen beschäftigen sich der Europarat und insbesondere dessen Pompidou-Gruppe sowie die Parlamentarische Versammlung seit Ende der 90er Jahre intensiv mit dem Thema „Kontrolle der Diagnose und Behandlung von hyperaktiven Kindern in Europa“. Die Initiativen betrafen zum einen ein wissenschaftliches Symposium der Pompidou-Gruppe in Strassburg 1999, zum anderen in 2001 ein sehr einseitig verlaufenes Hearing des zuständigen Komitees der Parlamentarischen Versammlung in Paris, welches in eine fragwürdige und z. T. ideologisch beeinflusste Empfehlung 1562 (2002) des Protokolls mündete, auf die das Ministerkomitee in einer harschen Replik reagierte⁹.

Im Bereich der NGOs hat sich vor allem die World Federation for Mental Health, die eng mit der WHO zusammen arbeitet, zunehmend auf das Thema ADHD konzentriert¹⁰. ADHD war eines der Schwer-

punktthemen anlässlich des World Mental Health Day 2003, und die in mehreren Sprachen veröffentlichten Media-Guidelines und die Broschüre „Without Boundaries“¹¹.

Diese Aktivitäten auf internationaler Ebene belegen ebenso wie die nachstehend beschriebenen Entwicklungen in Deutschland, dass ein großer Bedarf an einer sachlichen, evidenzbasierten und über Ländergrenzen hinweg kohärenten Behandlung des Themas ADHS mit folgenden Zielen besteht:

- verbesserte Aufklärung und Information von Betroffenen, ihrer Familien, den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, aber auch Politik und Presse sowie der breiten Öffentlichkeit;
- bessere Abstimmung und ggfs. Harmonisierung bzw. Konsensus im Hinblick auf die Kriterien für Diagnose und Therapie von ADHS im Rahmen eines multimodalen Konzeptes;
- Intensivierung der Studien und Forschungen zu Ursachen und Behandlung von ADHS;
- Aufbau effizienter interdisziplinärer Netzwerke auf nationaler und europäischer Ebene zur Unterstützung und sozialen Integration der Betroffenen, mit deren Beteiligung im Rahmen eines umfassenden Gesundheitsmanagements.

Informations- und Wissensstand zur Diagnose und Behandlung sowie die Förderung der sozialen Integration von ADHS-betroffenen Menschen hat sich in Deutschland in den letzten Jahren deutlich verbessert, auch wenn nach wie vor erhebliche Versorgungslücken bestehen und immer wieder irreführende, kommerziell oder ideologisch motivierte Vorurteile in Bezug auf die Existenz der Störung und deren Behandlung geschürt werden.

Als Meilenstein für die Versachlichung der Diskussion in Deutschland und die Entwicklung einer tragfähigen Strategie unter Einbeziehung aller betroffenen Politiken (Gesundheit, Soziales, Erziehung und Ausbildung, Forschung) hat sich die Konsensuskonferenz und das daraus resultierende Eckpunktepapier von Dezember 2002 erwiesen¹². Sowohl

⁶ Bericht 1 (Mapping ADHD across Europe), Bericht 2 (Diagnosis and Early Intervention) und Bericht 3 (Curriculum for our Future) wurden in englischer und französischer Fassung veröffentlicht (s. Anlage 4)

⁷ Vgl. Projekt-Homepage http://www.meetingmindseurope.org/germany_site.aspx?SGREF=167;

Nationaler Bürgerbericht aus Deutschland v. 27.11.2005: http://www.dhmd.de/neu/fileadmin/template/dhmd/Buergerkonferenz_Downloads/NationalCitizensReport_271105.doc

⁸ Abschlussbericht vom 23.1.2006: http://www.dhmd.de/neu/fileadmin/template/dhmd/Buergerkonferenz_Downloads/Europaeischer_Abschlussbericht.pdf

⁹ Vgl. Antwort des Ministerkomitees auf Empfehlung 1562 (2002) v. 26.3.2003 (s. Anlage 5)

¹⁰ s. <http://www.wfmh.org/aboutus/initiatives/adhdbackground.html>;

¹¹ s. <http://www.wfmh.org/aboutus/initiatives/adhd.html>; http://www.wfmh.org/publications/without_boundaries.htm

¹² Vgl. oben Fußnote 5

in Bezug auf das Verfahren als auch inhaltlich sollte diese Initiative als „best practice“ für die Behandlung des Themas auf europäischer Ebene, vor allem bei der Ausarbeitung einer umfassenden EU-Strategie, herangezogen werden.

Zur Umsetzung der im Eckpunktepapier enthaltenen Empfehlungen haben sich zum einen die medizinischen Fachverbände sowohl national als auch auf europäischer Ebene verstärkt um einheitliche Leitlinien für Diagnose und Behandlung von ADHS bemüht. Zu den konkreten Folgemaßnahmen und Initiativen zählen z.B. die „Stellungnahme zu ADHS“ der Bundesärztekammer¹³ oder die Schaffung und die europaweiten Aktivitäten der internationalen unabhängigen Arbeitsgruppe von ADHD-Experten unter dem Namen EINAQ (Interdisciplinary Network for ADHD Quality assurance)¹⁴.

Außerdem hat die Bundesregierung letztes Jahr ein ehrgeiziges Fördervorhaben zum Aufbau eines bundesweiten interdisziplinären Netzwerks zum Thema ADHS initiiert, welches nach unserer Auffassung Modellcharakter für entsprechende Überlegungen auf europäischer Ebene haben sollte. Ziel des zentralen Netzwerks soll es sein, bestehende medizinische, psychologische, pädagogische sowie physio- und ergotherapeutische Ansätze zu ADHS zusammenzuführen und auf diese Weise die zwingend notwendige Interdisziplinarität in der Versorgung von Menschen mit ADHS zu stärken. Das Netzwerk soll somit einen Beitrag zu einem umfassenden Gesundheitsmanagement von Menschen mit ADHS leisten, dem zunehmend einheitliche und fachübergreifende Empfehlungen zu Grunde liegen. Das im Rahmen der Anschubförderung aufzubauende Netzwerk soll existierende regionale Kompetenznetzwerke, berufliche Fachgruppen und Betroffene sowie deren Bezugspersonen einbeziehen und über einen unmittelbaren Austausch konkrete Informationen und Hilfestellungen zur Verfügung stellen. Um eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung von Menschen mit ADHS zu erreichen, ist ein Fort-

bestehen des überregionalen Netzwerks über den Förderzeitraum hinaus unbedingt erforderlich.

Im Einzelnen stehen folgende Aufgaben des Netzwerks im Vordergrund:

- ▮ Durch eine Vernetzung unterschiedlicher an der Versorgung beteiligter Disziplinen und beruflicher Fachgruppen sollen der bestehende fachübergreifende Dialog ausgebaut werden und Voraussetzungen für eine dauerhafte Zusammenarbeit geschaffen werden.
- ▮ Durch eine Verzahnung von Forschung und Versorgung soll der Wissens- und Ergebnistransfer zwischen den verschiedenen professionellen Berufsgruppen und Versorgungsinstitutionen verbessert und beschleunigt werden.
- ▮ Durch innovative Informationssysteme soll der allgemeine Wissensstand Professioneller (Therapeuten/innen, Erzieher/innen, Lehrer/innen, Ärzte/innen und Psychologen/innen), die in Kontakt mit Menschen mit ADHS stehen, verbessert werden. Der Zugang zu evidenzbasierten Informationen und zu praxisnahem Hilfsmaterial soll erleichtert und ggf. erweitert werden.
- ▮ Durch spezifische Informationssysteme sollen Menschen mit ADHS und ihre Angehörigen einen erleichterten Zugang zu aktuellen Informationen, regionalen Netzwerken und Beratungsstellen erhalten.
- ▮ Das Netzwerk soll eine beratende und unterstützende Funktion beim Aufbau weiterer regionaler Netzwerke unter Aspekten der Qualitätsbasierung und konzeptionellen Vereinheitlichung im Sinne von Mindeststandards für regionale Netzwerke einnehmen.

Da der Kenntnisstand über und die Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen im allgemeinen und von ADHS im besonderen und nicht zuletzt die soziale Integration der Betroffenen in Europa von Land zu Land sehr unterschiedlich sind, ist nach unserer Auffassung eine umfassende EU-Strategie zur Förde-

rung der psychischen Gesundheit mit den in Abschnitt 5 des Grünbuchs beschriebenen Schwerpunkten und unter Einbeziehung der in Deutschland in den letzten Jahren erarbeiteten „best practices“ dringend erforderlich.

Darüber hinaus sollten unbeschadet der Zuständigkeitsverteilung zwischen Mitgliedstaaten und der EU im Bereich der Gesundheitspolitik und –versorgung europäische Standards angestrebt werden in der Aus- und Fortbildung von Ärzten, Therapeuten, Lehrern, Erziehern und aller anderen Helfer, die mit psychisch Erkrankten, insbesondere bei ADHS, umgehen und/oder ihre Interessen vertreten.

Die diagnostischen Kriterien und die Zulassung von Medikamenten sollten europaweit einheitlich sein.

Wir benötigen europäische Standards im Patienten- und Verbraucherschutz. Nachdem das Thema ADHS vermehrt diskutiert wird, stellen wir fest, dass meist aus kommerziellen Gründen die Zahl solcher komplementärer oder alternativer „Therapie“angebote deutlich zugenommen hat, die sich nicht auf evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnisse stützen. Insofern begrüßen wir z.B. die in diesen Tagen vom Europäischen Parlament beschlossene EU-Regelung betreffend irreführende Kennzeichnungen und Bewerbungen von Lebensmitteln. Insbesondere die Einführung besonderer Zulassungsverfahren für Angaben über die Reduzierung eines Krankheitsrisikos sowie die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern liegt im Interesse von ADHS-betroffenen Kindern und Jugendlichen.

