

# neue AKZENTE

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



- Aktuelle medikamentöse Behandlungsstrategien bei AD(H)S
- Die häufigsten Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen beim AD(H)S

- Coaching bei ADHS
- Anleitung für ein Leben mit ADHS'lern

- Elternberatung – Eltern als Co-Therapeuten

ISSN 0948-4507

*Zeitschrift* vom

**ADHS**  
**DEUTSCHLAND i.G.**  
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

# EINZIGARTIG einzigartig

Dein Kind ist geboren.

Es liegt in deinen Armen

und gähnt, schläft, lacht, schreit, weint.

Es trinkt an deiner Brust.

Du weißt, es ist einzigartig.

Dein Kind ist geboren.

Es liegt in deinen Armen

und ist weiß, schwarz, blauäugig, braunäugig, behindert, hochbegabt.

Es entwickelt sich in deiner Obhut.

Du weißt, es ist einzigartig.

Dein Kind geht zur Schule.

Es geht täglich dorthin

und lernt schnell, langsam, konzentriert, unaufmerksam, eigenwillig.

Es wird an Normen gemessen.

Du weißt, es ist einzigartig.

Dein Kind geht zur Schule.

Bald soll es auf eine weiterführende gehen

und wird verglichen, getestet, gefördert, bewertet, normiert.

Es unterliegt einem Selektionsprozess.

Lass' dir dein Wissen nicht nehmen: Es ist einzigartig.

Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

heute halten sie die „neue AKZENTE“ in Händen – mit einem frischen Farbanstrich, aber in der bewährten Qualität der letzten Jahre – als Mitgliederzeitschrift unseres Neuverbandes „ADHS DE“ in Gründung.

Wie Sie sehen, hat sich am Namen unserer Zeitschrift nicht viel geändert. Es gingen nur wenige Vorschläge für einen neuen Namen ein, so dass wir es nicht schwer hatten, uns auf neue AKZENTE zu einigen. Zwei miteinander verschmolzene ADHS-



Bundesvereine gehen nun ihren gemeinsamen Weg. Wir können entspannt auf harmonische Mitgliederversammlungen, ein erstes gut besuchtes gemeinsames Symposium mit Workshops zurück blicken – wir berichten auf den Seiten 36 ff – und mit Motivation in die Zukunft schauen.

Das Grußwort unserer 1. Vorsitzenden Dr. Myriam Menter finden Sie gleich zu Anfang unserer heutigen Ausgabe.

Ich möchte mich als scheidende 1. Vors. des BV AÜK e.V. an dieser Stelle ganz herzlich für Ihr in den letzten Jahren entgegengebrachtes Vertrauen bedanken. Meine Arbeit auf Bundesebene kann ich nun auf die Redaktionsarbeit dieser Zeitschrift begrenzen. In diesem Bereich hoffe ich aber auch zukünftig auf Ihre weitere Unterstützung. Als Neuerung wird unsere Vereinszeitschrift zukünftig dreimal im Jahr erscheinen. Bringen Sie sich wie bisher durch Ihre Ideen und Beiträge mit ein.

Das bisherige Jahrbuch des BV AH e.V. wird nun in die Inhalte unserer Zeitschrift einfließen. Wie Sie sehen, ist die vorliegende Ausgabe wieder voll gespickt mit interessanten Informationen rund um das Thema ADHS, sowie aus unserer Vereinsarbeit.

Und was Sie besonders interessieren wird: Nach dem DGKJP-Kongress in Aachen erhielten wir die freudige Nachricht, dass endlich die Zulassung für ein Medikament zur Behandlung der ADHS-Erwachsenen seitens der Pharmaindustrie in Deutschland beantragt worden ist.

Ich wünsche Ihnen einen wunderschönen Sommer, Freude beim Lesen und melde mich wieder bei Ihnen mit der nächsten Ausgabe von „neue AKZENTE“ Ende August.

Es grüßt Sie herzlich

Ihre

Herta Bürschgens  
(Redaktionsleitung)

## Inhalt

<b>Grußwort der 1. Vorsitzenden</b> <i>Myriam Menter</i>	2
---	---

### › Medizin/Forschung/Therapie

<b>Aktuelle medikamentöse Behandlungsstrategien bei AD(H)S</b> <i>Bodo Müller</i>	3
<b>Die häufigsten Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen beim AD(H)S</b> <i>Helga Simchen</i>	9

<b>Das Gehirn und die Kohlenhydrate</b>	13
---	----

*Bernd Regler*

Neues aus der Wissenschaft:

<b>ADHS-Kinder: Keine Schäden am Erbgut</b>	14
---	----

<b>Unterschiede im Gehirnaufbau machen leichter süchtig</b>	15
---	----

### › Familie/Erziehung/Gesellschaft

<b>Über den Umgang mit Depression und Hyperaktivität</b>	16
--	----

Pillen fürs Glück?

*Nationaler Ethikrat/pm/red*

<b>Elternberatung bei ADS/ADHS: Eltern als Co-Therapeuten</b>	22
---	----

*Christine Falk-Frühbrodt*

<b>Versorgung im Notstand:</b>	24
--------------------------------	----

Wer behandelt künftig psychisch kranke Kinder?

*pm/Thomas Nesselner*

Workshop von Transparency International

<b>Die Selbsthilfe geht selbstbewusst in den Dialog über ihre Unabhängigkeit</b>	25
--	----

*Andreas Renner/red*

### › Leben mit ADHS

<b>Coaching bei ADS</b>	26
-------------------------	----

*Christine Beerwerth*

<b>Coaching Programm an der Universität Köln</b>	27
--	----

<b>Anleitung für ein Leben mit ADHS'lern</b>	28
--	----

<b>ADHS-Merkzettel für Betroffene</b>	29
---------------------------------------	----

*Astrid Neuy-Bartmann*

<b>Rückenwind für die Gesundheit in Familien</b>	29
--	----

<b>BAG Selbsthilfe fürchtet um Sicherheit der Patienten</b>	30
---	----

*pm BAG Selbsthilfe/red*

<b>Ortswechsel entscheidet über die Anerkennung der Legasthenie</b>	30
---	----

<b>Meldestelle für Webbarrieren eingerichtet</b>	31
--	----

*pmBVL /red*

<b>Koalition will mehr Schutz für Kinder</b>	31
--	----

### › Aus den Regionen

Schwarzer Peter nicht immer für die Eltern –

<b>Großer Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Aachen</b>	32
--	----

*Thomas Thelen*

<b>Medikation bei ADHS – Fakten statt Mythen</b>	33
--	----

*Ph&Hz Baldus*

<b>Das Wichern-Zentrum München gründete eine ADHS-Beratungsstelle</b>	34
---	----

*Mathilde Schlayer-König*

### › ADHS DE intern

Helmstedt war eine Reise wert...

<b>Mitgliederversammlungen und erstes gemeinsames Symposium</b>	36
---	----

*Karin Knudsen*

<b>20 Jahre und viel mehr</b>	39
-------------------------------	----

Der Weg der Elternselbsthilfeverbände von der Unterstützung der Eltern zur Selbsthilfe für alle Betroffenen

*Johanna Krause*

<b>Herbsttagung der Telefonberater</b>	41
--	----

*Heike Markowski*

### › Forum

<b>Ein Leserbrief und eine Antwort</b>	42
--	----

Debatte um den Beitrag „AD(H)S-Kinder in der ergotherapeutischen Praxis“ in „die AKZENTE“

<b>Bücher, Bücher...</b>	44
--------------------------	----

<b>Impressum</b>	48
------------------	----

**Titelfoto von Renate Meyer: Notarielle Beurkundung**

*Liebe Mitglieder des ADHS Deutschland,*



*„Gemeinsam ans Ziel!“ Dies war unsere Devise in den Jahren der Diskussion und der Vorbereitung der Verschmelzung der beiden größten Verbände, die sich für Menschen mit ADHS einsetzen. Der Weg zum Ziel war lang, kurvenreich, und führte durch Höhen und Tiefen. Aber er war auch zu jeder Zeit spannend, so vielschichtig wie das Wesen von ADHS'lern, und bot stets die Aussicht auf eine starke Gemeinschaft, die sich mit vereinten Kräften für das Wohl der Betroffenen einsetzen kann.*

*Nachdem wir am 10. März in Helmstedt dieses Ziel erreicht haben, freue ich mich sehr, gemeinsam mit Frau Bürschgens Sie als frühere Mitglieder des BV AÜK e.V. und des BV-AH e.V. auf das Herzlichste in unserem neuen Verband zu begrüßen. Mir ist bewusst, dass viele von Ihnen sich Jahre, wenn nicht Jahrzehnte, in einem unserer beiden traditionsreichen Verbände engagiert haben. Wir wollen alles daran setzen, dass Sie sich im ADHS Deutschland mindestens im gleichen Maße „gut aufgehoben“ fühlen.*

*„Gemeinsam ans Ziel“ gilt nunmehr für den neuen, vor uns liegenden Weg des in Gründung befindlichen Nevereins. Wir setzen uns ein für Menschen mit ADHS, und hierzu wollen wir die besten Elemente der beiden Verbände verbinden, ausbauen und stärken. Ein solches Element ist die vor Ihnen liegende „neue AKZENTE“. Hervorgegangen aus der Mitgliederzeitschrift des BV AÜK, wollen wir alle unsere Mitglieder regelmäßig und umfassend über ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen informieren und in der öffentlichen Diskussion um ADHS neue Akzente setzen und Stellung beziehen.*

*Unsere Mitgliederzeitschrift ist nur eines von zahlreichen Projekten, die wir auf regionaler, Landes- und Bundesebene in Angriff genommen haben. Wir wünschen uns, dass Sie als Betroffene durch diese Projekte die Unterstützung erhalten, die Sie von Deutschlands größtem ADHS-Selbsthilfverband erwarten. Bedenken Sie aber bitte auch, dass der ganz überwiegende Teil der Arbeit durch ehrenamtliche Tätigkeit erbracht wird. Gestalten auch Sie den vor uns liegenden Weg mit, engagieren Sie sich im Verband, für den Verband und für seine Mitglieder!*

*Ihre Myriam Menter*

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'M. Menter'.

# Aktuelle medikamentöse Behandlungsstrategien bei AD(H)S

Bodo Müller

Entsprechend der Leitlinien der Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. zur Behandlung des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms mit und ohne Hyperaktivität beziehungsweise der hyperkinetischen Störungen sollte nach umfassender Diagnostik eine multimodale Therapie (die auf mehreren Behandlungssäulen fußt) des Störungsbildes erfolgen.

Als Indikation für die Anwendung von Psychopharmaka bei AD(H)S wird eine stark ausgeprägte, situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung (z.B. drohende Umschulung in eine Förderschule, massive Belastung der Eltern-Kindbeziehung) gesehen. Auch sollte bei Scheitern oder ungenügendem Erfolg anderer Behandlungsmöglichkeiten an eine Behandlung mit Medikamenten gedacht werden. Hierbei sollte der individuelle Leidensdruck der Kinder/Jugendlichen und Eltern hinsichtlich der familiären Situation, des schulischen Kontextes und in Bezug auf die soziale Integration Berücksichtigung finden. Insbesondere wenn eine Gefahr für die weitere Entwicklung des Kindes besteht, sollte auch ein medikamentöser Behandlungsversuch erfolgen. In krisenhaften Situationen kann mit einer medikamentösen Therapie nach den entsprechenden Voruntersuchungen (EKG, EEG; Labor) sofort begonnen werden.

Primäres Ziel der Anwendung von Psychopharmaka zur Behandlung des AD(H)S ist die Verminderung der hyperkinetischen Symptome in der Schule, in der Familie oder anderen Bereichen. In zahlreichen Studien zum Vergleich der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten des AD(H)S konnte nachgewiesen werden, dass eine individuelle, bedarfsangepasste medikamentöse Behandlung den

größten positiven Effekt auf die Kernsymptomatik des AD(H)S hat, wobei auch häufig auftretende Begleiterkrankungen durch die Behandlung günstig beeinflusst werden (MTA Cooperative Group 1999, 2004).

## Medikamentöse Behandlungsoptionen Stimulanzien

In der Kategorie der Stimulanzien zählt das Ende des 19. Jahrhunderts erstmalig synthetisierte Amphetamin zu dem ältesten und am weitesten verbreiteten Medikament. 1957 wurde von der Firma CIBA das Medikament Methylphenidat unter dem Namen Ritalin entwickelt. Schon in den 60er Jahren kam es zum Einsatz dieses Wirkstoffes bei Kindern mit Lern- und Verhaltensstörungen mit deutlich positivem Effekt. Trotz der sich durch den vermehrten Einsatz dieses Medikamentes entwickelnden kontroversen Diskussion ist Methylphenidat weiterhin das Medikament erster Wahl zur Behandlung des AD(H)S.

### Methylphenidat

Methylphenidat ist das am besten untersuchte und aktuell auch das sicherste hochwirksame zur Verfügung stehende Stimulanz. Es wird mittlerweile von zahlreichen Pharmaherstellern in Deutschland vertrieben und liegt sowohl in unretardierter (sofort wirksamer) Form mit einer Wirkdauer bis zu vier Stunden und in retardierter (verzögert freisetzender) Form mit einer Wirkdauer von bis zu 12 Stunden vor. Der wissenschaftlich fundiert beschriebene positive Effekt der Psychostimulanzien bei der Behandlung des AD(H)S ist beeindruckend. Bis zu 96 Prozent aller mit Methylphenidat beziehungsweise Dextroamphetamin behandelten Kinder verbesserten ihr Verhalten wie Elia et al. 1991 beschrieben. Auch Barkley (1998) beschreibt Methylphenidat als eine Substanz, die

bezüglich ihrer Sicherheit und Effektivität in der Behandlung von Kindern mit AD(H)S bisher unerreicht ist. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die kurz- und langwirksamen Methylphenidatpräparate sowie deren spezifische Wirkdauer.