Frage (3):

Sind die in Abschnitt 6 und 7 vorgeschlagenen Initiativen geeignet, die Koordination zwischen Mitgliedstaaten zu unterstützen, die Integration der psychischen Gesundheit in die Gesundheitspolitik und andere relevante Politikbereiche zu erleichtern, einschlägige Aktionen der Stakeholder zu fördern und eine bessere Verknüpfung zwischen Forschung und Politik im

¹³ Vgl oben Fußnote 2

¹⁴ Vgl <http://www.einaq.org/>

Bereich der psychischen Gesundheit zu bewirken?

Zahlreiche der in Abschnitt 6 und 7 vorgeschlagenen Initiativen sind vor allem auch aus Sicht der ADHS-Betroffenen im besonderen Maße geeignet, die in der Frage benannten Ziele zu fördern. Wir begrüßen – von den konkreten Schwerpunkten betreffend Diagnostik und Behandlung abgesehen – im Hinblick auf ADHS ganz besonders folgende Maßnahmen¹⁵:

1. *Kleinkinder und Kinder*: Verbesserung der Elternkompetenz (Elterntraining); Hausbesuche durch Kindererzieher/innen zur Schulung künftiger und neuer Eltern; Früherkennung von möglichen Problemen durch kompetente Erzieher/innen in Kindergärten und Förderung der Integration schwieriger Kinder; Kindererziehungshilfe in Schulen;
2. *Jugendliche und junge Menschen*: Verbesserung des Schulklimas zur Förderung der psychischen Gesundheit, u.a. Maßnahmen zur Integration und Destigmatisierung von ADHS-Betroffenen in Schule und Freizeitaktivitäten; Schulungspakete zur psychischen Gesundheit für Studierende, Eltern und Lehrer¹⁶;
3. *Depressionsprävention*: Maßnahmen im schulischen Bereich, einschließlich Life Skills und Prävention des Mobbing, Stressabbau am Arbeitsplatz;
4. *Paradigmenwechsel*: Schulung von Patienten, deren Familien sowie des Betreuungspersonals in Verfahren der aktiven Mitwirkung und des Empowerment (Psychoedukation);
5. *Suchtprävention*: nicht oder falsch

behandelte Kinder und Jugendliche mit ADHS sind laut zahlreichen Studien einem deutlich erhöhten Risiko des Substanzmissbrauchs ausgesetzt (Drogen, Alkohol, Nikotin).

Wir sind außerdem der Meinung, dass folgende Initiativen vor allem auch mit Blick auf ADHS ergriffen oder fortgeführt werden sollten:

1. *Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur* (zumutbare Wartezeiten, eine ausreichende Anzahl qualifizierter Ärzte und Therapeuten in zumutbarer Entfernung – in Deutschland wie auch anderen Mitgliedstaaten liegen die Wartezeiten für eine erste umfassende ADHS-Diagnostik zum Teil bei mehreren Monaten bis zu einem Jahr, in manchen Gegenden kommen lange Anfahrtswege hinzu; Therapieplätze im Bereich der Psychotherapie sind nach wie vor unzureichend vorhanden, was zu langen Wartelisten führt);
2. *Kostenlose Förderung von Kindern mit Teilleistungsstörungen* (Legasthenie, Dyskalkulie, Motorik, Sprache usw.);
3. *Aufklärung der Öffentlichkeit* über psychische Erkrankungen und Psychopharmaka (der wissenschaftlich unbegründete Hype um Ritalin und andere zur medikamentösen Behandlung von ADHS – neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen in einem multimodalen Behandlungskonzept – eingesetzte Methylphenidat-Präparate führt zu erheblichen Irritationen bei Betroffenen, deren Familien, bei Lehrern und auch in der Öffentlichkeit und unterminiert das Recht des Einzelnen auf bestmögliche Behandlung);
4. *Verbindliche ethische Richtlinien für Presse, Funk und Fernsehen* bzgl. Berichten und Publikationen über psychische Erkrankungen¹⁷;
5. *Gewaltprävention*;
6. *Kriminalitätsprävention*;
7. *Bildung von Kompetenznetzwerken*: wie am oben genannten Beispiel aus Deutschland erläutert – Zusammenarbeit aller mit der Behandlung, Therapie und Betreuung von Patienten befassten Personen auf lokaler Ebene;

8. *Stärkung und Unterstützung von Initiativen und Gruppen zur Selbsthilfe*: Zur Zeit ist die Situation in Deutschland gekennzeichnet von einer Vielzahl von Selbsthilfverbänden und –initiativen. Einige der bundesweit tätigen Verbände, in denen Hunderte lokaler Selbsthilfgruppen organisiert sind und die regelmäßig Zeitschriften¹⁸ oder andere Publikationen¹⁹ herausgeben beabsichtigen eine Verschmelzung zur Bündelung der Interessensvertretung, die meisten anderen Initiativen und Gruppen verfolgen zwar überwiegend gleiche Ziele, arbeiten aber völlig unabhängig voneinander. Diese Vielfalt spiegelt sich insbesondere in unzähligen Online-Angeboten betreffend ADHS-Selbsthilfe im Internet wieder.

In der Initiative der EU-Kommission hinsichtlich einer EU-Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit sehen wir eine große Chance, dass das Thema ADHS auch auf europäischer Ebene sachlich und angemessen aufgegriffen und in die bestehenden und geplanten Aktivitäten und Initiativen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit eingebunden wird. Dies liegt im Interesse der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland und allen anderen Mitgliedstaaten. Wir Elternverbände sind gerne bereit, aktiv an der Entwicklung der EU-Strategie mitzuarbeiten. Wir tragen daher auch in vollem Umfang die von ADHD Europe, einer in Gründung befindlichen Vereinigung aller europäischen ADHS-Verbände, erarbeitete Stellungnahme zum Grünbuch mit.

Herta Bürschgens
1. Vorsitzende BVAÜK e.V.

Dr. Myriam Menter
1. Vorsitzende BV-AH e.V.

¹⁵ Vgl. auch den vom BV AÜK e.V. mit fachlicher Unterstützung erarbeiteten ADHS-Maßnahmenkatalog (<http://www.bv-aeuk.de/Seiten/Publikationen/index.html>)

¹⁶ Vgl. Z.B. die Broschüre der BZgA mit einem Kapitel zu ADHS: Chronische Erkrankungen im Kindesalter, 2005 (download oder Bestellung unter http://www.bz_a.de/botmed_20401000.html)

¹⁷ Vgl. die Media-Guidelines betreffend ADHD der WFMH, Fußnote 11

¹⁸ Mitgliederzeitschrift „die AKZENTE“ des BV AÜK e.V., erscheint viermal im Jahr

¹⁹ BV-AH – Verlag: Verlagsprogramm s. <http://www.bv-ah.de>

Fortsetzung von Seite 7

Erfolgreichem Symposium folgten weitere interne Vereinsveranstaltungen

Karin Knudsen

Dem Symposium schließt sich am Abend des 25. März 2006 die BV AÜK-Mitgliederversammlung an.

Es erfolgen der Jahresbericht des Vorstandes und der Geschäftsstelle. Erfreulicherweise ist der Mitgliederstand in etwa konstant geblieben und beträgt zurzeit rd. 1.400. Die Vorsitzende Herta Bürschgens berichtet über die gute und intensive Zusammenarbeit im Vorstand und mit der Geschäftsstelle. Es erfolgt die Entlastung des Vorstandes. Der Vorstand und die Mitglieder danken Doris Diecks und Dieter Jakob für die Rechnungsprüfung des Jahres 2005.

Die Kostenreduzierung bei der Herstellung unserer Vereinszeitschrift hat sich positiv auf die Vereinsfinanzen ausgewirkt. Der geprüfte Jahresabschluss 2005 kann in der Bundesgeschäftsstelle angefordert werden; ebenfalls das Protokoll der Mitgliederversammlung. Als Kassenprüfer für das Finanzjahr 2006 werden Petra Effelberger-Dasbach und Regina Schubert vorgeschlagen und gewählt.

Ein Bericht von Detlev Boeing über europäische Vereinskontakte, die diesjährige Tagung in Bad Boll, über ein Bürgerprojekt in Dresden und den zum 3. Mal stattgefundenen ADHD-Tag in Belgien runden die Informationen ab.

Das Thema Verschmelzung ist trotz der im vergangenen Jahr gescheiterten Verhandlungen der drei Verbän-

de BV AH, AdS e.V. und BV AÜK nicht vom Tisch. Der Vorschlag des Vorstands geht dahin, in Ergänzung des Beschlusses vom Vorjahr auch Verhandlungen hinsichtlich einer Verschmelzung von nur zwei Verbänden zu beschließen. Auch im Zweierverbund wäre eine effektivere Arbeit gewährleistet. Der Beschluss der Mitgliederversammlung dazu erfolgt einstimmig. Die Vorsitzende, Herta Bürschgens, wird somit die Verhandlungen wieder aufnehmen. Hierzu bringen wir ihr großes Vertrauen

entgegen und wir sind zuversichtlich, dass sie die Gespräche im Sinne einer großen Mehrheit unseres Verbandes führen wird.

Einstimmig werden Gerhild Gehrmann aus Elmshorn als Beisitzerin mit dem Schwerpunktbereich „Telefonberatung“ in den erweiterten Vorstand und Karin Knudsen aus Köln als 2. Vorsitzende bis zu den Neuwahlen im Jahr 2007 gewählt.

Petra Festini, Leiterin der Geschäftsstelle, und Doris Diecks beim Einlass zur Mitgliederversammlung des BV AÜK

Bild unten: Petra Effelberger-Dasbach und Regina Schubert (v.l.), die neuen Kassenprüferinnen

Bild daneben: Beim gemütlichen Abendessen in der „Mühle“ war Gelegenheit zu vielen interessanten Gesprächen: Doris Diecks, Petra Festini, Margarete Gatzten und weitere Mitglieder



*Bild links: Karin Seegers (l.) in der abendlichen Runde im angeregten Gespräch mit Horst Diecks, Herta Bürschgens, Sabine Hinkel und Dieter Jakob
Bild ganz links: Ulrike Vlk (Mitte) im Gespräch mit Mitgliedern*

Im Anschluss an diese Mitgliederversammlung findet der obligatorische **gemütliche Teil** in einem Restaurant statt. Bei gutem Essen bleibt Zeit für Gespräche und ein munteres Beisammensein. Denn, wer viel gibt, sollte auch auftanken. Ein paar Stunden lang entspannender Austausch zwischen diesem – für uns alle konzentrierten Arbeitstag und dem folgenden Gruppenleiter-Schulungstag.

Sonntag, 26. März 2006 – interne Gruppenleiter-Schulung

Neben dem Austausch der Informationen aus den Selbsthilfegruppen vermittelt die Vorsitzende, Herta Bürschgens, wie immer Tipps für den SHG-Alltag, u.a. zur Beantragung der Fördermittel bei den Krankenkassen und gibt Hinweise zu aktuellen Themen. Sie bedankt sich für die gute Basisarbeit, die die Grundlage des Vereins bildet.

Mit großem Bedauern nehmen wir zur Kenntnis, dass Herr Biegert, Schulleiter der Hebo-Privatschule, zum geplanten Vortrag wegen eines

Autounfalls am Vortage nicht anreisen kann. (Inzwischen hat Herr Biegert sich von seinem Unfall erholt und befindet sich auf dem Weg der Besserung. Unsere herzlichen Wünsche begleiten ihn!)

Die Soz.-Päd. Wiebke Skala, Mitarbeiterin in der DRK-Mutter-Kind-Klinik in Plön, gibt uns einen sehr informativen Bericht über die Arbeit in diesem Haus, das überwiegend im Rahmen der Prävention, aber auch der Rehabilitation AD(H)S-Maßnahmen anbietet. Hier wird mit Müttern (in Einzelfällen auch Vätern) und Kindern die positive Möglichkeit entdeckt, die Beziehung zueinander zu stärken unter Anleitung zur Selbstorganisation im Alltag.

Schulbegleitender Unterricht erfolgt in kleinen Lerngruppen, Ressourcen werden gefördert und Schwachstellen trainiert.

Im therapeutischen Team in Plön stehen zur Verfügung eine Kinderärztin, fachärztliche Betreuung nach Bedarf, Dipl.-Psychologin, Dipl.-Pädagoge, Sozialpädagogin mit Spezialisierung auf AD(H)S, Physiotherapeutin, Erzieherinnen, Sport- und Gymnastiklehrerin sowie Entspannungstherapeuten.

Die Therapieangebote für Kinder erstrecken sich auf

- ▮ Psychomotorische Förderung in der umliegenden Natur (Wald, Wasser, Wiese)
- ▮ Soziales Interaktionstraining in Gruppen
- ▮ Selbstsicherheitstraining
- ▮ Umgang mit Stress und Aggression
- ▮ Konzentrationstraining

- ▮ Entspannungstraining
- ▮ Spiel und Spaß für Eltern und Kinder zur Stabilisierung der Beziehung

Therapieangebote für Mütter und Väter bestehen aus

- ▮ Elternttraining nach neuesten erziehungswissenschaftlichen Erkenntnissen
- ▮ Erziehungshilfen und Erziehungsberatung
- ▮ Einzel- und Gruppenberatung
- ▮ Erlernen von Stressbewältigungsstrategien
- ▮ Entspannungstraining

Mütter/Väter, deren Kinder im Alter von 4 - 14 Jahren eine Diagnose AD(H)S haben können einen Antrag auf stationäre Heilmaßnahme bei ihrer Krankenkasse mit einem Attest des Haus-/Kinderarztes stellen. Unterstützung wird hierbei gewährt durch die DRK-Vermittlungsstelle, Frau Döring, in Kiel (Tel. 0431/5707-520, eMail: susann.doering@drk-sh.de).

Das Telefonberatungsteam des BV AÜK hatte Gelegenheit, in diesem Haus im März d.J. eine zweitägige Fortbildung durchzuführen. Hier konnten wir die freundliche und fördernde Atmosphäre spüren und uns davon überzeugen, dass Mütter/Väter und Kinder sich hier wohl fühlten. Das ehemalige Landgut - urgemütliche alte Bausubstanz verbunden mit komfortablen Neubauten - in einer bezaubernden landschaftlichen Umgebung bildet einen ansprechenden äußeren Rahmen.

Wir empfehlen gerne dieses Haus.

Das war ein rundes Wochenendprogramm, wieder einmal bestens organisiert von der Vorsitzenden und der Geschäftsstellenleiterin in Berlin, Frau Festini. Vielen Dank an dieser Stelle den Hauptverantwortlichen und auch allen hier nicht genannten Mitarbeitenden.

Wir werden damit beschäftigt sein, das in den beiden Tagen Gehörte und Erlebte zu verarbeiten, zu filtern und weiter zu vermitteln. Und wir sind auf's Neue motiviert, unseren großen Erfahrungsschatz, unser Wissen und unsere Kompetenz immer wieder an andere weiter zu geben.

Bild unten: Gruppenleiter-Schulung am nächsten Tag v. l.: Ulrike Vlk, Elke Harms, Margarete Gatzert, Dagmar Polmann

Bild darunter: Herta Bürschgens gibt Tipps für die Arbeit



Unsere neuen Vorstandsmitglieder stellen sich vor



Karin Knudsen

2. Vorsitzende

geboren 1949, Mutter zweier erwachsener Söhne. Beruflich geprägt haben mich Tä-

tigkeiten im international karitativen Bereich und in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eines Verbandes. Im Anschluss an die Familienzeit folgte neben meinem Job in der Ev. Kirche die Ausbildung Psych. Beratung/Psychotherapie (HPG). Soziales Engagement hatte stets einen wichtigen Stellenwert: u. a. im Beirat der Ev. Familienbildungsstätte Wied, Gründungsmitglied und Vorsitzende des „Lichtblick“-Frauennotruf Puderbacher Land e.V./WW.

Seit 2003 Mitglied im BV AÜK e.V., Gründung einer Selbsthilfegruppe im rechtsrheinischen Köln, stellv. Sprecherin der Landesgruppe NRW sowie Telefonberatung für NRW und Mitarbeit in der Lenkungsgruppe des ADHS – Kompetenznetzwerkes Köln. Seit März 2006 2. Vorsitzende im Bundesvorstand des BV AÜK.

Bewusst wurde mir erst im Kindesalter meiner Söhne, dass ADHS schon immer ein Thema in meiner Familie war. Ziele innerhalb dieser ehrenamtlichen Verbandsarbeit sind für mich Informations- und Wissensvermittlung auf allen Ebenen, Ermutigung von Eltern und Stärkung ihrer Ressourcen durch die Selbsthilfegruppe, damit Lebensfreude und Vorbildfunktion im Familienalltag den notwendigen Stellenwert haben.

Der neue Vorstand
des BV AÜK:

1. Vorsitzende Herta Bürschgens (3. v. r.);
dann v. l.: Karin Knudsen (2. Vorsitzende),
Gerhild Gehrmann,



Gerhild Gehrmann

Beisitzerin

geboren 1944, wohnhaft in Elmsborn, verheiratet, zwei Kinder.

Nach Ausbildung Tätigkeit als Kauf- frau im Groß- und Außenhandel, danach staatlich anerkanntes Studium der Erwachsenen- und Familienbildung im Bereich der Ev. Kirche. Berufsbegleitende, familienorientierte, gruppenspezifische Fortbildung in der Leitung von Gruppen; Telefonseelsorgeausbildung und Arbeit in der Telefonseelsorge bis das Krankheitsbild ADHS der Tochter eine Weiterarbeit nicht mehr zuließ.

Ich bin seit 1992 Mitglied im BV AÜK, durch den wir große Hilfe erhielten. Von März 2001 bis März 2005 und

seit dem 24.03.2006 wieder Beisitzerin im Bundesvorstand, nunmehr mit dem Schwerpunkt „Projektleitung des bundesweiten ADHS-Telefonberater-netzes“. Neben der Beratung am Telefon, die einen wichtigen Teil meiner Selbsthilfearbeit ausmacht, leite ich zwei Selbsthilfegruppen in Hamburg und Elmshorn. Als besondere Ziele meiner Arbeit sehe ich Hilfen zur Aufklärung und zum Umgang mit dem Störungsbild.

Renate Meyer (Beisitzerinnen), Karin Seegers (Schatzmeisterin), Horst Diecks (Schriftführer), Detlev Boeing (Beisitzer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit). Es fehlt die leider erkrankte 2. Vorsitzende Kornelia Schneidert

Gute Begegnung ...