Im Jahr 1997 wurden von der amerikanischen Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie (AACAP, 1997) folgende Effekte der Stimulanzien beschrieben. Methylphenidat reduziert die motorische Hyperaktivität auf das Aktivitätsniveau der Altersnorm. Auch eine Reduktion des exzessiven Redens, der Produktion von Lärm und Geräuschen sowie des Störens des Unterrichts, eine Verbesserung der Schrift sowie der feinmotorischen Kontrolle werden aufgeführt. Auch ist eine Verbesserung der sozialen Integration, der Fähigkeit zum selbstständigen Spielen und Arbeiten, eine bessere Einhaltung von Spielregeln, Reduktion verbaler und physischer Aggressionen gegenüber Gleichaltrigen bekannt. Ebenso wird eine Reduktion trotzigem und oppositionellen Verhaltens gegenüber Erwachsenen berichtet. Hinsichtlich der kognitiven Leistungen der Kinder und Jugendlichen wird eine Erhöhung der Aufmerksamkeitsleistung, eine geringere Ablenkbarkeit, ein verbessertes Kurzzeitgedächtnis, eine Abnahme impulsiver Verhaltensweisen sowie eine Zunahme der akkurat und ordentlich erledigten Schul- und Hausaufgaben genannt. Diese positiven Effekte werden auf die Wirkung der Stimulanzien auf den Dopaminstoffwechsel und zum Teil auf den Serotoninstoffwechsel zurückgeführt. Dopamin und Serotonin sind Botenstoffe im Gehirn, die einen wesentlichen Einfluss auf die Störung der Aufmerksamkeitsfunktionen, des Antriebs und der Motivation haben.

Vor dem Einsatz von Methylphenidat sollte gemäß einer Stellungnahme des Fachverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psycho-



Dr. med. Bodo Müller  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
St. Marien-Hospital  
52353 Düren-Birkendorf

therapie (DGKJP, 2003) eine qualifizierte Diagnostik erfolgen. Auch sollten die Diagnose und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten ausführlich mit den Eltern erörtert werden. Die Behandlung sollte unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Kindes im Rahmen eines multimodalen Gesamtkonzeptes durchgeführt werden. Es sollte ausführlich über die Wirkung der Substanzgruppe, den Wirkungseintritt und die voraussichtliche Behandlungsdauer aufgeklärt werden. Selbstverständlich gehört auch die Aufklärung über die zu erwartenden Nebenwirkungen zu einem Vorgespräch.

*Nebenwirkungen und Gegenanzeigen von Methylphenidat*

Häufige Nebenwirkungen des Methylphenidat sind ein verminderter Appetit, Schlafstörungen (insbesondere bei einer Gabe am späten Nachmittag) und gastrointestinale Beschwerden („Bauchschmerzen“), eine erhöhte Reizbarkeit und eine leicht erhöhte Herzfrequenz, die klinisch in der Regel nicht relevant ist. Insbesondere bei jüngeren Kindern kann auch eine anfängliche depressive Verstimmung, vermehrte Traurigkeit sowie ein damit einhergehender sozialer Rückzug beobachtet werden.

Da eine Ticsymptomatik nicht selten mit AD(H)S gemeinsam auftritt, kann diese erstmals bei der Anwendung der Stimulanzien ausgelöst beziehungsweise verstärkt werden. Nicht selten ist aber auch zu beobachten, dass eine Ticsymptomatik unter der Anwendung von Stimulanzien reduziert werden kann. In Einzelfällen, insbesondere bei einer Überdosierung kann es zu Schwindel, Übelkeit, Obstipation (Verstopfung) oder Sensibilitätsstörungen (Empfindungsstörungen) kommen. Sehr selten können auch Wachstumsstörungen auftreten. Daher sollten in jedem Fall vierteljährlich die Körpergröße und das Körpergewicht überprüft werden.

Für die Stimulanzien sind nur wenige Erkrankungen beschrieben, die die Anwendung verbieten. Dazu gehören Psychosen und das Glaukom (Grüner Star). Nicht angewendet werden dürfen Psychostimulanzien bei gleichzeitiger Einnahme von sogenannten MAO-Hemmern (Antidepressiva). Einer besonders engmaschigen, fachärztlichen Überwachung bedarf es bei dem gleichzeitigen Vorliegen von Anfallsleiden oder einem auffälligem EEG, bei Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck und Ticstörungen (einschließlich des Tourette-Syndroms).

Bei bekanntem Drogenabusus in der Familie oder bei dem Patienten sollten Stimulanzien nicht zum Einsatz kommen. Zwar ist kein Fall einer Stimulanzienabhängigkeit bei adäquater Diagnosestellung und ärztlicher Überwachung des Medikamenteneinsatzes beschrieben und ein positiver Effekt bezüglich des Risikos der Entwicklung eines Substanzmissbrauchs wissenschaftlich erwiesen (Huss und Lehmkuhl, 2002). Dennoch sollten diese Medikamente nicht bei Patienten mit aktuellem Substanzmissbrauch eingesetzt werden. Therapeutisch erscheint es wenig sinnvoll ein Medikament zur Steigerung der Konzentration zu verabreichen, während gleichzeitig Substanzen missbraucht werden, die die Aufmerksamkeitsfunktionen reduzieren können. Im Zweifelsfall sollten regelmäßige Drogenscreenings durchgeführt werden.

Im Vorschulalter sollten aufgrund der nur geringen Anzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen Stimulanzien mit großer Zurückhaltung zum Einsatz kommen. In diesen Fällen sollte die Medikation durch einen in der Behandlung des AD(H)S sehr erfahrenen Arzt und erst nach Ausschöpfung aller anderen Behandlungsoptionen zum Einsatz kommen.

Tabelle 1: Medikamentöse Behandlungsoptionen des AD(H)S

Substanzklasse	Wirkstoff	Präparat	Wirkungseintritt	Wirkdauer	Freisetzung des Wirkstoffs	Empfohlene tägliche Dosis
Stimulanzien	Methylphenidat (nicht retardiert)	Equasym® Medikinet® Methylpheni TAD® 5, 10, 20 mg Tbl. Methylphenidat Hexal® Methylphenidat rathiopharm® Methylphenidat 1A Pharma® Ritalin® 10 mg Tbl.	Ca. 20 Minuten	2-3-4 Std. (Maximaler Wirkspiegel nach 1 Std.)	100 %	Mittlere tägl. Dosis: 0,4 - 1 mg/Kg Körpergewicht
Stimulanzien	Methylphenidat retardiert	Concerta® 18, 36, 54mg Kps.	Ca. 40-60 Minuten	(6)-8-12 Stunden	22%-78%	Mittlere tägl. Dosis: 0,5-1mg/Kg Körpergewicht
Stimulanzien	Methylphenidat retardiert	Equasym retard®, 10, 20, 30mg Kps.	Ca. 30 Minuten	6-8 (10) Stunden	30%-70%	Mittlere tägl. Dosis: 0,5-1mg/Kg Körpergewicht
Stimulanzien	Methylphenidat retardiert	Medikinet retard®, 10, 20, 30, 40mg Kps.	Ca. 30 Minuten	6-8 (10) Stunden	50%-50%	Mittlere tägl. Dosis: 0,5-1mg/Kg Körpergewicht
Stimulanzien	Amphetaminsulfat	DL-Amphetamin (Rezeptur als Saft oder Tabletten, Kps.)	Ca. 20-60 Minuten	3-6 Stunden Maximum nach 1,5 Std.	100%	Mittlere tägl. Dosis: 0,25-0,5mg/Kg Körpergewicht
Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer	Atomoxetin	Strattera®, 10, 18, 25, 40, 60mg Kps.	Nach 4-6 Wochen!	24 Stunden	100%	0,3 (0,5) mg/Kg Körpergewicht als Initialdosis, im Verlauf wöchentliche Steigerung bis auf max 1,2mg/Kg Körpergewicht oder 80mg Gesamtdosis bei KG über 70Kg

**Anwendungshinweise**

Stimulanzien unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz. Sie müssen auf speziellen Rezeptformularen von einem Arzt verordnet werden.

Vor Beginn einer Psychostimulanzientherapie sollte eine Laboruntersuchung (einschließlich der Schilddrüsenhormone TSH und fT4) erfolgen sowie ein EKG und EEG abgeleitet werden.

Zu Beginn einer Stimulanzienbehandlung empfiehlt sich ausdrücklich die Gabe eines unretardierten Methylphenidat in geringer Dosis. Dabei sollte die Einnahme nach den Mahlzeiten (Frühstück und Mittagessen) zur Steigerung der Resorption (Aufnahme des Medikamentenwirkstoffes) und Verminderung einer möglichen Appetitreduktion erfolgen. Um ebenfalls Nebenwirkungen gering zu halten, sollte insbesondere bei jüngeren Kindern eine langsame Dosissteigerung erfolgen. Die Zieldosis sollte zunächst 0,4 bis 0,6mg pro Kg Körpergewicht betragen. In der Stellungnahme der DG-KJP aus dem Jahr 2003 zur Behandlung des AD(H)S mit Stimulanzien wird darauf hingewiesen, dass eine Tageshöchstdosis von 1,0mg pro Kg Körpergewicht wegen des ansonsten ungünstigen Risiko-Nutzen-Verhältnisses, nicht zu überschreiten ist.

Auch sollten über einen Zeitraum von 6-12 Monaten zunächst keine Medikamentenpausen an den Wochenenden oder Ferien erfolgen, da offensichtlich eine regelmäßige Einnahme der Stimulanzien einen positiven Effekt auf den Neurotransmitterstoffwechsel (u.a. Hirnbotsstoffe und deren Bindung an Rezeptoren) hat.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit sollten bereits vor Medikamenteneinstellung strukturierte Beobachtungsbögen wie Conners-Skalen oder FBB-HKS-Bögen (zur Fremdbeurteilung der hyperkinetischen Symptomatik, Döpfner et al., 2000) zum Einsatz kommen und auch im Verlauf der medikamentösen Einstellung eingesetzt werden. Hierbei sollten Lehrer, Erzieher und die Eltern unabhängig voneinander die Beurteilungsbögen ausfüllen.

Im Verlauf der medikamentösen Behandlung sollte insbesondere die emotionale Entwicklung, das Auftreten von Nebenwirkungen, die soziale Integration und der Appetit beobachtet werden. Neben der regelmäßigen Kontrolle des Körpergewichts und der Körpergröße sollten in regelmäßigen Abständen Labor, EKG, Blutdruck und Pulskontrollen durchgeführt werden. Nach spätestens einem Jahr werden Auslassversuche, zunächst an den Wochenenden und in den Ferien nach ärztlicher Absprache empfohlen.

Sollte Methylphenidat keinen positiven Effekt auf die Kernsymptomatik der hyperkinetischen Störung haben, ist zunächst eine Überprüfung der Diagnose durchzuführen. Sollte diese bestätigt werden können, ist der Einsatz von Amphetamin in Erwägung zu ziehen. Zusätzlich sollten verhaltenstherapeutische Maßnahmen und regelmäßige Elterngespräche erfolgen.

**Kurzwirksame**

*Methylphenidatpräparate*

Die kurzwirksamen Methylphenidatpräparate sollten in zwei, maximal drei Einzeldosen verabreicht werden. In Einzelfällen kann eine Gabe nach 15 Uhr sinnvoll sein. Hier muss unbedingt berücksichtigt werden, ob sich Einschlafstörungen entwickeln oder verstärken. In Einzelfäl-

len kann auch eine abendliche Gabe einer niedrigen Dosis (2,5 oder 5mg MPH) einen positiven Effekt auf das Einschlafen haben. Dies gilt insbesondere für motorisch sehr überaktive Kinder.

**Langwirksame**

*Methylphenidatpräparate*

Langwirksame Methylphenidatpräparate sollten immer dann zum Einsatz kommen, wenn die Wirkung eines kurzwirksamen Stimulanz nicht ausreichend den Schulvormittag abdeckt oder bei Nachlassen der Wirkung eines kurzwirksamen Präparates eine verstärkte, übermäßige Zunahme der hyperkinetischen Symptomatik („Reboundphänomen“) zu beobachten ist. Langwirksame Methylphenidatpräparate werden meist einmalig morgens verabreicht.

In Deutschland zugelassen sind mittlerweile die langwirksamen Methylphenidatpräparate Concerta®, Medikinet retard® und Equasym retard®. Diese werden wie in *Tabelle 1* aufgeführt in unterschiedlichen Wirkstärken angeboten. Neben den verschiedenen Wirkstärken unterscheiden die Präparate sich durch ihre Zubereitung sowie hinsichtlich der Freisetzung des Methylphenidat zum Teil erheblich. Während bei Medikinet retard® etwa nach 20-30 Minuten 50% des Methylphenidat über einen Zeitraum von etwa 4 Stunden freigesetzt wird und die 2. Hälfte eine Wirkdauer bis zu 10 Stunden aufweist, werden bei Concerta® und Equasym retard® zu Beginn der Medikamentenwirkung lediglich 22% bzw. 30% Methylphenidat freigesetzt. Dies führt insbesondere bei Concerta® häufig dazu, dass insbesondere im schulischen Bereich eine ungenügende Wirkung beobachtet wird. Gehäuft wird daher bei Concerta® zusätzlich morgens ein unretardierte Methylphenidatpräparat verabreicht. Aufgrund der besonderen Zubereitung des Medikinet retard® ist es bei diesem Präparat unbedingt erforderlich, dass die Kinder vorab frühstücken. Die Kapseln können geöffnet werden, der Inhalt (kleine Kügelchen, „Pellets“) sollte auf keinen Fall in ein alkalisches Milieu (Milch oder ähnliches) gegeben werden. Es empfiehlt sich, wenn die Kapseln nicht vollstän-

Dosen pro Tag
(1-) 2 - 3 (-4)
1 Ggf. Kombination mit nicht ret. Methylphenidat
1 (-2) Ggf. Kombination mit nicht ret. Methylphenidat
1 (-2) Ggf. Kombination mit nicht ret. Methylphenidat
1 (-2) Ggf. Kombination mit nicht ret. Methylphenidat
1 (-2)

dig geschluckt werden können, die Pellets in Apfelmus auf einen Teelöffel zu geben.

Equasym retard® wird damit beworben, dass ein Frühstück explizit nicht erforderlich sei um eine entsprechende Wirkung zu erzielen. Da der Wirkstoff wie oben beschrieben allerdings eine Appetitreaktion bewirkt, ist auch hier unbedingt ein Frühstück vorab empfohlen. Bezüglich des Equasym retard®, welches im Sommer 2006 in Deutschland zugelassen wurde, liegen bisher die wenigsten klinischen Erfahrungen vor. Hier bleibt abzuwarten, inwiefern die Aufteilung der Wirkstofffreisetzung (30:70) einen ähnlichen negativen Effekt auf die Anfangswirkstärke aufweist wie dies bei Concerta® gut bekannt ist.

Auch die langwirksamen Methylphenidatpräparate Ritalin LA® und Ritalin SR® sollen an dieser Stelle kurz erwähnt werden. Beide Stimulanzien sind zwar relativ unproblematisch importierbar, auf dem deutschen Markt aber nicht zugelassen und werden daher von den Krankenversicherungen zunehmend nicht mehr bezahlt. Sollten diese Substanzen aufgrund einer ungenügenden Wirksamkeit der zugelassenen langwirksamen Methylphenidatpräparate versuchsweise zum Einsatz kommen, sollte vorab immer mit der zuständigen Krankenversicherung abgeklärt werden, ob eine Kostenübernahme erfolgt.

#### *Methylphenidat im Erwachsenenalter*

Immer mehr Jugendliche, die erfolgreich mit Methylphenidat behandelt wurden, haben zwischenzeitlich das 18. Lebensjahr vollendet und sind erwachsen geworden. Entsprechend der aktuellen Datenlage haben aber noch etwa 30 % dieser Patienten beeinträchtigende Symptome des AD(H)S und würden von einer Fortsetzung der Methylphenidattherapie profitieren. Problematisch erweist sich dabei, dass nach dem aktuellen rechtlichen Stand paradoxerweise für Erwachsene keine Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für die Anwendung von Methylphenidat bei der Behandlung des

AD(H)S besteht (sog. Off-Label-Anwendung). Zwar hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits in einer Sitzung am 20. Dezember 2005 die Expertengruppe Off-Label im Fachbereich Neurologie/Psychiatrie mit der Erstellung einer Bewertung zur Anwendung von „Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter“ beauftragt. Eine positive Bewertung und Streichung des Methylphenidat von der Off-Label-Liste bezüglich der Anwendung im Erwachsenenalter ist jedoch noch immer nicht erfolgt.

Der dargestellte Sachverhalt führt dazu, dass die Krankenkassen derzeit die Kostenübernahme für alle Methylphenidatpräparate, die Erwachsenen verordnet werden, in der Regel spätestens nach einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ablehnen. Das bedeutet in der Praxis, dass immer weniger Ärzte Methylphenidat für Erwachsene verordnen, da sie mit Regressen (in diesem Fall Erstattung der Arzneimittelkosten) rechnen müssen.

Positiv zu bewerten ist, dass nach Kenntnis des Autors zwischenzeitlich von mindestens einer Pharmafirma eine wissenschaftliche Untersuchung zur Anwendung des Methylphenidat im Erwachsenenalter beim BfArM vorgelegt und eine Zulassung beantragt wurde. Aufgrund des relativ hohen bürokratischen Aufwandes ist jedoch auch hier noch mit einer längeren Wartezeit zu rechnen.

Sollte die Fortsetzung einer medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat im Erwachsenenalter angestrebt werden, ist in jedem Fall vorab eine Kostenübernahme durch die jeweilige Krankenversicherung zu prüfen. Wird eine Kostenübernahme abgelehnt, bleibt den Betroffenen entweder der Rechtsweg, d.h. die Klage vor einem Sozialgericht, die Eigenfinanzierung oder die Umstellung auf das für das Erwachsenenalter zugelassene Atomoxetin.

Insbesondere bei Patienten, die bereits erfolgreich mit Methylphenidat vor der Vollendung des 18. Lebensjahres behandelt wurden und bei denen eine Medikation mit Atomoxetin oder einer anderen Medikation keinen ausreichenden Behandlungserfolg ergab, dürften die Chan-

cen auf eine erfolgreiche Klage relativ gut stehen.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) aus dem Jahr 2002 (B 1 KR 37/00 R) müssen die Krankenversicherungen Kosten einer Behandlung übernehmen, wenn drei Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Kassenpatient leidet an einer „schwerwiegenden Erkrankung“. Hierunter wird nach Auslegung der Richter eine „lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende“ Krankheit verstanden.

2. Es gibt keine Behandlungsalternative. Das heißt, dass für die konkrete Behandlungssituation keine zugelassene Therapie zur Verfügung steht, die dem Patienten gleich gute Erfolgsaussichten bietet. Das ist auch dann der Fall, nachdem sich zugelassene Medikamente als wirkungslos erwiesen haben oder ihre Nebenwirkungen so groß waren, dass der Arzt die Therapie unterbrechen musste.

3. Bei dem strittigen Medikamenteneinsatz muss wenigstens „eine begründete Aussicht“ auf einen Behandlungserfolg bestehen. Als Beleg ließen die obersten Sozialrichter ausdrücklich zwei Nachweise gelten: Entweder der Hersteller hat für sein Medikament bereits einen Antrag auf Zulassung für die zum Streitfall passende Indikation gestellt. Dann muss eine klinische Studie (so genannte Phase-III-Studie) den Nutzen des Medikamentes bei vertretbaren Risiken belegen. Alternativ reicht es aus, wenn medizinische Fachpublikationen bereits zuverlässige wissenschaftliche Erkenntnisse über den Nutzen der Therapie veröffentlicht haben. Zusätzlich muss unter den einschlägigen Fachärzten Konsens herrschen, dass das Medikament bei der in Frage stehenden Indikation von therapeutischem Nutzen ist.

Gemäß dem Urteil des BSG aus dem Jahre 2002 kann zur Durchsetzung einer Kostenübernahme auf die Leitlinie ADHS im Erwachsenenalter der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde aus dem Jahre 2003 verwiesen werden (DGPPN, 2003). Dort werden auch zahlreiche kontrollierte Doppelblindstudien zur medika-



mentösen Behandlung des ADHS im Erwachsenenalter zitiert. Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter wurde bereits 2004 von Faraone et al. publiziert.

### Amphetaminsulfat

Sollte Methylphenidat bei angemessener Überprüfung der Wirksamkeit keinen ausreichenden Effekt auf die hyperkinetische Störung haben, ist der Einsatz von Amphetamin in Form von D-L-Amphetaminsaft oder Amphetamintabletten (beides muss nach Verordnung durch den Arzt von einer Apotheke hergestellt werden) in Erwägung zu ziehen. Das Nebenwirkungsprofil entspricht weitgehend dem des Methylphenidat. Aufgrund der chemischen Struktur überwindet Amphetamin möglicherweise verbessert die Blut-Hirn-Schranke. In jedem Fall sollte Amphetamin in niedrigerer Dosis (0,1 - 0,5mg pro Kilogramm Körpergewicht) als Methylphenidat verabreicht werden. Auch hier sollte eine genaue Überprüfung der Wirksamkeit mittels Fremdbeurteilungsbögen in den relevanten Bereichen (Schule und Familie, gegebenenfalls Hausaufgabenbetreuung oder Hort) erfolgen. Insbesondere in höheren Dosierungen, bei älteren Kindern, gestaltet sich die Verabreichung des Amphetaminsaftes oft etwas umständlich, auch muss der Saft gekühlt gelagert werden.

### Pemolin

Pemolin (Hyperilex<sup>®</sup>, Tradon<sup>®</sup>) gehört ebenfalls zu den Stimulanzien. Es ist aufgrund der gehäuft unter der Medikation beobachteten Leberfunktionsstörungen derzeit nicht auf dem deutschen Markt zugelassen und erhältlich.

### Atomoxetin

Sollte Methylphenidat oder Amphetaminsulfat keine ausreichende Wirkung zur Reduktion der hyperkinetischen Symptomatik ergeben, kann ein Behandlungsversuch mit Atomoxetin überlegt werden. Atomoxetin (Strattera<sup>®</sup>) ist seit Dezember 2004 für die Behandlung der hyperkinetischen Störung in Deutschland zugelassen. Es ist ein

Medikament, welches ursprünglich für die Behandlung von Erwachsenen mit Depressionen entwickelt wurde. Es ähnelt in seiner chemischen Struktur stark einem anderen Antidepressivum, hat sich in diesem Bereich jedoch als wenig wirksam erwiesen. Es hat einen Effekt auf den Gehirnbotsstoff Noradrenalin (im Bereich des präsynaptischen Noradrenalintransporters) sowie einen schwachen Effekt auf Serotonin- und Dopamin-Transporter. Im Gegensatz zu den Stimulanzien fällt Atomoxetin nicht unter das Betäubungsmittelgesetz. Die Substanz sollte nach der Empfehlung der europäischen Behandlungsrichtlinie von Banaschewski, Döpfner und Rothenberger (Banaschewski et al., 2006) zum Einsatz kommen, wenn ein Kind beziehungsweise Jugendlicher kurzwirksames Methylphenidat nicht vertragen hat, ein Patient nicht auf ein kurzwirksames Methylphenidat angesprochen hat oder ein langwirksames Methylphenidatpräparat nach Ersteinstellung eine unzureichende Wirkung zeigt.

Als primäre Indikation für die Einstellung mit Atomoxetin bei AD(H)S werden entsprechend der genannten Leitlinie Substanzmissbrauch, eine komorbide (gleichzeitig auftretende) Tic- oder Angststörungen beschrieben. Weitere primäre Indikationen sind eine gewünschte Wirkdauer über 24 Stunden, wenn es z.B. zu ausgeprägten Schlafstörungen kommt oder wenn die Eltern eine Substanz bevorzugen, die nicht zu den Stimulanzien gehört. Ein positiver Effekt wurde auch hinsichtlich einer gleichzeitig bestehenden Enuresis nocturna (nächtliches Einnässen) beschrieben. Zur Reduktion der Nebenwirkungen sollte möglichst eine Anfangsdosis von 0,3 mg pro Kg Körpergewicht am Tag gewählt werden. In der Regel wird die Medikation durch eine Einmalgabe morgens verabreicht. Die Zieldosis sollte 1,2 mg pro Kg Körpergewicht nicht überschreiten. Besonders zu berücksichtigen ist, dass ein positiver Wirkeffekt erst nach 4-6 Wochen langsam zunehmend zu erwarten ist. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu den Stimulanzien, wo in der Regel bereits nach wenigen Tagen und je nach Do-

sierung bereits nach 20-30 Minuten ein Effekt zu beobachten ist.

An Nebenwirkungen sind für Atomoxetin Bauchschmerzen und ebenfalls eine Appetitreduktion beschrieben. Auch hier kann es zu Übelkeit oder Erbrechen kommen. In einem „Rote Hand Brief“ des Herstellers vom September 2005 wird darauf hingewiesen, dass unter Atomoxetin eine Zunahme von aggressivem Verhalten oder Suizidgedanken auftreten können. Auch sollen regelmäßige Kontrollen der Leberwerte durchgeführt werden, da in Einzelfällen, insbesondere in Kombination mit anderen Medikamenten, Leberschädigungen beobachtet wurden. Die Höchstdosis beträgt unabhängig von dem Körpergewicht 80 mg am Tag.

### Andere Medikamente zur Behandlung des AD(H)S

Sollten die oben beschriebenen Substanzen zu keiner ausreichenden Reduktion der hyperkinetischen Symptomatik führen, kommen bei ausgeprägter Symptomatik andere Psychopharmaka wie Neuroleptika oder Antidepressiva zum Einsatz. Vor Einsatz entsprechender Präparate sollte jedoch möglichst unter klinischen Bedingungen (teilstationäre oder stationäre Behandlung in einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie) eine Nichtwirksamkeit der oben beschriebenen Medikamente gesichert sein. Ebenfalls unter klinischen Bedingungen sollte dann die Wirksamkeit der zum Einsatz kommenden Medikamente überprüft werden. An erster Stelle sind zur Reduktion des expansiven (Aggressivität und Impulsivität), hypermotorischen Verhaltens Neuroleptika wie Pipamperon (Dipiperon<sup>®</sup>) und Risperidon (Risperdal<sup>®</sup>) geeignet. Insbesondere Risperidon scheint dabei keinen negativen Effekt, dosisabhängig möglicherweise sogar einen positiven Effekt, hinsichtlich der Aufmerksamkeitsleistungen zu haben. Dieses Medikament wird, da die hyperkinetischen Störungen häufig auch in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens auftreten, oft auch in Kombination mit Methylphenidat eingesetzt. Es wird bis auf eine mögliche Gewichtszunahme,

die wiederum durch Methylphenidat bei Kombination der beiden Präparate gebremst oder verhindert werden kann, meist recht gut vertragen. Genau beobachtet werden sollten Schlafstörungen, Kopfschmerzen oder Angstzustände.

### Alternative Therapien

Sowohl für die Bachblüten-Therapie als auch andere homöopathisch wirksame Präparate wie z.B. Zappelin, gibt es keine ausreichenden, evidenzbasierten, placebokontrollierten Wirksamkeitsnachweise.