Ein eher schwach besuchter 2. Gesundheitstag NRW im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf, bei der es um „Auswirkungen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes auf das Patienten-Arzt-Verhältnis“ ging und zu der wir als Selbsthilfverband mit der Möglichkeit, unsere Arbeit vorzustellen, eingeladen waren, bescherte uns ein kleines menschliches Highlight.

Wir trafen vier Selbsthilfgruppenvertreterinnen des BV AH e.V. und hatten am Rande der Veranstaltung ein wertschätzendes, vor allem auch sehr herzliches Gespräch. Hierbei stellten wir in dieser kleinen

Runde sehr bald und einhellig fest, dass wir unserem Auftrag in Sachen Öffentlichkeitsarbeit, Sammlung von Informationen etc. durchaus zu zweit Genüge getan hätten. Das Thema Verschmelzung hatte bei uns allen einen hohen Stellenwert, einen informativen Austausch über die regionalen Aktivitäten konnten wir uns schon bald vorstellen. D.h. *e i n* Verband für *e i n e* Sache wäre überzeugend und stark!

Und so entstand dieses Foto – spontan, voller Freude über die Begegnung: BV AH e.V. und BV AÜKe.V. – Grüße von der Basis ... Zeit, neue Türen zu öffnen und neuen Anfängen zu vertrauen ?! Karin Knudsen



Uschi Amrein (BV-AÜK), Desirée Gräfin Schweinitz (BV-AH), Gudrun Thiede-Scheel (BV-AH), Karin Knudsen (BV-AÜK), Karin C. Deimel und Jutta Runde (beide BV-AH)



Leserbriefe

Relaxter und konzentrierter dank Mikronährstoffen Ein Erfahrungsbericht

Lebhaft war unser kleiner Sohn immer schon. Und bis er drei Jahre alt war, waren wir „Stammgast“ in allen Ambulanzen am Wohnort sowie bei Freunden und Verwandten. An Jonathan's* Wutanfälle und Ausraster hatten wir uns alle schon gewöhnt und sie wurden auch etwas seltener. Meine Mutter meinte oft: „Du warst genauso früher“. Und impulsiv bin ich heute noch, manchmal... Im Kindergarten liebte Jonathan seine Erzieherin, die ihn leise aber bestimmt in die Schranken wies. Probleme waren selten. Anfangs lief es auch in der Schule gut. Als uns dann nach unserem Umzug die Lehrerin in der neuen Schule nach einigen Wochen dringlich bat, ihn auf ADHS testen zu lassen, kam das wie ein Schock für uns. Er störe, habe Probleme mit anderen Kindern, konzentriere sich nicht richtig, meinte sie. Die Probleme mit der Lehrerin wirkten sich bald auch negativ zu Hause aus. Unser Sohn war gestresst, fühlte sich ständig ungerecht behandelt und war auch von Hausaufgaben zunehmend genervt. Es gab Wutanfälle und Weinkrämpfe mit „das kann und will ich sowieso nicht“ oder „ich bin ja doof und nervig“. Stress natürlich dann auch für uns Eltern. Die Testung beim Kinderpsychiater brachte das Ergebnis: unser Sohn hat ADHS, wobei das H der Hyperaktivität bei ihm nicht extrem ausgeprägt war.

Eine in der psychiatrischen Praxis durch einen Sozialpädagogen durchgeführte Konzentrationstherapie mit drei weiteren Kindern dauerte ein Jahr und brachte gute Ergebnisse. Jonathan lernte, sich selbst zu organisieren, sich auch in der Gruppe zurückzunehmen, nicht so schnell aufzugeben, und er gewann wieder Selbstvertrauen, weil er sah, anderen Kindern geht es ähnlich und man kann etwas an der Situation ändern.

Gleichzeitig hatten wir mit einer Nährstofftherapie begonnen, auf die ich noch während der Testphase zufällig gestoßen war. Als der Psychia-

ter uns dann riet, Medikamente erst in Betracht zu ziehen, wenn sich die ganze Situation und auch der Stress bei uns verschlimmerte, informierten wir uns näher zum Thema Mikronährstoffmangel bei ADHS. Bücher und Vorträge zu diesem Thema, Artikel von Ärzten einer Naturklinik in „die AKZENTE“ Nr. 63 und viele Gespräche und Mails mit Frau Meyer vom Vorstand des BV AÜK sowie mit verschiedenen Selbsthilfegruppen halfen uns sehr weiter und gaben uns entscheidende Tipps und Hinweise, auf was man achten sollte. Ein spezieller Bluttest (Mineralstoff- und Spurenelementdefizite lassen sich am zuverlässigsten durch eine Vollblutanalyse, d.h. der Blutzellen, feststellen), den leider weder die Krankenkasse noch unsere private Zusatzkasse bezahlten, ergab bei Jonathan eine leichte Unterversorgung mit Fettsäuren, aber einen sehr deutlichen Mangel an Mineralstoffen wie Kalium, Magnesium und Zink. Das Labor gab Therapieanregungen mit Empfehlungen bestimmter Präparate für die defizitären Stoffe. Unser Allgemeinarzt, der sich auf Naturheilverfahren spezialisiert hat, riet uns zunächst zu einer Darmsanierung, da die Ursache der schlechten Mikronährstoffversorgung auch in Verarbeitungsproblemen im Darm liegen könne. Zusätzlich führte er eine Vegatestung durch (Elektroakupunktur-Testung, mit der wir bislang ausgesprochen gute Erfahrungen gemacht haben), um die individuelle Verträglichkeit und Dosierung verschiedener Produkte bei den Kindern zu überprüfen. Anfangs probierten wir reine Kombipräparate mit Fettsäuren, Spurenelementen und Mineralstoffen aus. Zusätzlich gaben wir noch täglich ein hochdosiertes Vitamin B Präparat, um damit die Aufnahme der Stoffe zu verbessern.

Die Ergebnisse übertrafen unsere Erwartungen: schon nach drei Monaten war Jonathan viel relaxter, er hatte fast keine Wutanfälle mehr – wenn überhaupt, dann beruhigte er sich schnell wieder – Frustration und Hausaufgabenprobleme kamen nur noch vereinzelt vor, und der Kurs beim Sozialpädagogen half noch zusätzlich. Die neuen Lehrerinnen be-

urteilten Jonathan in fast allen Punkten des Connor Fragebogens deutlich besser. Jonathan hatte viele Freunde, Probleme mit anderen Kindern kamen nicht öfter vor als bei allen Kindern dieser Altersgruppe. Lediglich Konzentration bzw. Ablenkbarkeit waren noch nicht immer optimal. Als die Darmsanierung beendet war und wir auch die B Vitamine wegließen, hatten wir den Eindruck, dass sich die Wirksamkeit der zugeführten Stoffe verschlechterte, Impulsivität und Konzentrationsprobleme wurden wieder deutlicher.

Eine erneute Vegatestung ergab wiederum einen Bedarf an B Vitaminen, allerdings einen reduzierten Bedarf an Kombipräparaten. Da immer mehr Untersuchungen weltweit Zusammenhänge zwischen ADHS und dem Mangel an Zink, Magnesium, Fettsäuren (Omega-3-Fettsäuren wie EPA und DHA und Omega-6-Fettsäuren wie GLA) belegen, gibt es mittlerweile auch eine größere Auswahl an Produkten. Wir wechselten in Absprache mit dem Arzt zu Einzelpräparaten, da wir damit besser auf den individuellen Mangel an Zink und (beides wirkt sich bei uns mehr auf die Konzentration aus) oder Magnesium und DHA (wirkt bei uns eher auf das Sozialverhalten) bei Jonathan und seinem älteren Bruder - Träumertyp und Legastheniker - eingehen konnten. Eine erhöhte Gabe an Zink und ein Präparat, das nur EPA enthält, haben sich unserer Erfahrung nach sehr positiv auf die Konzentration und Aufmerksamkeit ausgewirkt. Allerdings nahm auch danach die Impulsivität wieder etwas zu. Jetzt achten wir auf den richtigen Mix aus viel EPA, etwas DHA und wenig GLA. Jonathan entwickelte sich aus einem verunsicherten, hektischen und frustrierten Zweitklässler zu einem mittlerweile selbstbewussten, beliebten Viertklässler. Mit wachsendem Ehrgeiz und Konzentrationsvermögen hat er kontinuierlich seine Leistungen gesteigert und jetzt sogar ein Übertrittszeugnis fürs Gymnasium bekommen; vor zwei Jahren hatte man uns eher auf die Hauptschule vorbereitet.

Gerade haben wir wieder einen Bluttest machen lassen, dessen Ergebnis wir zusammen mit einer er-

* Name von der Redaktion geändert



neuten Vegatestung nutzen werden, um die Dosierung der Mikronährstoffe anzupassen. Jonathan ist noch immer lebendiger als andere Kinder und gelegentlich nervt er auch noch mit seiner etwas ungestümen Art, aber „er hat sich jetzt im Griff“ und wir müssen uns weder um sein Sozialverhalten noch um seine schulische Laufbahn ähnlich dramatische Sorgen machen, wie noch vor zwei Jahren.