### Zusammenfassung

Vor einer medikamentösen Behandlung des AD(H)S sollte in jedem Fall eine gründliche Diagnostik erfolgen. Die Pharmakotherapie stellt einen Teil der für die Behandlung des AD(H)S geforderten multimodalen Behandlungsstrategie dar. Methylphenidat ist unverändert das Medikament der ersten Wahl. Zusammen mit Amphetamin werden für die beiden Stimulanzien bei bis zu 96 Prozent der mit diesen Medikamenten behandelten Kindern und Jugendlichen positive Effekte beobachtet. Langwirksame Methylphenidatpräparate stellen eine sinnvolle Behandlungsoption zur Verbesserung der Wirksamkeitsdauer und Compliance (das kooperative Verhalten der Patienten) dar. Atomoxetin sollte bei Nichtwirksamkeit von Stimulanzien und bei den besonderen Indikationen ausgeprägtes Tourette-Syndrom/Tic-Symptomatik, bei Substanzmissbrauch oder wenn die Familie eine Substanz bevorzugt, die nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, zum Einsatz kommen.

#### Literatur

1. AACAP, 1997: Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 Suppl.: 855-1215. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 2000: 4th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S.V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-Ch., Sonuga-Barke, E.J.S., Taylor, E. 2006: Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

3. Baumgaertl, A., Wolraich, M., Dietrich, M. 1995: Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34, 629-638.
- Brühl, B., Döpfner, M., Lehmkuhl, G. 2000: Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung* 9, 115-125.
4. BUNDESZOZIALGERICHT Urteil vom 19.3.2002, B 1 KR 37/00 R [http://www.lumrix.de/gesetze/bsg\\_urteile/bsg\\_2386.php](http://www.lumrix.de/gesetze/bsg_urteile/bsg_2386.php).
5. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J., 2004: Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Feb;24(1):24-9.
6. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) 2003: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage. Deutscher Ärzte Verlag (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfleit.htm>)
7. Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2003: ADHS im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* 10, 2003, 939-946.
8. Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2001: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bei ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmfleit.htm>)
9. Döpfner, M., Lehmkuhl, G. 2000: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). 2. erweiterte Auflage, Huber, Bern.
10. Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. 2000: Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1. Hogrefe, Göttingen.
11. Eggers, C., Fegert, J.M., Resch, F. (Hrsg.) 2004: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
12. Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., McGough, J., Wigal, S., Wigal, T., Vitiello, B., Skrobala, A., Posner, K., Ghuman, J., Cunningham, C. Davies, M., Chuang, S., Cooper, T. 2006: Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45, 1284-1293.
13. Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. 2003: Entwicklungspsychiatrie. 1. Aufl., Schattauer, Stuttgart, New York.
14. Huss, M., Lehmkuhl, U. 2002: Methylphenidate and substance abuse: a review of pharmacology, animal, and clinical studies. *Attention Disorder*. 2002;6 Suppl 1:565-71.
15. MTA Cooperative Group 1999: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56, 1073-1086.
16. MTA Cooperative Group 2004: National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: Changes in Effectiveness and Growth after the End of Treatment. *Pediatrics* 113, 762-769.
17. Remschmidt, H., Schmidt, M., H., Poustka, F. (Hrsg.) 2006: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO, 5., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Huber, Bern.
18. Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H.-Ch., Zuddas, A. 2004: European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Suppl 1]13, 1/7-1/30.

## Gefängnisstudie soll die Verbindung zwischen Ernährung und Verhalten prüfen

Die schottische Tageszeitung „The Scotsman“ berichtete am 22.01.07 über eine Tagung in Glasgow, die unter dem Motto stand „Ernährung, Verhalten und die Junk-Food-Generation“.

Hiernach hofft der Oxforder Neuropsychiologe, Professor John Stein, im Rahmen einer staatlich geförderter Studie an 1200 Insassen eines schottischen Gefängnisses nachweisen zu können, dass sich durch die Zufuhr von Nahrungsergänzungen (Vitaminen, Mineralien und Omega-3-Fettsäuren) die Gewalttätigkeit und das antisoziale Verhalten der Gefangenen verringert.

Er stützt sich hierbei auf eine entsprechende, kleinere Studie aus dem Jahr 2002, in der bei den Betroffenen ein 40prozentiger Rückgang des gewalttätigen Verhaltens beobachtet werden konnte, sowie auf weitere Studien aus den USA mit ähnlichen Ergebnissen.

Dr. Alex Richardson von der Universität Oxford erklärte hierzu, dass Stimmung und Verhalten durch diätetische Faktoren beeinflusst würden, da sich diese auf das Gehirn und die Neurotransmitterfunktion auswirkten.

Das Problem der modernen Ernährung sei, dass sie eine hohe Energiedichte aufweise und eine schlechte Nährstoffversorgung habe. Der Körper würde damit nicht die Nährstoffe erhalten, die das Gehirn benötige, um richtig arbeiten zu können. Dies führe wiederum zu Verhaltensproblemen und Gewalttätigkeit (Red RM).

Quelle:  
The Scotsman 22.1.2007  
Internet: <http://thescotsman.scotsm.com/index.cfm?id=110342007>

Literatur:  
Dr. Alex Richardson, *They Are What You Feed Them: How Food Can Improve Your Child's Behaviour, Learning and Mood*, Taschenbuch 2006  
<http://www.theyarewhatyoufeedthem.com/home.php>

Food and Behaviour Research  
[http://www.fabresearch.org/view\\_item.aspx?item\\_id=3](http://www.fabresearch.org/view_item.aspx?item_id=3)  
[http://www.fabresearch.org/view\\_item.aspx?item\\_id=473](http://www.fabresearch.org/view_item.aspx?item_id=473)

# Die häufigsten Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen beim AD(H)S

Helga Simchen



Dr. Simchen  
Kinderarzt / Kinderneurologe / Kinder- und Jugendpsychiater  
Tiefenpsychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie / Systemische Familientherapie / Hypnose

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Stimulanzien behandeln? Ja oder nein? – Eine schwierige Frage, deren Beantwortung sowohl gute Kenntnisse der AD(H)S-Problematik als auch Verantwortung und Klarheit darüber voraussetzt, was man wie mit der Behandlung erreichen will. Diese sollte vordergründig der besseren Alltagsbewältigung dienen, seelische Verletzungen beseitigen, Selbstwertgefühl und Sozialverhalten verbessern. Dazu eignet sich am ehesten die Verhaltenstherapie, allein oder in Kombination mit der Stimulanzientherapie, je nach Schwere der Symptomatik. Der Therapieansatz sollte problembasiert, lösungsorientiert, personen- und familienzentriert sein.

AD(H)S ist eine neurobiologisch bedingte Störung mit Reizfilter-schwäche im Stirnhirnbereich, sowie ein Mangel an verfügbaren Botenstoffen, was sein Erscheinungsbild prägt. Die Veranlagung zum AD(H)S wird vererbt. Wenn auch einige Autoren noch von einem Vererbungsgrad von 60-70 Prozent ausgehen, wie man es in Beiträgen lesen kann, so muss man aber bedenken, dass in dieser Statistik leider noch immer das ADS ohne Hyperaktivität gar nicht oder sehr unvollständig berücksichtigt wird, weil es recht schwierig zu diagnostizieren ist.

Bei allen Subtypen des ADS sind immer folgende Funktionsbeeinträchtigungen nachweisbar:

- ▮ Viel zu viele Wahrnehmungen treffen ungefiltert auf das Gehirn, die dann zum Arbeitsgedächtnis weitergeleitet werden
- ▮ Aufmerksamkeit und Konzentration können nicht willentlich über eine längere Zeitspanne konstant gehalten werden
- ▮ Selbstorganisation und Aktivierung für eine Routinetätigkeit fallen schwer
- ▮ Die Gefühlssteuerung ist spontan und ungebremst

- ▮ Zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis kommt es zu Informationsverlusten
- ▮ Die verschiedensten motorischen Bereiche können betroffen sein

Das Spektrum der Symptomatik ist groß, es schwankt zwischen zu wenig und zu viel Aktivität, Hochbegabung mit und ohne schulischem Versagen, von hoher sozialer Anerkennung bis zum dissozialen Verhalten, wobei aber die Hauptsymptome immer und über einen längeren Zeitraum vorhanden sein müssen und die Psychodynamik in der Entwicklung von Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen (Komorbiditäten) jederzeit nachvollzogen werden kann.

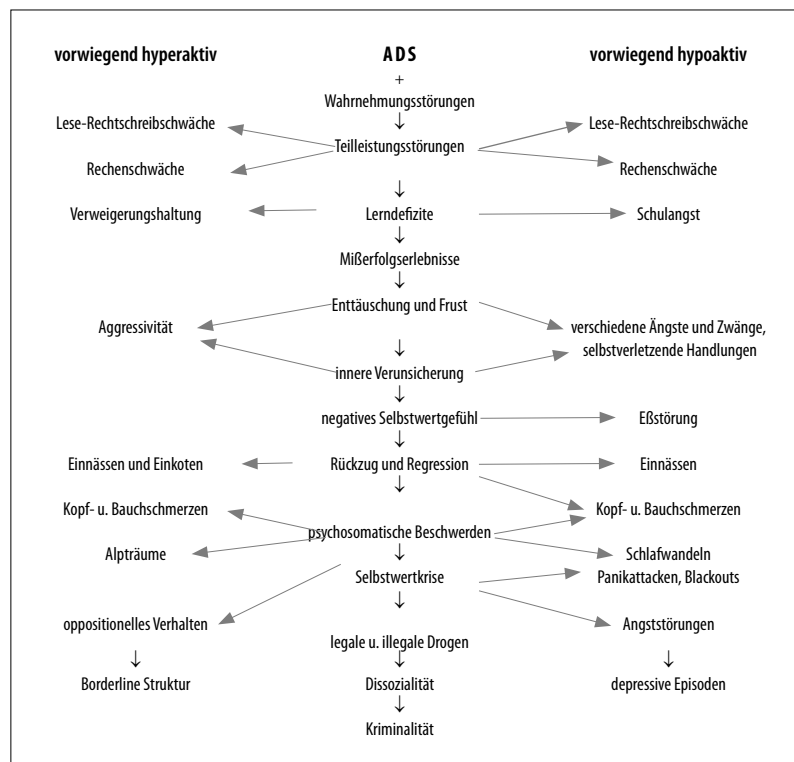
Das AD(H)S wird nicht nur wegen seiner Akutsymptomatik behandelt, sondern vor allem, um seine Spätfolgen zu vermeiden. Der Ausgangspunkt dafür sind eine zu starke seelische Belastung, bei geringem Selbstvertrauen, dem Gefühl der sozialen Ausgrenzung und Dauerstress.

Das Selbstwertgefühl entwickelt sich aus:

- ▮ der genetischen Grundausstattung
- ▮ den täglichen Erfahrungen, die ein Mensch während seines Lebens sammelt und für sich auswertet
- ▮ der Anerkennung und Akzeptanz, die er von der Umgebung erfährt
- ▮ der Stärke seiner Einflußname auf das Denken und Handeln anderer
- ▮ der Erfüllung seiner an sich gestellten Erwartungen.  
(siehe Überblick)

Manche Begleiterscheinungen des AD(H)S sind so häufig, dass sie für dessen Diagnostik bereits einen hinweisenden Charakter haben. Dazu gehören;

- ▮ Das oppositionelle Verhalten, was 40-60 Prozent der Hyperaktiven entwickeln.
- ▮ Etwa 80 Prozent aller Kinder mit Lese-Rechtschreibschwäche und 60 Prozent aller Kinder mit Re-



Überblick über einen möglichen Zusammenhang zwischen ADS, seinen Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen in der Psychodynamik

chenschwäche haben weitere Symptome, die auf ein AD(H)S hindeuten.

- ▮ Entwicklungsstörungen der Sprache sind ein Leitsymptom für ein beginnendes AD(H)S, ebenso wie die Beeinträchtigung der Fein-, Grob- und Visuomotorik.
- ▮ Bei Kindern mit „Hörproblemen“ sollte ein AD(H)S ausgeschlossen werden, denn zwei Drittel dieser Kinder haben eine auditive Wahrnehmungsstörung.
- ▮ Angst und Aggression sind oft die ersten Anzeichen einer schon begonnenen inneren Verunsicherung und sollten immer, wenn sie sich vor und nach der Einschulung zeigen, an ein mögliches Vorliegen einer ADS-Veranlagung denken lassen.
- ▮ Frühdiagnostik und Frühbehandlung sind sehr wichtig, denn bereits über Jahre bestehende und eingeschliffene Verhaltensweisen lassen sich viel schwerer beseitigen.
- ▮ Bis zum Schulbeginn sollten sich die wichtigsten Gedächtnisbahnen für die Informationsverarbeitung ausgebildet haben.

Die Symptomatik der hyperaktiven Kinder wird viel eher erkannt und somit werden diese Kinder auch früher behandelt. Die hypoaktiven Kinder (Kinder mit einem ADS ohne Hyperaktivität) fallen zunächst mit ihrer Problematik nicht auf, sie leiden aber viel mehr. Ein hyperaktives Kind entwickelt Schutzmechanismen: Es ist nie etwas gewesen, immer hat ein anderer Schuld. Es reagiert seinen Frust lautstark, überschießend, spontan und unüberlegt aggressiv nach außen hin ab, vergißt und verzeiht dabei aber schnell.

Ein hypoaktives Kind dagegen gibt sich immer zuerst die Schuld, verschließt sich, macht Rückzug, wird regressiv und ängstlich. Angst und ängstliches Verhalten sind sehr häufig das erste Anzeichen einer inneren Verunsicherung mit beginnender Selbstwertproblematik. Diese Kinder entwickeln viel häufiger und wesentlich früher und stärker ein schlechtes Selbstwertgefühl, das die weitere Entwicklung sowohl im Leistungs- als auch im sozialen Bereich wesentlich

beeinträchtigt. Unbehandelt kann es zur psychischen Destabilisierung mit Versagensängsten, Rückzug mit kleinkindhaftem Verhalten, Auftreten von autoaggressiven und stereotypen Verhaltensweisen, Zwängen, depressiven Reaktionen kommen. Psychische Erkrankungen kommen beim ADS ohne Hyperaktivität in allen Altersgruppen um ein Vielfaches häufiger vor, als beim Durchschnitt der Bevölkerung.