So sehr wir von der Nährstofftherapie begeistert sind, so können wir allen Eltern nur folgendes raten:

- ▮ nicht pauschal nach dem „Gießkannenprinzip“ anwenden, sondern zuerst die individuellen Werte des Kindes durch Analysen bestimmen lassen.
- ▮ eine Behandlung nur mit einem Therapeuten zusammen durchführen, am besten mit einem Kinderarzt oder Allgemeinarzt, der auch Erfahrung in Naturheilkunde hat
- ▮ die Auswahl der Präparate nicht aufgrund von Werbung oder Empfehlung anderer Betroffener treffen, sondern anhand der Zusammensetzung der Produkte, bezogen auf die individuelle Mangelsituation des Kindes.
- ▮ zusätzlich bei Ergotherapeuten und / oder Sozialpädagogen andere Therapien wie Konzentrationskurs, Lerntherapie oder ähnliches machen.
- ▮ parallel dazu die Ernährung umzustellen: eventuelle Unverträglichkeiten beachten, mehr frische Nahrung, weniger Fertiggerichte oder Würzmischungen, weg mit Zuckerbomben wie Nuss Nougat Cremes, gesüßten Cornflakes oder Limonade und Co. Auch kleine Veränderungen zeigen nach unserer Erfahrung dabei schon Wirkung.

lichkeiten beachten, mehr frische Nahrung, weniger Fertiggerichte oder Würzmischungen, weg mit Zuckerbomben wie Nuss Nougat Cremes, gesüßten Cornflakes oder Limonade und Co. Auch kleine Veränderungen zeigen nach unserer Erfahrung dabei schon Wirkung.

Eine Therapie alleine kann bei ADHS nicht genügend bewirken, aber die richtige Kombination kann helfen, ohne oder mit einer Minidosis Medikamenten auszukommen, langfristig sicher zum Wohle unserer Kinder. Jonathan wird damit wohl auf längere Sicht keine Medikamente brauchen und das ist gut so. *(Name und Adresse der Redaktion bekannt)* ←

Positive Rückmeldung

Sehr geehrte Damen und Herren, nachdem mein Mann und ich uns als betroffene Eltern eines nun 13jährigen Sohnes und ich als Lehrerin an einer Realschule auch beruflich mit der Thematik seit einigen Jahren intensiv auseinandersetzen, interessierte uns die Veranstaltung in

Königswinter natürlich sehr. Die Veranstaltung war durchgängig in allen Teilen gelungen. Es freut uns, dass sich Ihre Organisation und auch Experten von Universitäten und Kliniken zunehmend der Probleme im Jugend- und Erwachsenenalter annehmen. Bereits 2002 habe ich eine zweitägige Veranstaltung Ihres Verbandes mit Cordula Neuhaus besucht, die uns damals sehr geholfen hat.

Wir haben uns gestern entschlossen, Ihre Arbeit zu unterstützen und werden Ihnen eine Beitrittserklärung für unsere Familie auf dem Postweg zukommen lassen.

Da ich an der eigenen Schule bis jetzt bereits im Hinblick auf Fortbildung und Beratung von Kollegen und Eltern viel bewegen konnte, möchte ich mich auch in Zukunft im schulischen Bereich weiter einbringen. Ich werde diesbezüglich auch mit dem hiesigen Schulamt sprechen. ...

Vielen Dank für die geleistete Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

M. S.



Leserbriefe

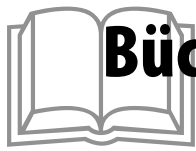
Über Leserzuschriften mit Anregungen, Ideen, Infos aus den Regionen usw. würden wir uns freuen.

Bitte beachten Sie die neue Redaktionsanschrift:
Bundesgeschäftsstelle BV AÜK, Poschinger Str.16, 12117 Berlin

Nichts ist leichter, als die Kinder dazu zu erziehen, daß sie gehorchen, gefallen, aufwarten und alles tun, was Eltern und andere Erwachsene begehren. Freilich sind dann die Kinder nichts, nicht mehr als die Eltern. Aber schwerer ist es, Gehorsam und Freiheit zu vereinigen, die Kraft dazulassen und doch zu lenken und sich selber einen Gegner der besten Art zu erziehen.

Jean Paul, (1763 - 1825),

eigentlich Johann Paul Friedrich Richter,
deutscher Dichter, Publizist und Pädagoge



Bücher, Bücher ...

Dorothea Beigel

Beweg Dich, Schule!

Eine „Prise“ Bewegung im täglichen Unterricht der Klassen 1-10
*Borgmann Media 2005, 250 Seiten,
22,80 Euro*

„Bewegung kann gut dosiert werden, hat keine Nebenwirkungen und kostet nichts“. Diesen Satz aus dem vorliegenden Buch muss man sich so richtig auf der Zunge zergehen lassen. Wie wahr! Und doch sieht die Realität erschreckend anders aus. Sportmediziner und Orthopäden klagen darüber, dass sie das Natürlichste von der Welt verordnen müssen, nämlich Bewegung. Die Entwicklung der menschlichen Wahrnehmungsfähigkeit, die Zeit, die dazu nötig ist und die Motorik, die diesen Prozess erst in Gang setzt, haben sich nicht verändert, aber die Gesellschaft ist eine diametral andere geworden. Früher tobten die Kinder stundenlang auf der Straße herum oder machten Nachbarn Grundstücke unsicher, lernten beim Klettern Gefahren einschätzen, Ängste überwinden und hatten viel Gelegenheit, ihre Sinne zu schärfen. Man musste sie nicht zum Jagen tragen.

Heute wird vorwiegend gesessen: Im Auto, in der Schule, im Schulbus, am PC, wieder im Auto. Sportunterricht und Sportvereine können da nur punktuell nachhelfen. Nun kommt ein Buch daher, das in wörtlicher und übertragener Bedeutung für Abhilfe sorgen könnte, wenn man die Vorschläge systematisch umsetzt: *Beweg Dich, Schule!*

Die Autorin, Dorothea Beigel, ist eine erfahrene Pädagogin und in einem hessischen Schulamtsbezirk zuständig für die neurophysiologische Entwicklung, Diagnostik und Förderung von Kindern. Also eine Frau, die weiß, wovon sie spricht.

In ihrem Buch werden zunächst die verschiedenen Wahrnehmungssysteme beschrieben und deren Bezug zum Lernen und welche eminent wichtige Rolle die körperliche Bewegung für die geistige Beweglichkeit spielt. Es muss doch einen Grund geben, dass Babys ständig mit Armen und Beinen „rudern“, dass sie später kriechen und krabbeln, ohne dass man es ihnen zeigt und mit diesem

„Bärengang“ die Zusammenarbeit der beiden Hirnhälften anlegen und anregen - Voraussetzung für die spätere geistige Entwicklung.

In der Beschreibung der Arbeit des Gehirns wird deutlich, in welchem Areal wichtige Steuerungszentren angelegt sind, wie Kurz- und Langzeitgedächtnis funktionieren und welche Rollen Transmittersubstanzen spielen. Am Ende dieses ersten Teiles erscheint unter dem Zitat „Bewegung ist das Tor zum Lernen“ eine lange Liste, an der man ablesen kann, in welchem Maße Bewegung Schubkräfte für das Lernen freisetzt.

Die „restlichen“ Zweidrittel des Buches befassen sich dann ausschließlich mit Bewegungsspielen, deren Bandbreite von der Vorschule bis zur 10. Klasse reicht. Diese Spiele orientieren sich an den Lehrplänen der einzelnen Bundesländer und stehen nicht anstelle schulischen Lernens, sondern sind als Erleichterung, Ergänzung, Intensivierung und Motivationsförderung gedacht. Schule unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung zu sehen, Lernen mit allen Sinnen zu ermöglichen sollte die Botschaft dieses Buches sein. Es ist schier unmöglich, die gut 100 Spiele, die z. T. noch Varianten beinhalten, auch nur ansatzweise zu beschreiben. Von der Kleingruppe bis zur Klassenstärke, mit und ohne Material, mit verschiedensten Arbeitsformen wie Gehen im Raum, am Tisch sitzend, freies Bewegen im Schulhaus, Partnerarbeit, werden der ganze Körper gefördert; alle Muskeln beansprucht, (auch Grimassenschneiden gehört dazu!) das Gedächtnis trainiert, Alltägliches verautomatisiert und Reaktionsfähigkeit geübt. Das alles auf einer Basis, die Lust am Lernen geradezu provoziert. Und benotet wird nicht. Das ist wichtig. Wer also erfahren möchte, wie mit Bewegung lateinische Vokabeln, Fakten aus dem Geschichtsunterricht oder die Rechenfähigkeit gefestigt werden, der vertiefe sich in dieses Buch. Es lohnt sich.

Eine besondere Rolle spielen am Ende des Buches die sogenannten Brain-Gym-Spiele. (=Gehirngymnastik) Bei diesen Spielen ist jeweils ein Ziel angegeben, z.B. Überkreuzen der Körpermittellinie, Dehnung und

Entspannung der Muskulatur, vertiefte Sauerstoffaufnahme, Anregung der Sprechfreude. Diese Spiele sind besonders für Kinder gedacht, die Seh- und Hörprobleme, Sprachlernschwierigkeiten haben.

Ob man das nun alles gut findet oder nicht, das Buch ist in jedem Fall eine große Hilfe, aus dem Bewegungsstau herauszukommen. Eine „Prise“ täglich wird im Unterricht geraten. So kann Freude an der Bewegung vermittelt werden, zur Nachahmung empfohlen.

Dass diese neue Art des Unterrichts klare Regeln und Strukturen voraussetzt, versteht sich am Rande. Es braucht eine Zeit der inneren und äußeren Vorbereitung, bis man mit dieser Methode anfangen sollte. Deshalb ein gut gemeinter Rat an Lehrerinnen und Lehrer. Bevor Sie sich an die Arbeit machen, sollten sie Ihre Klasse mental fest im Griff haben. Es gibt viele Kinder, die außer am PC spielen nicht mehr gewöhnt sind. Sie werden Bewegungsspiele als albern empfinden, herumkaspern und sich genieren. Hier ist Ihr pädagogisches Gespür gefragt. Zur Vorbereitung werden im Buch auch Programme für Elternabend vorgestellt. Also, bewegt Euch! Für alle Schularten und Vorschule geeignet.