Die häufigsten Begleit- und Folgeerscheinungen beim ADS sind:

- ▮ Lese-Rechtschreibschwäche und Rechenschwäche
- ▮ Emotionale Steuerungsschwäche
- ▮ psychosomatische Beschwerden
- ▮ Einnässen (besonders tagsüber) und Einkoten als Überlaufeffekt
- ▮ Ängste (Dunkel-, Trennungs- und Versagensängste)
- ▮ Selbstwertkrisen
- ▮ Impulssteuerungsschwäche
- ▮ Zwänge
- ▮ Essstörungen
- ▮ Depressive Episoden
- ▮ Nikotin- und Alkoholmißbrauch
- ▮ Tics und Tourette-Syndrom
- ▮ Rauschgiftkonsum und Drogenabhängigkeit
- ▮ Schlafepilepsie mit fokalen Anfällen (Rolando-Epilepsie)
- ▮ Blicksteuerungsschwäche (gestörtes dynamisches beidäugiges Sehen)

Während der Zusammenhang zwischen AD(H)S und Lese-Rechtschreibschwäche schon vielfach erörtert wurde und auch bereits von verschiedenen Fachrichtungen anerkannt wird, wird über seine Verursachung einer Rechenschwäche noch relativ wenig berichtet.

Neben der typischen AD(H)S-Symptomatik fällt bei den Kindern mit Rechenschwäche und AD(H)S eine schlechte Automatisierung in den Grundrechenarten auf. Die betroffenen Kinder können nur mit den Fingern oder mit anderen Hilfsmitteln rechnen und das oft noch in der 4. Klasse. Sie vergessen schnell den Rechenweg, weil sie ihn nicht abrufbar im Langzeitgedächtnis abgespeichert haben. So können sie Plus- und Minusaufgaben nur mit den Fingern rechnen, das Einmaleins

geht oft besser, da sie es auswendig gelernt haben. Sie beherrschen es solange, wie sie es täglich anwenden. Liegen die großen Ferien dazwischen, wird vieles vergessen. Drei- oder vierstellige Zahlen können sie nur untereinander addieren oder subtrahieren, nicht im Kopf oder in einer Reihe geschrieben. Außerdem bereitet ihnen das Lösen von Textaufgaben wegen ihrer Komplexität Probleme, denn sie erfordern eine Verbindung von konvergentem und Transferdenken.

Werden dann z.B. die Hausaufgaben am Nachmittag ohne Einnahme der Stimulanzien angefertigt, wird infolge von Reizfilterschwäche und Botenstoffmangel nur ein kleiner Teil des Gelernten im Langzeitgedächtnis abgespeichert, wo es für längere Zeit abrufbereit gespeichert wird. Deshalb sollte bei allen Kindern mit Teilleistungsstörungen von Anfang an darauf geachtet werden, ob dem Kind bereits Gelerntes „automatisch“ zu Verfügung steht.

Die emotionale Steuerungsschwäche ist ein wichtiges Leitsymptom für AD(H)S. Sie ist in allen Altersstufen und bei allen Subtypen nachweisbar. Auch die innere Unruhe und das ständige „Kreisen der Gedanken“ im Kopf sind Symptome, über die viele Betroffene klagen. Einige Erwachsene mit AD(H)S rauchen stark, sind alkoholabhängig, manche konsumieren gelegentlich oder regelmäßig Haschisch. Sie betreiben damit unbewusst eine Selbstbehandlung. Nach Genuss dieser Mittel verspüren sie die von ihnen so herbeigesehnte innere Ruhe, Ängste und Zwangsgedanken sind erträglicher oder vorübergehend nicht mehr vorhanden.

Unbehandelt kann eine ausgeprägte AD(H)S-Symptomatik mit Selbstwertproblematik durch ständiges Erfahren von Erfolglosigkeit trotz intensiver Anstrengung und dem Gefühl des Ausgegrenztseins über eine psychische Krise in eine Sucht führen.

Denn psychodynamisch kommt Sucht nicht von Drogen, sondern von:

- ▮ verdrängten Träumen
- ▮ unerfüllter Sehnsucht
- ▮ verschluckten Tränen
- ▮ erfrorenen Gefühlen

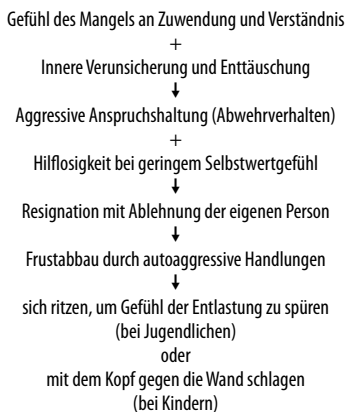
- erlittener Kränkung
- ständiger Angst zu versagen und dem Gefühl, nicht verstanden und abgelehnt zu werden

Somit ist die Sucht beim ADS oft das enttäuschende Ergebnis eines verlorenen Kampfes der inneren Auseinandersetzung zwischen eigenem Anspruch und dem eigentlich vorhandenen Leistungsvermögen sowie den Anforderungen der Umwelt bei schlechtem Selbstwertgefühl.

Der Genuss von Rauschmitteln dient zunächst der Konfliktlösung und dem Erleben eines gewünschten Zustandes. Kommen noch andere belastende Probleme hinzu, so ist der Weg in die Sucht schnell gebahnt. Eine frühzeitige und erfolgreiche Behandlung des AD(H)S kann ein Abgleiten in die Sucht verhindern.

Eine andere Möglichkeit Frust abzubauen sind autoaggressive Handlungen, deren Psychodynamik beim AD(H)S wie folgt sein kann:

**Ursache für Autoaggressivität beim ADS**



Bei den AD(H)S-Betroffenen kommen um ein Vielfaches häufiger als bei Nichtbetroffenen Angst- und Zwangsstörungen vor.

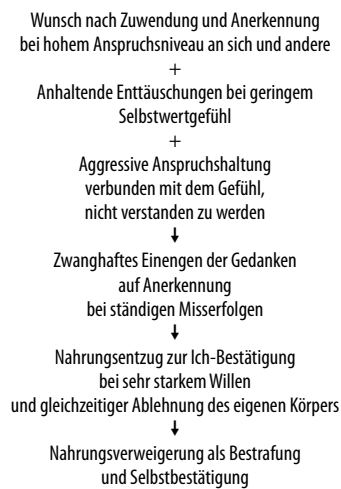
Zwänge sind Rituale, die immer wiederkehren und sich nicht unterdrücken lassen. Sie betreffen das Denken, das Handeln und die Vorstellung.

Sie werden als störend empfunden und dienen der Neutralisation von Ängsten, Aggressionen und der Stabilisierung des Selbstwertgefühls, wenn zur psychischen Entlastung keine anderen Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen. Der Versuch, sie zu unterdrücken baut

einen starken inneren Druck auf, der als schmerzhaft empfunden wird und auf Dauer nicht unterdrückt werden kann.

Es gibt eine Fülle von ADS-assoziierten Folge- und Begleitkrankheiten (s. oben). Hier steht die Forschung noch am Anfang. Die Erfahrungen aus der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis Erwachsener und Jugendlicher ergeben eindeutige Hinweise auf einen Zusammenhang von AD(H)S in der Kindheit als Ursache für „seelische Narben“ und deren Folgen im späteren Leben.

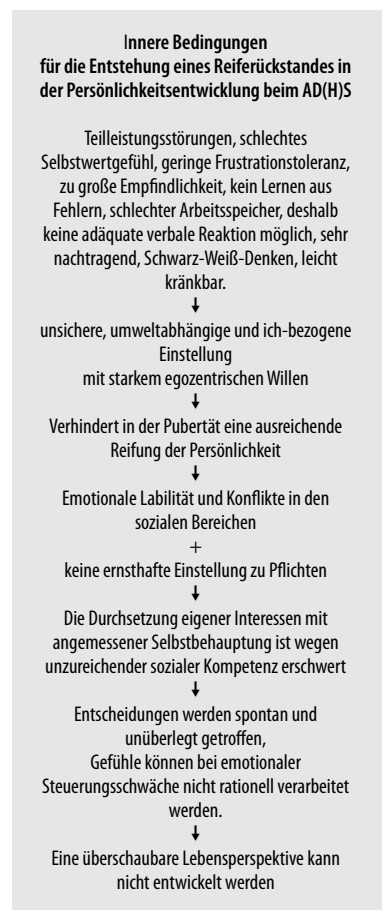
Zum Beispiel die Essstörungen und ihre mögliche Psychodynamik im Verlaufe eines unbehandelten ADS:



Hiervon sind besonders intelligente Mädchen und Jugendliche betroffen, die seit Jahren an einem schlechten Selbstwertgefühl leiden, sich selbst nicht begreifen, von anderen schon gar nicht verstanden werden und dann dank ihres sehr starken Willens das schaffen, was andere nicht erreichen, nämlich erfolgreich abzunehmen. Nimmt dabei das Zählen der Kalorien einen zwanghaften Charakter an, dann gerät die Gewichtsabnahme schnell außer Kontrolle.

Jugendliche mit Essstörungen haben alle eine Selbstwertproblematik und eine reaktive Fehlentwicklung hinter sich. Nur Frühdiagnostik und Frühbehandlung der möglichen Ursachen könnten diesen Kreislauf unterbrechen. (siehe Kasten)

Noch immer wird zu lange abgewartet und mit einer Stimulanzgabe erst dann begonnen, wenn schon eine schwerwiegende seelische und/oder körperliche Beeinträchtigung



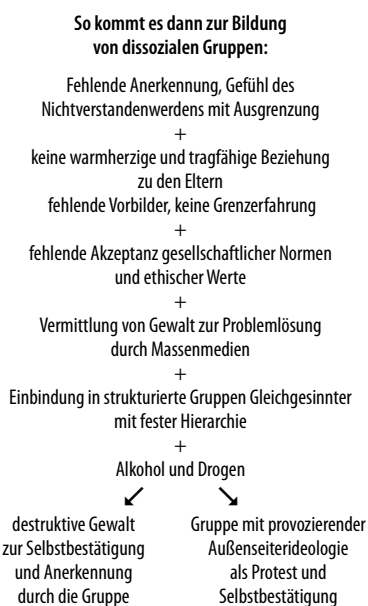
vorliegt im Sinne einer „reaktiven Fehlentwicklung“ mit oppositioneller Verweigerungshaltung.

„Reaktive Fehlentwicklungen“ (früher als Neurosen bezeichnet) sind nachhaltige erlebnisbedingte Störungen der Personen- Umwelt-Beziehung mit psychischer und/oder körperlicher Symptomatik.

Diese reaktiven Fehlentwicklungen bewirken, dass das Kind wichtige Entwicklungsphasen für sich nicht optimal nutzen kann. Sie belasten das Kind und seine Umgebung und können eine psychische Erkrankung zur Folge haben oder auch eine schwere Störung in der Persönlichkeitsentwicklung bis hin zur Kriminalität. Die Ursache einer solchen Entwicklung liegt weder am Kind, noch beim AD(H)S, sondern beim sozialen Umfeld, das dieses Kind ausgrenzt, seine seelische Not nicht erkennt und ihm keine Möglichkeiten und Hilfen gibt, seine Problematik zu verstehen und sie mit professioneller Behandlung für alle erträglich zu machen. Das bedeutet nicht, dass für diese Kinder nichts getan wird, oft sogar viel zu viel, aber eben nicht das, was diese

Kinder und Jugendlichen brauchen. Sie brauchen von Anfang an Eltern, Kindergärtnerinnen und Lehrer, die die AD(H)S-Problematik kennen und dem Kind zeitig helfen, damit es erst gar nicht zur inneren Verunsicherung mit Ängsten, Aggressionen, schlechtem Selbstwertgefühl und zu reaktiven Fehlentwicklungen kommt.

Diese Kinder und Jugendlichen brauchen Strukturen und feste Grenzen. Sie brauchen aber auch Anerkennung und Bestätigung für ihr Tun. Finden sie das in der Schule, im Elternhaus und bei Gleichaltrigen nicht, so schließen sie sich gern Gruppen an, wo sie das bekommen, was ihnen bisher versagt wurde.



Wie kann die Entwicklung in die Dissozialität verhindert werden?

1. Aufbau einer emotional warmen, tragfähigen Beziehung zwischen dem Kind und seinen Eltern. Feste Einbindung in die Familie mit Vorbildwirkung der Eltern und frühzeitiger Orientierung an Leitfiguren.
2. Übernahme von Normen und Wertvorstellungen der Gemeinschaft, frühes Setzen von Grenzen, altersgerechte Förderung und Forderung des Kindes.  
Erziehung zur sozialen Kompetenz mit gutem Selbstbewusstsein. Kinder müssen Grenzerfahrungen machen.
3. Förderung sozialer Kontakte mit

Üben der Interaktion, feste Einbindung in Gruppen mit Vermittlung von Erfolgen, Anerkennung und Problemlösetraining. Viel Bewegung und Sport, musisches oder kreatives Gestalten.

4. Einbeziehung der Gesellschaft zur Vermittlung altersentsprechender und gesellschaftlicher Normen mit Ablehnung und Verzicht auf körperliche Gewalt und Darstellung von Gewaltszenen zur Lösung von Problemen in den Medien. Vorbildwirkung der Eltern und mehr staatliche Verantwortung bei der Erziehung der Kinder und Jugendlichen mit ausreichenden Freizeitangeboten.
5. Die Eltern sollten sich über die Freizeitaktivitäten ihrer Kinder ständig informieren und auf deren sozialen Umgang achten

### Zusammenfassung

Das AD(H)S an sich ist keine Krankheit. Es wird als eine neurobiologisch verankerte, spezifisch veränderte Steuerungsdynamik der Wahrnehmung, der kognitiven und emotionalen Verarbeitung und der daraus resultierenden Reaktions- und Verhaltensbildung definiert (Droll, Huss: ADD- Forum Berlin). Es kann aber unter ungünstigen Bedingungen leicht zum Ausgangspunkt für eine psychische Krankheit werden. Diese wird wie folgt definiert: „Eine psychische Krankheit ist eine krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen.“ Vergleicht man beide Definitionen miteinander, so sieht man, wie schmal der Grad zwischen beiden ist. Man erkennt aber auch, wie unverantwortlich ein Abwarten sein kann mit der Hoffnung auf Besserung oder „dass es sich verwächst“. Ein unbehandeltes AD(H)S mit ausgeprägter Symptomatik in der Kindheit hinterlässt seelische Narben, deren Ausmaß und Folgen in ihrem Zusammenhang man gerade erst zu begreifen beginnt. ←

## NEUES

aus der Wissenschaft

### Ein deutsch-französisches Forscherteam klärt die Zusammenhänge zwischen Tiefschlaf und Langzeitgedächtnis auf

„Da muss ich erst einmal eine Nacht drüber schlafen!“ Was manchen wie ein unnötiges Aufschieben von Entscheidungen oder Taten dünkt, ist in Wahrheit ein sinnvoller Mechanismus. Denn der Körper nutzt den Nachtschlaf nicht nur, um sich zu regenerieren, sondern auch um Erlebtes und Erlerntes dauerhaft zu speichern. Und mehr noch: Beim Aufbau des Langzeitgedächtnisses wird im Kopf aufgeräumt, nicht selten mit dem Ergebnis einer zündenden Idee am nächsten Morgen. Diese Zusammenhänge konnte der Neurobiologie Professor Dr. Jan Born vom Institut für Neuroendokrinologie der Universität Lübeck jüngst in Versuchen im Schlaflabor nachweisen.

<http://idw-online.de/pages/de/news195307>

### Gehirn arbeitet chaotischer als angenommen

Das Gehirn verarbeitet Informationen augenscheinlich chaotischer als bislang angenommen. Das zeigen Wissenschaftler der Universität Bonn in einer aktuellen Studie. Die Weiterleitung der Informationen von Neuron zu Neuron erfolgt demnach nicht ausschließlich an den so genannten Synapsen - das sind die Kontaktstellen zwischen den Nervenzell-Fortsätzen. Anscheinend schütten die Neuronen auch auf der ganzen Länge dieser Fortsätze Botenstoffe aus und erregen so benachbarte Zellen. Die Ergebnisse werfen nicht nur grundlegende Vorstellungen über den Haufen, wie unser Gehirn funktioniert. Sie könnten auch zur Entwicklung neuer Medikamente beitragen. Die Studie erscheint in Kürze in der renommierten Zeitschrift „Nature Neuroscience“, ist aber schon online abrufbar (doi:10.1038/nn1850).

Weitere Infos unter:

<http://idw-online.de/pages/de/news197784>

# Das Gehirn und die Kohlenhydrate

## Laktose – Fruktose – Sorbit – Malabsorption

### Ein Ansatz auch für ADHS?!

Bernd Regler

„Junge Colatrinker oft hyperaktiv“ konnte man in „die AKZENTE“ 74/2006, S. 38, als hochinteressanten Beitrag lesen. Ein Beitrag, der wohl näher an der Wahrheit ist, als man denkt und dessen Aussage hier aus den Erfahrungen einer fachinternen Praxis für Verdauungsstörungen mit insgesamt ca. 3000 beobachteten Patienten beleuchtet werden soll. Es werden routinemäßig mit dem Wasserstoff (H<sup>2</sup>) – Atemtest Zucker Laktose, Fruktose und Sorbit hinsichtlich ihrer Aufnahme im Dünndarm untersucht.

Untersuchungen der Zuckeranteile in Coca-Cola ergeben nach ökotrophologischen Angaben einen Anteil von 25 g Fruktose/l – und was ist ein Liter für einen passionierten Cola-Trinker?

Fruktose – Fruchtzucker – ist ein viel verwendetes Süßmittel in Soft-Drinks, Säften, vielen Nahrungsmitteln. Die Untersuchungen in unserer Praxis erfassten auch ein Potential von ca. 300 Kindern, die uns wegen ganz unterschiedlicher Symptome von ihren Haus- und Kinderärzten überwiesen worden waren. Dabei ergab sich bei über 80 Prozent eine Unverträglichkeit dieses Zuckers, ein sogenanntes Malabsorptionssyndrom. Das bedeutet eine unvollständige Aufnahme der zugeführten Kohlenhydrate durch die Wand des Dünndarmes. Die im Dünndarm verbleibenden Reste kommen mit Darmbakterien zur Vergärung. Dieser Prozess führt zur Produktion einer Vielzahl von Abbauprodukten (Fettsäuren) im unteren Darmbereich.

Eindrucksvoll ist bei den Untersuchungen die Beobachtung, dass sich neben den gastroenterologischen Symptomen (Bauchschmerz, Völlegefühle, Refluxkrankheit, Flatulenz, Diarrhoe, aber bei jungen Patienten besonders auch normalem Stuhl bis zur Obstipation etc.) bei einer großen Zahl von Patienten zentrale Symptome z. T. heftigster Art

wie Kopfschmerzen, bleierne Müdigkeit, aber ganz besonders auffällig bei Kindern auch gravierende Unruhe- und Hyperaktivitätszustände einstellten, die der ADHS-Symptomatik gleichkommen. In diesem Sinne sind auch Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen besonders bei der Belastung mit Sorbit nahezu die Regel. Diese Zeichen wurden von den Eltern meist auch aus dem täglichen Leben berichtet.

Es wurde somit durch die Testsubstanz Fruchtzucker (40g/alterskorrigiert) in Alleingabe eine Symptomatik frei, die ADHS-Symptomatik produzierte. Übertroffen wurde die Häufigkeit des Auftretens der psychischen Auffälligkeiten nach Gabe dieser Substanz sogar noch bei der Testung mit Sorbit (15g/alterskorrigiert). Hierbei kam es bei fast 100 Prozent zu positiven Ergebnissen. Hier haben wir ein Süßmittel, das besonders häufig als Zusatz bei Genussmitteln, z. B. in Kaugummi, süßen und feuchten oder als zuckerfrei deklarierten Genussmitteln zu finden ist. Sorbit sowie die ähnlichen Zuckeralkohole Mannit und Xylit haben die Eigenschaft, durch Wasserbindung diese Produkte feucht zu halten. Sie sind auch ein Mehrfaches süßer als der normale Haushaltszucker. Daher kommen sie auch häufig in vielen der vermeintlich gesünderen kalorienreduzierten Produkten zur Verwendung.

Was für das unauffällige Kind gilt – für viele Erwachsene ebenso – dürfte möglicherweise auch vermehrt Gültigkeit für die ADHS-Kinder haben. Dies umso mehr, als die auffällige Veränderung der Persönlichkeit des Kindes während der Testung häufig dramatisch das ADHS-Gesicht annimmt. Hier liegt nach unserer Erfahrung eine große Chance zu einer vielleicht schlüssigen Erklärung von Zusammenhängen zwischen der Ernährung und ADHS. Unsere Intention geht dahin, auch im

Bereich dieser Zielgruppe Erfahrungen zu sammeln. Es steht zu erwarten, dass wir wenn nicht die Ursache, so doch mindestens in der Lage sein werden, bei einer ganzen Reihe von Betroffenen durch eine Anpassung der Ernährung eine Besserung zu erreichen. Dieses wird bestätigt durch einige Kinder, bei denen eine medikamentöse Behandlung geplant war. Auf diese konnte bei positivem Ergebnis und entsprechender Umstellung der Ernährung verzichtet werden.

Liegt somit ein Schlüssel in Bestandteilen unserer „modernen“ Ernährung? Was die norwegische Beobachtung andeutet, könnte und sollte eine Tür öffnen zu einer wieder angemessenen Ernährung. Gemeint ist hier die Rückführung des übermäßigen Gebrauches von Ernährungsformen mit negativen Einwirkungen auf unsere Gehirnleistung. Ziel müsste eine Definition unserer Ernährung sein nicht nur über „ökologische“ Kriterien sondern auch im übertragene Sinne über „artgerechte“ Ernährung: Die tägliche Ernährung unserer heutigen Gesellschaft ist geprägt durch ein Übermaß an fast food Produkten und ein Überangebot von konfektionierten Süßigkeiten. Das Augenmerk bei ADHS muss im Sinne der Beachtung des übermäßigen Verzehrs von bestimmten leichtverfügbaren Zuckern somit den einflussreichen negativen Einflüssen auf das Gehirn über die gestörte Verdauung gelten. Anders als bei Studien ab den 70er Jahren, bei denen versucht wurde, Zusammenhänge zwischen Verhaltensstörungen und Saccharose (Haushaltszucker) oder Glukose (Traubenzucker) herzustellen, sind die auslösenden Mechanismen bei den hier besprochenen Malabsorptionsformen durch Abbauprodukte zu vermuten. Darüber wird separat zu sprechen sein.

Die Feststellung einer solchen Unverträglichkeit ist im Prinzip ganz



Dr. med. Bernd Regler  
Internist, Praxis für  
Verdauungsstörungen  
in Bad Nauheim

einfach, allerdings mit einem gewissen Zeitaufwand von 2 Std. pro Test verbunden: Nach dem Trinken der Testsubstanz mit altersentsprechend angepasster Dosierung erfolgt die Messung von Wasserstoff (H<sup>2</sup>) in der Atemluft über den Beobachtungszeitraum. Dieser Wasserstoff wird durch Gärungsvorgänge im Darm freigesetzt und gelangt als kleines Molekül durch die Darmschleimhaut, via Blutkreislauf in die Lunge und wird dort über die ausgeatmete Luft freigesetzt. Somit ist der Test nicht belastend mit Ausnahme der beobachteten und registrierten Beschwerdesymptome. Diese geben aber eher positiv zu wertende diagnostische Hinweise auf die Schlüssigkeit der Messergebnisse. Die Untersuchung wird bei uns ab einem Alter von 1 Jahr durchgeführt. Getestet werden (s. o.) routinemäßig die Substanzen Milchzucker, Fruchtzucker und Sorbit. Erst durch diese routinemäßige Kombination konnten wir die ganze Wucht der Kohlenhydrat-Malabsorption sehen und einer gezielten Behandlung zuführen.

Natürlich reicht es nicht aus, den Patienten nur mit der Diagnose zu entlassen. Auch schriftliche Information überfordert wegen der Komplexität den Patienten in der Regel. Dieses führt im ungünstigen Falle zu falsch verstandenen, fehlerhaft ausgerichteten und unnötig strengen Diätregimen. In Zusammenarbeit mit einem Ökotrophologen, aber zusätzlich medizinisch funktionell und symptombezogen entwickelten wir eine nunmehr seit einigen Jahren erfolgreiche Schulung unserer Patienten in Kleingruppen zu funktionellem Verständnis und damit zur behaltbaren und verhältnismäßig leicht umsetzbaren Information für den Alltag. Die Inhalte werden dem Teilnehmer nach Kursende mitgegeben zur Nacharbeit.

Zusammenfassend ergibt sich die dringende Notwendigkeit einer verstärkten Aufmerksamkeit in Bezug auf Nahrungsmittel-Malabsorption bei Kindern und Heranwachsenden. Gerade die Beachtung von häufig negativen Einflüssen einer „modernen“ Ernährung auf die Gehirnleistung muss in unserem täglichen Leben eine große Rolle spielen. Die

Diagnostik ist mit der modernen H<sup>2</sup>-Atemdiagnostik leicht. Die Umstellung der Ernährung bewirkt bei den Betroffenen gravierende Befindens- und Verhaltensänderungen. Diese Erfahrungen an nicht selektierten jungen Patienten sind nach unseren Erfahrungen mit großer Wahr-

scheinlichkeit auch mit Erfolg auf den ADHS-Betroffenen übertragbar, das betrifft mit ebenso großer Wahrscheinlichkeit auch die Besserungsmöglichkeiten durch Ernährungsumstellung sogar bei Betroffenen, die keine gastroenterologische Symptomatik aufweisen. ←

### Ein Kommentar hierzu von Dr. Klaus Skrodzki:

„Bei den untersuchten Patienten handelt es sich wohl überwiegend nicht um diagnostizierte Kinder- und Jugendliche mit einer ADHS.

Eine vernünftige Ernährung mit zurückhaltendem Umgang mit Limonaden, Cola und Süßigkeiten ist generell zu empfehlen, aber bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS nicht unbedingt leicht durchzusetzen.

Ein H<sub>2</sub> Atemtest ist nur dann sinnvoll wenn chronisch-rezidivierende Magen-Darm-Beschwerden bestehen, nicht grundsätzlich bei der Diagnose ADHS oder bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten.

Ob die vorgeschlagenen Ernährungsänderungen bei diagnostizierten Kindern mit einer ADHS dauerhaft das Problemverhalten deutlich reduzieren ist fraglich - die übrigen Maßnahmen, insbesondere psychoedukative und meist auch medikamentöse Therapien müssen sicher fortgesetzt werden.

Eine abwechslungsreiche und vielseitige Ernährung ohne viel Fast-Food und Süßigkeiten am gemeinsamen Esstisch in der Familie ist eine der besten Voraussetzungen für eine gute Entwicklung - auch bei ADHS!“

## NEUES

aus Wissenschaft und Recht

### ADHS-Kinder: Keine Schäden am Erbgut

*Susanne Walitza und Helga Stopper haben bei ADHS-Kindern nach Schäden an den Chromosomen gesucht*

Für Aufregung sorgte im Jahr 2005 eine Meldung aus den USA: Bei Kindern, die wegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit dem dafür üblichen Medikament behandelt wurden, sollten verstärkt Schäden am Erbgut aufgetreten sein. Wissenschaftler von der Uni Würzburg können diesen Verdacht nicht bestätigen, wie sie in einer jetzt veröffentlichten Studie schreiben.