Margarete Gatzen

Mechthild Firnhaber

Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen

*Fischer TB 16292, 9. Auflage,
318 Seiten, 8,90 Euro*

„Sie üben den Buchstaben ‚H‘, aber sie lernen ihn nicht“. Immer wieder erscheinen neue Fachbücher über Legasthenie, einem Thema, das lange Jahre in der Öffentlichkeit nicht ganz ernst genommen und als Unfug, Dummheit der Schüler oder Faulheit der Lehrer abgetan wurde. Wenn nun ein Buch in die 9. Auflage, inklusive der 3. überarbeiteten Neuausgabe von 9/05 geht, dann muss etwas ganz Besonderes dran sein.

Mechthild Firnhaber ist eine Pionierin der Legastheniebewegung. Sie gründete in Hessen den Landesverband Legasthenie, veranstaltete länderübergreifende interdisziplinäre Kongresse und wissenschaftli-

che Symposien und berät auch heute noch Eltern, Lehrer und Ärzte.

Der Motor dafür ist einzig und allein die ganz persönliche leidvolle Erfahrung mit ihren Kindern. Sie hat zwei schwerst betroffene Legasthene Söhne großgezogen, von denen einer noch zusätzlich mit einer Sprachentwicklungsstörung behaftet war. Um das gute Ende vorwegzunehmen: Beide Söhne, heute im Alter zwischen 35 und 40, sind in arrivierten Berufen tätig und haben Spitzenpositionen erreicht. Wie das möglich war, das wird von der Autorin so interessant geschildert, dass schon allein dieser Teil des Buches die Lektüre lohnt. Aber man wird über lange Strecken beim Lesen ein Gefühl der Beklemmung nicht los, wenn man erfährt, wie diese Kinder gelitten haben: Die Demütigungen vor der Klasse, das Gejohle der Kameraden im Gefolge, die dauernde Androhung, zur Sonderschule „abgeschoben“ zu werden. Dann: Klassenwechsel, Klassenwiederholung, Schulwechsel, Ausschulung und Hausunterricht durch die Mutter, die nicht vom Fach war und sich auch alles erarbeiten musste. Die Kinder fanden keine Freunde, wurden nicht mehr eingeladen. Im Sportclub wurde gelächelt ob ihrer Ungeschicklichkeit. Sie trauten sich bald nichts mehr zu und entwickelten schließlich – wen wundert's – psychosomatische Beschwerden. Und das alles nur, weil die Kinder trotz nachgewiesener hoher Intelligenz größte Probleme hatten, Schriftzeichen zu erkennen, sie zu behalten, ihnen Laute zuzuordnen und sie in Schreibbewegung umzusetzen – kurz was man Lesen- und Schreibenlernen nennt.

Die Eltern waren verzweifelt: Sind unsere Kinder denn wirklich so unbegabt oder dumm?

Und nun diese Mutter: Es gibt nichts, was sie nicht versucht hat, um ihre Kinder zu fördern: Sie entwickelte Übungsprogramme, auch gegen die damals herrschende Lehrmeinung, motivierte mit einer – man kann schon fast sagen – Eselsgeduld immer wieder ihre Kinder, stand jahrelang in dem Zwiespalt: Wie finde ich das richtige Maß? Was kann ich den Kindern – zusätzlich zu den normalen Hausaufgaben – abverlan-

gen, ohne sie zu überfordern? Wie kann ich trotz ständiger Rückschläge die Freude am Lernen erhalten und gleichzeitig ein Leben führen, in dem Spiel und Spaß nicht zu kurz kommen? Und das tagtäglich über zwei Jahrzehnte! Dass sie außerdem ständigen Kontakt suchte zu Lehrern, Therapeuten, Ärzten, Schulräten und anderen offiziellen „Helfern“ ist noch einmal ein Extrakapitel, das leider ein schräges Licht auf unser Schulsystem wirft.

Es geht auch anders, das mag folgendes Beispiel beleuchten: Ein Legasthenes Enkelkind der Autorin lebt mit Eltern und Geschwistern in den USA. Es hat den Wechsel von einer deutschen in eine US-Schule als große Erleichterung erlebt: Schüler, mit welcher Störung auch immer, werden dort nicht ausgegrenzt. Außerdem ist es in den Schulen wesentlich ruhiger als bei uns, wichtig für den Legastheniker, der ja Probleme beim Hören hat und Ruhe um sich herum zwingend braucht. Dann darf ein Legasthenes Kind auf seinem Schultisch vor sich einen Buchstabenfries liegen haben, um sich in Zweifelsfällen rückversichern zu können. Man stelle sich das bei uns vor: Spätestens am nächsten Morgen stünde die eifersüchtelnde Mutter eines Klassenkameraden auf der Matte, um für ihr Kind ähnliche Erleichterungen einzuklagen.

Im theoretischen Teil des Buches werden Wahrnehmungsstörungen beschrieben, wo und wie sie entstehen, wie man sie erkennen kann, welche Hilfen es gibt und wann professionelle Hilfe unumgänglich ist. Auch die Legasthenie und die Dyskalkulie gehören zu den Wahrnehmungsstörungen. Sie sind genetisch bedingt, können aber auch erworben werden und sind intelligenzunabhängig. Im Laufe seines Lebens kann man damit umgehen lernen, los wird man sie nie. Es handelt sich speziell bei der Legasthenie um eine zentrale Seh- und Hörverarbeitungsstörung mit negativen Auswirkungen auf die graphomotorischen Prozesse. Es gibt einfache Fälle, die mit mehr Übung gelöst werden können bis hin zu dem beschriebenen Fall, wo die Störung den Grad einer schweren Behinderung annehmen kann.

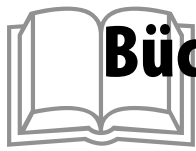
In den letzten Jahren sind eine Reihe von „Frühwarnsystemen“ entstanden, die es ermöglichen, schon im Vorschulalter eine spätere Legasthenie zu erkennen. Zwei seien genannt: Das Bielefelder Screening und die Diagnostischen Bilderlisten von Dummer-Smoch.

Ein Thema zieht sich wie ein roter Faden durch das ganze Buch: Die Forderung nach mehr Menschlichkeit in unseren Schulen, um es auf eine einfache Formel zu bringen: Nicht der bestausgebildete Lehrer mit Zusatzfachkompetenz erreicht das betroffene Kind, sondern nur der, der es ohne Bedingungen und mit all seinen Schwächen annimmt. Wenn viele erwachsene Legastheniker heute noch – bildlich gesprochen – den Kopf einziehen, wenn sie öffentlich lesen oder schreiben sollen, dann muss uns das zu denken geben. Welche einst erlittenen Traumata schleppen sie mit sich rum! Spätestens an dieser Stelle wird der aufmerksame Leser festgestellt haben, wie sehr das Schicksal von Legasthenikern dem von ADHS-Kindern gleicht. An unzähligen Stellen des Buches gibt es Parallelen. Trotzdem wird das Thema ADHS quasi nur im Nebensatz abgehandelt und außerdem als nicht eigenständige Störung bezeichnet. Das ist falsch und dem muss hier deutlich widersprochen werden.

Die Empfehlung des Buches ist nicht ganz einfach. Es ist möglich, dass die Eltern schwer betroffener Kinder schnell mutlos werden angesichts der hohen Anforderungen, die an sie gestellt werden. Über den Daumen gepeilt gehen etwa 90 Prozent von dem, was bei den Firnhaber Söhnen geglückt ist, auf das Konto der Mutter. Diese merkt an vielen Stellen an, dass der Kontakt zu den Kindern größten Belastungen ausgesetzt ist. Es gehört bei Zuwendung auch eine gehörige Portion Konsequenz und ein strukturiertes Leben dazu, das Kindern Orientierung bietet. Wer sich das zutraut, der findet Hilfe und Zuspruch.

Aber Lehrer aller Schularten und Therapeuten sollten das Buch besitzen. Sie finden was sie dringend brauchen in diesem bitterbösen Krimi mit gutem Ausgang.

Margarete Gatzen



Bücher, Bücher ...

Birgit Ruf/Karin Arthen

ADHS und Wahrnehmungsauffälligkeiten

Früherkennung und Prävention im Kindergarten und in der 1. Klasse
Auer Verlag GmbH
ISBN 978-3-403-04544-1

Während die Früherkennung und Prävention von Auffälligkeiten in der körperlichen, geistigen und Wahrnehmungsentwicklung von Kindern schon längst zum Kenntnisstand von ErzieherInnen, Heilpädagogen (m/w) sowie Grundschullehrern (m/w) gehört, werden Krankheitszeichen, die auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hinweisen, noch viel zu häufig fehlinterpretiert. Eltern wird empfohlen, abzuwarten, das würde sich verwaschen, oder ein Erziehungsdefizit im Elternhaus unterstellt. Erst wenn diese Symptome unter den Leistungsanforderungen der Schule so deutlich zu Tage treten, dass eine negative Schulkarriere befürchtet werden muss, werden Kinder mit Verdacht auf eine ADHS einem Arzt zur Diagnose vorgestellt. Viel zu spät, wie viele Fachleute warnen! Inzwischen sind wertvolle Entwicklungsjahre ungenutzt verstrichen, haben sich Symptome u. U. verfestigt.