Die schlechte Nachricht stammte seinerzeit von Randa El-Zein vom Anderson-Krebsforschungszentrum der Universität von Texas. „Al-

lerdings wurden dort nur zwölf Kinder untersucht. Die Ergebnisse waren bei allen ungewöhnlich einheitlich und die Werte deutlich erhöht, so dass eine weitere Studie erforderlich schien“, sagt die Würzburger Toxikologin Professor Helga Stopper. Das Ergebnis habe international viel Staub aufgewirbelt, viele Patienten und Eltern seien dadurch verständlicherweise sehr verunsichert worden. Nach verschiedenen Studien sind weltweit schätzungsweise zwischen sechs und zwölf Prozent aller Kinder von ADHS betroffen.

„In einer eigenen Studie fanden wir keine verstärkten Schäden am Erbgut“, beruhigt die Professorin. Sie hat in Kooperation mit der Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Professor Manfred Gerlach und Dr. Susanne Walitza) die Untersuchung der Amerikaner wiederholt. Dazu nahmen die Würzburger Forscher Blutproben von ADHS-Kindern unter die Lupe, die mit Methylphenidat (Rita-

#### Literaturhinweise:

Lars Lien, Nanna Lien, Sonja Heyerdahl, Magne Thoresen, and Espen Bjertness

**Consumption of Soft Drinks and Hyperactivity, Mental Distress, and Conduct Problems Amon Adolescents in Oslo, Norway,** Am J Public Health, Oct 2006; 96: 1815 - 1820.

**Glukosestoffwechsel** in: H.-C. Steinhausen, Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Kohlhammer, 2000



lin®, Medikinet®, Concerta®, Equasym®) behandelt werden. In speziellen Immunzellen, den Lymphozyten, fahndeten sie nach vermehrt beschädigten Chromosomen, wurden aber nicht fündig. Dieses Ergebnis bestätigt den Forschern zufolge jahrzehntelange Beobachtungen, nach denen klinisch keine gravierenden Nebenwirkungen gesehen werden konnten.

Die Würzburger untersuchten 30 Kinder vor und kurz nach dem Beginn der Methylphenidat-Behandlung, 21 dann nochmals drei Monate nach Therapiebeginn und acht Kinder ein halbes Jahr danach. Seit November 2006 wird die Untersuchung vom Interdisziplinären Zentrum für Klinische Forschung der Uni Würzburg finanziell gefördert. Die Forscher wollen diese Arbeit fortführen und auf andere Medikamente ausdehnen, die zum Beispiel bei ADHS als alternative Behandlung im Gespräch sind.

Die jetzigen Ergebnisse wurden am 21. Februar 2007 online in der Zeitschrift „Environmental Health Perspectives“ publiziert. Auf der Homepage dieses Fachblattes stehen sie als pdf-Datei frei zur Verfügung: <http://www.ehponline.org/docs/2007/9866/abstract.html>  
 „Does Methylphenidate Cause a Cytogenetic Effect in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder?“, Susanne Walitza, Birgit Werner, Marcel Romanos, Andreas Warnke, Manfred Gerlach, Helga Stopper. Environmental Health Perspectives, online am 21.02.2007, doi: 10.1289/ehp.9866

Weitere Informationen:  
 Prof. Dr. Helga Stopper, T (0931) 201-48427,  
[stopper@toxi.uni-wuerzburg.de](mailto:stopper@toxi.uni-wuerzburg.de)  
 Robert Emmerich, Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit  
 Julius-Maximilians-Universität Würzburg  
<http://idw-online.de/pages/de/news197783>

## NEUES

aus der Wissenschaft

### Unterschiede im Gehirnaufbau machen leichter süchtig

*Menge der Dopamin-Rezeptoren entscheidend*

Cambridge – Physische Unterschiede im Gehirn können die Wahrscheinlichkeit eines Drogenkonsums erhöhen. Wissenschaftler der University of Cambridge (<http://www.cam.ac.uk>) wiesen in Versuchen mit Ratten nach, dass Abweichungen in der Gehirnstruktur der Tiere ihrem ersten Kontakt mit Drogen vorausgingen und sie anfälliger für Kokain machten. In Science (<http://www.sciencemag.org>) gehen die Forscher davon aus, dass Gene diese Unterschiede auch beim Menschen beeinflussen können. Eine Behandlung zur Verringerung ihrer Auswirkungen erscheint möglich, ein Test für die Anfälligkeit auf Drogen ist eher unwahrscheinlich. In Großbritannien sind derzeit laut Angaben der Regierung bis zu 500.000 Menschen nach Klasse A Drogen wie Kokain, Heroin und Amphetaminen süchtig.

Eine der wichtigsten Fragen der Suchtforschung beschäftigt sich mit dem Ursprung der in den Gehirnen von Drogensüchtigen festgestellten Unterschiede. Es wird angenommen, dass diese Unterschiede eine wichtige Rolle bei der Reaktion auf Drogen spielen. Es ist jedoch schwierig nachzuweisen, ob sie ein Teil der natürlichen chemischen Verhältnisse im Gehirn sind oder ob sie als Folge des Drogenmissbrauchs selbst entstanden sind. Die Forscher scannten die Gehirne von Ratten und wiesen ähnliche Unterschiede in den Neurotransmitter-Rezeptoren bestimmter Bereiche des Gehirns nach. Einige der Tiere verfügten über deutlich

weniger Dopamin-Rezeptoren in den Bereichen, in denen Drogen wie Kokain oder Heroin ihre Wirksamkeit entfalten.

Mittels eines Spiels, bei dem die Ratten einen Knopf drücken mussten, um eine Belohnung zu erhalten und detaillierten Gehirn-Scans wurde ermittelt, ob die Tiere mit den wenigsten Dopamin-Rezeptoren impulsiv reagierten. Ein derartiges Verhalten wird beim Menschen häufig mit Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht. Das war in den Tests der Fall, auch wenn die Tiere keinen Kontakt zu Drogen hatten. Erhielten die „impulsiven Ratten“ Zugang zu Drogen und die Möglichkeit, sie zu konsumieren, waren sie viel eher dazu geneigt, als Tiere mit einer größeren Anzahl von Dopamin-Rezeptoren.

Der leitende Wissenschaftler Jeff Dalley erklärte laut BBC, dass damit eindeutig nachgewiesen sei, dass die Unterschiede im Gehirn und die damit einhergehende Impulsivität jedem Kontakt mit Drogen vorausgingen. Es bestehe die Möglichkeit, dass diese Beobachtung auch auf den Menschen zutrefte. „Es kann sein, dass eine physische Eigenschaft eine größere Anfälligkeit für Drogenkonsum schafft.“ In einem nächsten Schritt sollen das oder die Gene identifiziert werden, die die Menge der vorhandenen Rezeptoren verringern. Die Forscher erhoffen sich daraus Aufschlüsse für neue Behandlungsansätze gegen Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) sowie gegen Drogensucht oder pathologische Spielsucht. Dalley betonte, dass die Ursachen für eine Sucht beim Menschen weit komplexer sind als Veränderungen im Erbgut.

Quelle: *presstext.austria*

Wenn zwei Menschen immer die gleiche Meinung haben,  
 ist einer von ihnen überflüssig.

Winston Churchill

# Über den Umgang mit Depression und Hyperaktivität

## Pillen fürs Glück?

**Depressionen bei Erwachsenen werden ebenso wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung bei Kindern immer häufiger diagnostiziert. Derartige psychische Erkrankungen oder Störungen belasten nicht nur die Betroffenen und ihre Familien, sondern in ihrer Gesamtheit auch unser Wirtschafts-, Sozial- und Bildungssystem. Der Nationale Ethikrat hat diesem Themenfeld am 22. November 2006 eine öffentliche Tagung in Rostock gewidmet.**

Was wir heute als Hyperaktivität, Hyperkinetisches Syndrom (HKS), Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS) und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) bezeichnen, ist keineswegs eine Erscheinung der modernen Gesellschaft. Inzwischen geht man davon aus, dass Prominente wie Isaac Newton, Leonardo da Vinci, Winston Churchill oder Albert Einstein zu den Betroffenen gehörten. Die Verse vom Hans Guck-in-die-Luft oder vom Zappelphilipp, die der Kinderarzt Heinrich Hoffmann 1844 bzw. 1845 schrieb, sind heute aktueller denn je.

Viel älter als die Klage über den Hans Guck-in-die-Luft oder den Zappelphilipp sind die ersten künstlerischen Zeugnisse der Melancholie, einer Gemütslage, die zwischen schöpferischer Schwermut und krankhafter Depression oszilliert. Doch wo verläuft die Grenze zwischen persönlichem Merkmal und behandlungsbedürftiger Krankheit? Diese Frage stellte Kristiane Weber-Hassemer, die Vorsitzende des Nationalen Ethikrates, zur Eröffnung der öffentlichen Tagung „Pillen fürs Glück?“ am 22. November in Rostock.

In den letzten zehn Jahren haben sich die Verordnungen für Depressiva mehr als verdoppelt, die von Methylphenidat und verwandten Substanzen etwa verzehnfacht. Nehmen diese Krankheiten wirklich in diesem

Umfang zu, oder hat sich die Diagnostik verbessert? Sind die Betroffenen angemessen versorgt? Werden soziale Probleme einfach medikalisiert? Wie ist das Missbrauchspotential der Stimulanzientherapie zu bewerten? Wie sehen zukunftsweisende Behandlungsstrategien aus? Diese und andere Fragen sind während der Tagung diskutiert worden.

### Normvariante oder Krankheit?

Prof. Dr. Manfred Döpfner befasst sich mit der epidemiologischen Perspektive von AD(H)S und nähert sich dem Phänomen deskriptiv. Er benennt die drei Kardinalsymptome für ADHS: Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität. Im Gegensatz zu Mumps oder Masern liege hier keine klar abgrenzbare Erkrankung vor, sondern eine Störung, deren Grenzen, wie bei Bluthochdruck oder Übergewicht, fließend verliefen.

Döpfner betont, dass sich die Merkmale schon vor der Einschulung zeigen und deutlich stärker ausgeprägt sein müssen als bei Kindern gleichen Alters und gleicher Intelligenz. Sie müssen zudem in mehreren Lebensbereichen, wie Familie und Schule, auftreten. Darüber hinaus „müssen – das ist eigentlich der zentrale Punkt – Alltagsfunktionen aufgrund dieser Symptomatik beeinträchtigt sein“, hebt Döpfner hervor. Genetische Faktoren spielen bei der Entstehung der Störung eine wichtige Rolle. Sie sind „mit großer Sicherheit der größte Einzelfaktor, den wir kennen.“ Darüber hinaus werden erworbene biologische Faktoren, wie Komplikationen oder Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft, mit der Entwicklung dieser Störung in Zusammenhang gebracht. „Durch psychosoziale Faktoren, durch Umweltbedingungen – so ist der gegenwärtige Stand der Forschung – lassen sich die Ausprägungen modulieren, beeinflus-

sen. Aber dies scheint nicht der hinreichende primäre Faktor für die Entwicklung dieser Problematik zu sein“, erklärt Döpfner. Die Folgen sind vielfältig: Die schulische Leistungsfähigkeit, die Beziehungen der betroffenen Kinder zu ihren Eltern, Lehrern und zu Gleichaltrigen sind beeinträchtigt. Hinzu kommen erhebliche emotionale Störungen. Das Selbstbewusstsein leidet. Die Betroffenen reagieren schneller aggressiv oder dissozial. Begleiterscheinung ist ein deutlich erhöhtes Unfallrisiko.

Je nachdem, ob ADHS im engeren oder im weiteren Sinne diagnostiziert und das Urteil von Eltern oder Erziehern herangezogen werde, seien in Deutschland zwischen 3,9 und 6,3 Prozent der Kinder von dieser Störung betroffen. In anderen europäischen Staaten verhalte es sich ähnlich. Der Schwerpunkt liegt im Grundschulalter; Jungen sind mindestens dreimal häufiger betroffen als Mädchen. Nationale wie internationale Leitlinien von kinderpsychiatrischen und kinderärztlichen Fachgesellschaften und auch die Bundesärztekammer stimmten darin überein, dass ADHS ein vielschichtiges, multimodales therapeutisches Vorgehen erfordere. Bei starker situationsübergreifender und die Alltagsfunktion erheblich beeinträchtigender Symptomatik sei nach eingehender Beratung der Beteiligten eine initiale Pharmakotherapie notwendig. In Fällen, in denen die Symptome nicht so sehr ausgeprägt sind, sei eine Beratung, Psychoedukation und Verhaltenstherapie indiziert. Wenn auf diesem Wege kein Behandlungserfolg erzielt werden könne, sei eine Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie sinnvoll (s. *Infokasten*).

Oft müssten zusätzlich noch andere Störungen (wie oppositionelles Verhalten, Tic-, depressive oder Angst-Störungen) mitbehandelt werden. Die kombinierte Verhaltens-

und Pharmakotherapie führe in 68 Prozent der Fälle zu einer Normalisierung, die reine Pharmakotherapie nur bei jedem vierten Kind, berichtet Manfred Döpfner.

Obgleich nicht alle ADHS-Kinder Methylphenidat brauchten, habe sich die Verordnung definierter Tagesdosen dieses Wirkstoffs in Deutschland seit 1990 ver Hundertfacht. Setzt man diese Zahl ins Verhältnis zur Störungsdiagnose aus epidemiologischer Sicht, sei die Steigerung allerdings noch nicht besorgniserregend, beruhigt Döpfner. Anfang der 90er-Jahre habe eine Unterversorgung vorgelegen; von einer generellen Überversorgung könne aktuell noch nicht die Rede sein. Erhebliche Defizite macht er jedoch in der begleitenden verhaltenstherapeutischen Versorgung aus, weil hier „die Versorgungslandschaft nicht hinreichend ausgeprägt ist“.