Bisher gab es keine spezielle Fachliteratur, die pädagogische Fachkräfte im Kindergarten und zu Beginn der Schulzeit für diese Kinder und ihre Probleme sensibilisiert, sie über das Störungsbild umfassend und ideologiefrei informiert. Vor allem fehlte es an unterstützendem Material, den Entwicklungsstand zu überprüfen sowie die besonderen Ressourcen dieser Kinder zu erfassen. Mit dem vorliegenden Fachbuch haben die Autorinnen Birgit Ruf und Karin Arthen Pionierarbeit in der Früherkennung und Prävention der ADHS im Kindergarten und in der 1. Grundschulklasse geleistet.

Im Theorieteil wird die lebensbegleitende Störung unter Berücksichtigung der Probleme und ihrer Lösungsmöglichkeiten in der Kindergarten- und Vorschulzeit ausführlich geschildert. Ursachen, alterstypische Symptome, Diagnostik und bewährte Behandlungsformen werden ebenso beschrieben wie Schul-

fähigkeitskriterien und Interventionsmöglichkeiten.

In der Einführung zum Praxisteil schreiben die Autorinnen: „Dies (Anm.: die Früherkennung und Prävention) dient keinesfalls dem Zweck, die Kinder zu stigmatisieren oder auszusondern. Vielmehr kann durch das rechtzeitige Erkennen von Frühsymptomen vielen Kindern geholfen werden, so dass sie nicht erst in den Teufelskreis von Schulversagen, Schulunlust und einer systematischen Entwertung ihres Selbstwertgefühls geraten.“

Die besondere Leistung von Birgit Ruf und Karin Arthen zeigt sich vor allem in der Erarbeitung des übersichtlichen Testmaterials für die Entwicklungsprüfung und dessen einfacher Handhabung. Die Fragebögen zur Entwicklungseinschätzung für Eltern und Pädagogen enthalten Fragen nach dem (nicht zufriedenstellenden) Entwicklungsstand sowie den positiven Seiten. Um die Broschüre nicht zerknicken zu müssen, wäre es wünschenswert, wenn der Verlag die Fragebögen und Testvordrucke zusätzlich als kopierfähige Vorlage anbieten würde.

Das Fachheft ist allen pädagogischen Fachkräften zu empfehlen, zu deren Aufgabe die Entwicklungseinschätzung von Kindern zwischen 5 und 7 – 8 Jahren gehört. Ebenso eignet es sich als Unterrichtsmaterial für Fachschulen und Fachhochschulen, an denen diese Fachkräfte ausgebildet werden. Es gehört in jeden Kindergarten und ist für jene Eltern empfehlenswert, die die Arbeit der Pädagogen unterstützen und sich selbst intensiv mit der Entwicklung ihres Kindes auseinandersetzen wollen.

Die Testinstrumente wurden von den Autorinnen, selbst Erzieherinnen und staatlich anerkannte Heilpädagoginnen, in Zusammenarbeit mit anerkannten ADHS-Experten entwickelt und erprobt. Darüber hinaus kann Birgit Ruf als langjährige Leiterin einer Selbsthilfegruppe für Eltern von ADHS-Kindern auf eine umfangreiche Erfahrung mit diesem Personenkreis zurückblicken.

Gesamturteil: Sehr gut

Gertraude Fydrich

Frank Beuster

Die Jungenkatastrophe - Das überforderte Geschlecht

Reinbek (rororo Sachbuch 61997)
2006, 352 S., € 8,90

Überforderte Jungen

Wenn von Gewalt in Schulen die Rede ist, handelt es sich in der Regel um Jungengewalt. Auch in den Erziehungsberatungsstellen dominieren die Jungen als Klienten: Achtzig Prozent der Ratsuchenden dort sind Mütter mit ihren Söhnen. Anlässe sind das häusliche Verhalten, die schulische Situation, eine „Null-Bock“-Haltung. Jungen und junge Männer sind zunehmend verunsichert; das ehemals starke Geschlecht schwächelt.

Der Lehrer und Hochschullehrer Frank Beuster, selbst Vater zweier Söhne, spricht von einer „Jungenkatastrophe“. In seinem gleichnamigen Buch analysiert er die veränderte gesellschaftliche Realität, die es Jungen heutzutage erschwert, Selbstwertgefühl und eine positive männliche Identität zu entwickeln. Auch die Gewaltproblematik beleuchtet er in diesem Zusammenhang anschaulich und konkret. Seine rund 350 Seiten passen genau in die aktuelle Diskussion um Werteerziehung. Das Buch ist kein Ratgeber, dem man Rezepte entnehmen könnte. Aber neben den zahlreichen erziehungspraktischen Hinweisen im Text bietet es am Ende drei Utopien, als Forderungen formuliert, die Wege aus der Jungenkatastrophe aufzeigen. Sie ist nämlich, so Beusters Fazit, „hausgemacht, sie ist das Ergebnis einer vernachlässigten Förderung des männlichen Geschlechts im Kindes- und Jugendalter“ (S. 335).

So gilt sein Plädoyer Männern und Frauen, die sich für Jungen stark machen und sie im täglichen Umgang stärken können: Eltern, Erzieher/innen, Lehrkräfte. Sie möchte Frank Beuster ansprechen und hellhörig machen. Ein Anhang mit Anlaufstellen für die Jungenarbeit sowie mit weiterführenden Internetadressen komplettiert ein zum Nach- und Umdenken anregendes, höchst lesenswertes Buch.

Dipl.Päd. Detlef Träbert

Neuer Erlass in Hessen

In Hessen tritt zum neuen Schuljahr endlich der seit langem erwartete neue Erlass für Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten beim Lesen, Rechnen und Rechtschreiben in Kraft. Zum ersten Mal werden nun in Hessen, zumindest in der Grundschule, neben den Legasthenikern auch rechenschwache Kinder berücksichtigt. Mit einem Anspruch auf Nachteilsausgleich und spezielle Förderungen verbessert sich die Situation der betroffenen Schüler nun hoffentlich bald.

Die Veränderungen in Kürze:

1. Es besteht ein Rechtsanspruch auf Förderung nach der Feststellung
2. Es besteht eine Pflicht zur Durchführung von Fördermaßnahmen
3. Es gibt verschiedene Möglichkeiten des Nachteilsausgleiches (Zeitgaben, Notenschutz, Hilfsmittel, etc.)
4. Fachgutachten müssen in das Entscheidungsverfahren mit einbezogen werden

(Der gültige Erlass ist auf der Internetseite www.lernfoerderung.de abrufbar) ←

„Ich bin kuriert“ – Mit „Candis“ gegen Cannabis

TU Dresden entwickelt europaweit erste Therapie für Cannabisabhängige

Von Jeanette Tandel

Dresden (ddp). „Wächst dir auch das Gras über den Kopf?“ Wer diese Frage mit Ja beantwortet, hat den ersten Schritt für eine erfolgreiche Therapie gegen die Abhängigkeit von Cannabis getan. Statt die Gefahr der angeblich so harmlosen Droge herunterzuspielen, ist Einsicht der Weg zum Ziel bei „Candis“. Dabei handelt es sich um das europaweit erste Behandlungsprogramm für Cannabisabhängige, das Psychologen der Technischen Universität

(TU) Dresden nach amerikanischem Vorbild entwickelt haben. Die Wissenschaftler haben einen Trend zur Cannabissucht ausgemacht, wie Projektleiterin Eva Hoch sagt. Zahlen belegten, dass rund sechs Prozent aller Deutschen Kriterien für Cannabismissbrauch aufweisen und etwa zwei Prozent als abhängig gelten. Jeder Zweite hier zu Lande habe schon einmal Cannabis konsumiert, erklärt die 36-jährige Psychologin. In Sachsen etwa hätten von den 5500 Drogenklienten der Suchtberatungsstellen im vergangenen Jahr 41 Prozent Probleme mit Cannabis gehabt. Laut Hoch suchten 2005 erstmals mehr Cannabissüchtige Hilfe als Opiatabhängige. Bisher sei die Sucht der immer stärker hochgezüchteten Droge allgemein unterschätzt worden, sagt Hoch. „Der Bedarf an Therapie wird jetzt erst sichtbar“, fügt sie hinzu. Das seit Januar dieses Jahres bestehende Projekt soll den Ausstieg aus der Abhängigkeit erleichtern. An dem Programm, das bereits in den USA erfolgreich erprobt wurde, können in der Testphase bis zum Frühjahr nächsten Jahres 210 Cannabissüchtige ab 16 Jahren kostenlos teilnehmen.

Lesen Sie weiter unter:

http://www.lichtblick-newsletter.de/ticker2045_06.html ←

Weitere interessante Links:

Kontraproduktive Schrei-Strategie

Studie: Säuglinge weinen zu lassen verstärkt ihr Geschrei
<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/265959.html>

Wie Ritalin wirkt

Wirkstoff Methylphenidat beeinflusst Verarbeitung von Sinneseindrücken im Gehirn
<http://www.wissenschaft.de/wissen/news/265848.html> ←

**BVAÜK-
Gruppenleiterschulung**
der Landesgruppe NRW
**am Samstag, 26.08.2006,
ab 9.00 Uhr**
Grundschule Schwalmatal

Weitere Informationen erfolgen demnächst durch Einladung. Mitglieder, die sich für die Gründung einer SHG interessieren, melden sich bitte bei der LG NRW, eMail: info@bvauk-nrw.de

Unser

NEWSLETTER

ein interner Service
NUR für UNSERE MITGLIEDER.

Möchten auch Sie aktuell informiert werden?

Dann teilen Sie uns Ihre eMail-Adresse mit:
newsletter@bv-auk.de

die AKLENTE

Nr. 72
erscheint Ende September/
Anfang Oktober 2006
Der Redaktionsschluss
ist am 15. August 2006.

Sie sind umgezogen
oder Ihre Bankverbindung
hat sich geändert?

Bitte teilen Sie uns dies
möglichst umgehend mit.

Sie ersparen uns damit
erhebliche Kosten
und Arbeitszeit .

Danke!

Der Nichtgenormte wird als Verrückter genormt

Herbert Marcuse

Vorstand

1. Vorsitzende: **Bürschgens, Herta**
Leo-Meuser-Str. 5, 52249 Eschweiler
Fon 02403-50 64 66, Fax.02403-513 38
auek.buerschgens@gmx.de
2. Vorsitzende: **Knudsen, Karin**
Aachener Str. 489, 50933 Köln
Fon 0221-3 56 17 85
auek@knudsen-online.com
2. Vorsitzende: **Schneidt, Kornelia**
Weidacher Hauptstr. 45, 82515 Wolfratshausen
Fon 08171-48 14 01
kornelia.schneidt@freenet.de
- Schatzmeisterin: **Seegers, Karin**
Zikadenweg 1, 14055 Berlin
Fon 030-301 97 14, Fax 030-30 12 16 44
seegers-berlin@t-online
- Schriftführer: **Diecks, Horst**
Königsberger Str. 3, 49716 Meppen
Fon 05931-143 67 und 05931-40 61 23
horst.diecks@ewetel.net
- Beisitzer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: **Boeing, Detlev**
Brusselsesteenweg 151, B-3080 Tervuren
Fon/Fax +32(0)2-767 04 86
adhs@telenet.be
- Beisitzerin, Telefonberatungsnetz: **Gehrmann, Gerhild**
Von-Aspern-Str. 31, 25336 Elmshorn
Fon 0421-80 72 72
gujunghermann@aol.com
- Beisitzerin: **Meyer, Renate**
Am Wolfsloch 31, 61381 Friedrichsdorf
Fon 06175-76 70, Fax 06175-94 15 95
meyer.koeppern@t-online.de

Kuratorium

- Bernau, Gunther**, Hambergen, Arzt für Allgemeinmedizin, von 1987–1997 Vorsitzender des BV AÜK
- Egger, Prof. Dr. Joseph**, Neurologe, Kinderspital Meran
- Ettrich, Prof. Dr. med. Christine**, Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik f. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kinder- und Jugendalters
- Herpertz, Prof. Dr. med. Sabine C.**, Universitätsklinikum Rostock, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Huss, Dr. med. Dipl.-Psych. Michael**, Charité Virchow-Klinikum Berlin
- Kinze, Dr. Wolfram**, Landesklinik Lübben, Klinik f. Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
- Knölker, Prof. Dr. med. Ulrich**, Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Uni Lübeck
- Krowatschek, Dipl.-Psych. Dieter**, Schulpsychologischer Dienst Marburg
- Lauth, Prof. Dr. Gerhard W.**, Universität Köln
- Ludwig, Prof. Dr. Gudrun**, Fachhochschule Fulda
- Opp, Prof. Dr. Günther**, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Rabatsch, Manfred**, ehem. Fachdienstleiter, Bezirksamt Pankow, Berlin
- Reibisch-Fiesel, Dr. med. Wiebke**, prakt. Ärztin, Kiel
- Reinicke, Dipl.-Psych. Claudia**, Dresden
- Schlottke, Prof. Dr. Peter**, Universität Stuttgart

BUNDESVERBAND

Arbeitskreis

Überaktives

Kind e.V.



Bundesgeschäftsstelle

Postfach 410724, 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 0 30/85 60 59 02, Di. und Do. 10–12 Uhr
Fax 0 30/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de
Besuchen Sie uns unter www.bv-auek.de

die AKLENTE

Zeitschrift vom BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND E.V.

ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger

BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND e.V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de
Internet: www.bv-auek.de

Redaktionsleitung und redaktionelle Mitarbeit

Herta Bürschgens (Leitung)
Detlef Boeing
Margarete Katzen
Magda Geisler
Renate Meyer
Kornelia Schneidt

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Poschinger Str.16
12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
e-Mail: redaktion.akzente@bv-auek.de

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

Anzeigenverwaltung

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Petra Festini
Poschinger Str. 16
12157 Berlin
Fon 030/ 85 60 59 02
e-mail: info@bv-auek.de

Layout und DeskTopPublishing

Irene Fischer
Pappelallee 4
10437 Berlin
Fon 030/4 42 20 78
e-mail: fischerdesign@gmx.de

Druck

Brandenburgische Universitäts-Druckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam
Karl-Liebknecht-Str. 24-25
14476 Potsdam (OT Golm)

die AKZENTE erscheint 4x jährlich

Auflage: 2500 Stück

Bezugspreise

Für Einzelhefte a.A., Jahresabo (nur für Institutionen.) € 45,00 inkl. Versandkosten, für Mitglieder des BV AÜK kostenlos

Bankverbindung

BV AÜK, Postgiroamt Frankfurt am Main,
Kto-Nr. 74 926 603, BLZ: 500 100 60
BV AÜK, Volksbank Hannover,
Kto-Nr.:0 221 438 500, BLZ : 251 900 01

Copyright

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

Redaktionsschluß

jeweils Mitte des Quartals

In eigener Sache:

AKTIVE MENSCHEN

Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHD/ADHS

Sie sind bereits Mitglied in unserem Selbsthilfeverband? –
Wenn ja, haben Sie sicher gute Gründe dafür:

- Sie sind immer am Puls zum Thema ADHD/ADHS – durch aktuelle Informationen, Kontakte, Erfahrungsaustausch.
- Sie leisten Unterstützung unserer ehrenamtlichen Hilfe zur Selbsthilfe
- Sie sparen durch Verbilligungen bei Veranstaltungen und Publikationen des BV AÜK
- Sie beziehen **die AKTIVEN**, Zeitschrift des BV AÜK – jährlich viermal kostenlos
- Der Vereinsbeitrag ist steuerlich absetzbar

Bringen Sie sich ein und werben Sie neue Mitglieder, denn nur *gemeinsam* sind wir stark.

Warum ist die Mitgliedschaft gerade in einem ADHD-Bundesverband besonders sinnvoll?

In der Selbsthilfelandchaft gibt es Gruppen, Vereine und Verbände. *Gruppen* sind örtlich tätig. *Vereine* meist regional aktiv. *Selbsthilfeverbände* haben überregionale Strukturen und sind bundesweit tätig.

Was zeichnet sie aus?

Selbsthilfeverbände

- Selbsthilfeverbände bündeln die Interessen einer besonders großen Zahl Betroffener und verschaffen ihnen politische Präsenz sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene.
- Sie sorgen für Wissenstransfer in die Öffentlichkeit. An der Verbreitung allgemeiner Kenntnisse über ein Krankheitsbild sind sie maßgeblich beteiligt.
- Sie bilden Schnittstellen zu professionellen Fachgruppen und vertreten auch dort die Belange Betroffener. Sie wirken modifizierend auf diagnostische und therapeutische Modelle ein.
- Selbsthilfeverbände schulen und beraten Gruppenleiter. Sie geben Standards für die Basisarbeit vor, die sich am aktuellen Wissensstand orientieren.

Der Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. ist gemeinnützig und leistet Lobbyarbeit für Menschen mit ADHD/ADHS.

Alle Aktiven – bis auf die Teilzeitkräfte in der Geschäftsstelle Berlin – arbeiten ehrenamtlich. Die Personalkosten sind somit auf ein Minimum reduziert. Sie werden genauso wie die anfallenden Sachausgaben durch die Haupteinnahme Mitgliedsbeiträge finanziert. Durch öffentliche Zuschüsse seitens der Krankenkassen werden höchstens 15 % unserer Kosten gedeckt.

Logisch, dass wir Sie brauchen. Genug gezögert – helfen Sie mit.

Ein Anmeldeformular erhalten Sie über unsere Geschäftsstelle
oder über unsere Website: www.bv-auek.de

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

Die Aktiven des BV AÜK e.V.

Alle Kinder, solange sie noch im Geheimnis stehen, sind ohne Unterlass in der Seele mit dem einzig Wichtigen beschäftigt, mit sich selbst und mit dem rätselhaften Zusammenhang ihrer eigenen Person mit der Welt ringsumher. Sucher und Weise kehren mit den Jahren der Reife zu diesen Beschäftigungen zurück, die meisten Menschen aber vergessen und verlassen diese innere Welt des wahrhaft Wichtigen schon früh für immer und irren lebenslang in den bunten Irrsalen von Sorgen, Wünschen und Zielen umher, deren keines in ihrem Innersten wohnt, deren keines sie wieder zu ihrem Innersten und nach Hause führt.

Hermann Hesse

die AKZENTE ist:

- Informationsquelle über mögliche Krankheitsursachen, Therapien, wissenschaftliche Forschung, Pädagogik, Erziehungsfragen, Hilfen im Alltag
- Medium für die Diskussion rund um das Thema ADHD/ADHS
- „Transportmittel“ für Namen und Nachrichten, Ratschläge, Fragen und Meinungen
- Eine Zeitschrift, die für alle interessant ist: Betroffene und ihre Angehörigen, Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Pädagogen