Ethische Probleme sieht der Psy-

chologe in der schwierigen Grenzziehung zwischen behandlungsbedürftiger Abweichung und Normalität einerseits und zum Enhancement hin andererseits. Da Methylphenidat auch bei Menschen ohne ADHS vorübergehend leistungs- und aufmerksamkeitssteigernd wirke, gebe eine potentiell weitere Ausdehnung der Pharmakonverschreibung Anlass zur Sorge. Die Frage sei, so Döpfner, „wie stark man pharmakologische Intervention auch zur generellen Lebensverbesserung einsetzen kann. Vielleicht steht in unseren Gesellschaften die Leistungsfähigkeit zu sehr im Vordergrund. Die maximale Förderung der Leistungsfähigkeit unserer Kinder wird als fast nationales Ziel beschrieben.“

Ein Zuhörer macht den zunehmenden Konformitätsdruck in Schule und Gesellschaft für die Integrationschwierigkeiten der Kinder verantwortlich. Er kritisiert eine zu schnelle

Medikamentierung, die kostengünstiger und einfacher sei, aber die Problemlösungskompetenz des Kindes nicht unterstütze. Gesellschaftliche Einflüsse ließen sich, so Döpfner, forschungsmethodisch schwer isolieren. Seine Hypothese: Ein eher freierheitliches Erziehungskonzept, wie es sich in den letzten 20 Jahren entwickelt habe, und die Zunahme an Reizen überfordere die Kinder, die schon Schwierigkeiten mit der Selbstregulierung hätten. Die kritisierte pharmakologische Überversorgung könne er nicht erkennen, eher eine Unterversorgung bei jugendlichen und erwachsenen ADHS-Patienten. Die Medikamentierung sei – wie bei der Depression – zwar nur eine Säule der Behandlung, aber die Ressourcen des Gesundheitssystems für die Psychotherapie seien begrenzt. Es fehle auch an geeigneten Therapeuten. Grundsätzlich zeigten Studien, dass dem Patienten unter medikamentö-

## Behandlungsansätze bei ADHS

### Psychoedukation

Im Rahmen der Psychoedukation werden Patienten, Eltern und/oder andere Bezugspersonen (Erzieher, Lehrer) zu Krankheitsbild, Ursachen, Verlauf und Behandlungsalternativen beraten.

### Medikamentöse Behandlung

Sofern die Diagnose gesichert und die Symptomatik ausgeprägt ist, wird zuerst ein Stimulans wie Methylphenidat verordnet. Falls dies nicht wirkt, greift man auf Amphetamine oder auch Atomoxetin zurück. Alle genannten Substanzen greifen in den Gehirnstoffwechsel ein. Ihre Wirksamkeit bei ADHS ist in vielen Studien nachgewiesen, allerdings in ihrem Mechanismus nicht vollständig geklärt.

### Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie wird der Patient angeleitet, sein problema-

tisches Verhalten im Rahmen eines Reiz-Reaktions-Schemas zu ergründen und eine konkrete Alternative dazu entwickeln. Der Akzent liegt auf den gegenwärtig auslösenden Faktoren, nicht auf längst vergangenen Ursachen. Das neue Verhaltensmuster muss sich anschließend im Alltagstest bewähren.

### Sozialtherapie

Die Sozialtherapie versucht, das Wohn-, Arbeits- und Lebensumfeld eines Patienten zu seinen Gunsten zu beeinflussen und mit ihm einen realitätsgerechten und angemessenen Tagesablauf einzuüben.

### Psychoanalyse

Die Psychoanalyse sieht im problematischen oder auffälligen Verhalten eines Klienten den Versuch, unbewusste (oft auch unerwünschte) Regungen, Gefühle und Bedeutungen auszudrücken.

Durch freies Assoziieren, Traumdeutung und andere aufdeckende Methoden dringt das bislang Verdrängte ins Bewusstsein vor, werden bislang ungelöste Konflikte bearbeitet. Fehlentwicklungen in der Persönlichkeit können so behutsam korrigiert werden.

### Systemische Psychotherapie

Die systemische Psychotherapie betrachtet den Patienten als Teil eines Beziehungsgeflechts (Familie, Schulklasse oder Freundeskreis) und versteht seine Symptomatik als Beitrag dazu, dieses System im Fluss zu halten. Das Kommunikations- wie Interaktionsmuster aller wird analysiert und eine Veränderung im System angestrebt, damit sich die Verhaltensauffälligkeit oder psychische Störung des Patienten zurückbilden kann.

sem Schutz vielfach erst eine bessere Problembewältigungserfahrung möglich sei, so Döpfner. Er mahnt zudem an, sich verstärkt jenen Patienten zuzuwenden, die an einer leichten Variante der ADHS erkrankt, in der Alltagsbewältigung aber bereits eingeschränkt seien. Darüber hinaus müsse man auch die etwa 30-50 Prozent der ADHS-Betroffenen in den Blick nehmen, bei denen die Störung bis ins Erwachsenenalter anhält. Und schließlich sollte man sich stärker den bislang unbehandelten Patienten zuwenden, weil diese ein größeres Risiko trügen, an anderen psychischen Störungen, auch an Depression, zu erkranken.

### Die Depression ist gut behandelbar

Eine ebenso schwer eingrenzbar Erkrankungsform wie ADHS sind die depressiven Störungen, die von der alltäglichen Befindlichkeitsstörung bis zur wahnhaften Depression reichen, führt Prof. Dr. Ulrich Hegerl aus. Kernsymptome seien neben der depressiven Stimmung Interessenverlust und die Unfähigkeit, Freude zu empfinden. Der Antrieb sei vermindert; kleine Probleme türmten sich zu einem großen Berg auf. Weitere Krankheitszeichen seien Schuldgefühle, Schlafstörungen, Appetitstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen und Suizidphantasien. Typischerweise verlaufe diese Erkrankung in Episoden, die sich über Wochen einschleichen, aber auch innerhalb von einer Stunde auftreten und wochen-, monatelang anhalten können. „Wenn man eine depressive Episode erlitten hat“, so Hegerl, „ist das Risiko hoch, dass man im Laufe des Lebens weitere depressive Episoden erleidet.“ Doch habe diese Krankheit viele Gesichter, und es gebe keinen einfachen diagnostischen Test; deshalb bleibe sie häufig unerkannt, warnt Hegerl.

Wo Aristoteles noch den Körpersäften die entscheidende Rolle zuschrieb, insbesondere der schwarzen Galle, der die Melancholie ihren Namen verdankt, führt die moderne Medizin die Depression auf neurobiologische und psychische Ursachen zurück. Die dominierende Erklärungshypothese sei, dass die Bo-

tenstoffe, vor allem Serotonin und Noradrenalin, aus dem Gleichgewicht geraten seien. Stresshormone und genetische Veranlagung kämen als weitere mögliche Faktoren hinzu. Viele Laien machten jedoch die Lebensumstände (z.B. Arbeitsstress oder familiäre Probleme) dafür verantwortlich. Das werde den Erkrankten aber nicht gerecht, so Hegerl. Die Mehrheit der depressiv Erkrankten verstehe die Depression als seelische Erkrankung, sodass die Antidepressiva-Verordnung als Herumdoktern an Symptomen geschmäht werde. Zudem fürchteten viele Patienten – unbegründetermaßen, wie Hegerl meint – Suchtgefahr und problematische Nebenwirkungen, sodass hier Compliance-(=Mitwirkungs-)Probleme aufträten. Umgekehrt, wenn auch seltener, so Hegerl, gebe es Patienten, die Depressionen einzig als Folge von Serotoninmangel auffassen und psychotherapeutischen Anstrengungen ausweichen. Neurobiologisches und psychisches Krankheitskonzept seien jedoch als zwei Seiten einer Medaille zu verstehen, aus denen sich ergänzende Therapieansätze ergäben.

„Depression kann jeden treffen“, unterstreicht Ulrich Hegerl mehrfach. In Deutschland erkrankt jede vierte Frau und jeder achte Mann im Laufe des Lebens an einer Depression. Wie bedeutsam richtige Diagnose und angemessene Therapie der Depression sind, verdeutlicht Hegerl anhand der Suizid-Daten in Deutschland. Jährlich nehmen sich weit mehr Menschen das Leben, nämlich etwa 11.000, als im Straßenverkehr umkommen (7.000). Von diesen Suiziden gehe ein ganz großer Teil auf depressive Erkrankungen zurück. Gerade alte Menschen und insbesondere Männer seien hier besonders gefährdet.

Im DAK-Gesundheitsreport 2004 wird bereits fast ein Drittel aller Frühverrentungen mit psychischen Erkrankungen begründet, ein Großteil davon mit Depressionen in Verbindung gebracht. Die Zahl der Krankheitstage aufgrund depressiver Erkrankungen stieg seit 2000 um 42 Prozent, und das vor dem Hintergrund allgemein sinkender Krankheitsstände. Dieser Anstieg der De-

pression könne allerdings auch auf ein eindeutigeres und ehrlicheres Diagnoseverhalten zurückgehen, so Hegerl. „Pharmakotherapie und spezifische Psychotherapie sind die beiden Hauptsäulen“ der Behandlung von Depressionen, betont Hegerl. Problematisch bei der Akuttherapie sei, dass Antidepressiva erst innerhalb von zwei bis vier Wochen und auch nicht immer auf die gleiche Weise wirken. „Nicht selten muss man, wenn es nach vier Wochen nicht besser geworden ist, mit einem anderen Antidepressivum, mit einem anderen Wirkansatz einen neuen Anlauf machen“, räumt Hegerl ein. Allerdings könne das Rückfall-Risiko innerhalb von zwei Jahren „nahezu gedrittelt werden“.

Bezogen auf die Psychotherapie favorisiert Hegerl „die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Therapie, die eher sehr pragmatisch orientiert sind, gegenwartsorientiert, strukturiert, auch zeitlich begrenzt“ und deren Wirksamkeit am besten belegt sei.

Aufgrund eines großen diagnostischen und therapeutischen Defizits erhalten derzeit nur etwa 6-9 Prozent der schätzungsweise vier Millionen depressiv Erkrankten in Deutschland eine optimale Behandlung. Das Nürnberger Bündnis gegen Depression habe jedoch innerhalb der zweijährigen Projektphase gezeigt, dass durch gezielte Aufklärung der allgemeinen und der Fach-Öffentlichkeit sowie der Multiplikatoren die Suizidrate deutlich gesenkt werden konnte. Mittlerweile haben sich deutschlandweit lokale Bündnisse gegen Depression formiert, die diese Aufklärungs-Aktionen weiterführen.

### Chancen und Risiken von Psychopharmaka bei Kindern

Wie Prof. Dr. Döpfner und Prof. Helmut Remschmidt in Pharmakotherapie und Psychotherapie keine Gegensätze, sondern einander hilfreich ergänzende Therapieansätze. Die Anwendung von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter erfordere allerdings besondere Kenntnisse und Erfahrungen und unterliege auch einer besonderen Verantwortung, betont er; müssten hier doch Reifungs- und

Entwicklungsprozesse berücksichtigt werden. Außerdem fehle bei bis zu 80 Prozent der Pharmaka die Erprobung und/oder Zulassung für diese Altersgruppe. Er fordert, dass der Verordnung von Psychopharmaka eine sorgfältige und leitlinienorientierte Diagnostik durch kompetente Ärzte vorausgeht, die mit den störungsspezifischen Indikationen vertraut sind, die Chancen und Risiken der jeweiligen Präparate kennen und in der Lage sind, die pharmakologische Komponente in einen Gesamtbehandlungsplan einzuordnen. Am Ende liege die Verantwortung schließlich bei den Eltern oder Bezugspersonen.

Gegenstand der Diagnostik sei nicht nur die Störung selbst, sondern auch die Untersuchung auf weitere Krankheiten. Bis zu 60 Prozent der Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom litten, so Remschmidt, zusätzlich an Störungen des Sozialverhaltens oder Teilleistungsstörungen wie der Legasthenie. Wichtig sei, die Gesamtsituation bei ADHS zu betrachten und das Kind in seinem Umfeld wahrzunehmen. Man dürfe nicht nur über die pharmakologische Perspektive sprechen.

Für Remschmidt dürfen Psychopharmaka ausschließlich der Behandlung von Kranken dienen. Nach internationaler Übereinkunft der Fachleute gebe es keine Indikation für ihre Anwendung bei gesunden Menschen – egal welchen Alters – zur kognitiven Leistungssteigerung (cognitive enhancement), zur Erzeugung von Wohlbefinden oder gar Glück.

Das Behandlungskonzept müsse sich an mehreren Kriterien messen lassen: Die Therapie solle in einem vertretbaren Zeitraum abzuschließen und Hilfe zur Selbsthilfe sein. Das erfordere immer – bei Psychopharmakotherapie wie bei Psychotherapie – den Patienten (und bei Kindern und Jugendlichen auch die Eltern) sorgfältig aufzuklären.

Dabei gelte es, die Chancen und Risiken der Psychopharmakotherapie störungs-, substanz- und individuumbezogen abzuwägen. Maßgeblich seien einerseits Ursache, Schweregrad und Stadium der Erkrankung; andererseits flössen mit einer The-

rapiemaßnahme bereits gemachte Erfahrungen in die Entscheidung ein. Schließlich würden Alternativen (also Psychotherapie, erzieherische Einflüsse, Elternberatung) diskutiert. Um die Medikamente in einen Gesamtbehandlungsplan einordnen zu können, fordert Remschmidt eine umfassende Ausbildung und kontinuierliche Weiter- und Fortbildung in Entwicklungspsychologie und Entwicklungspharmakologie und den fortwährenden (ambulanten oder stationären) Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern.

Angesichts unzureichender Erprobung von Psychopharmaka (und auch anderer Medikamente) im Kindes- und Jugendalter mahnt Remschmidt „kontrollierte Studien, auch im Kindes- und Jugendalter, sowohl für Psychotherapie als auch für medikamentöse Therapie und für die Kombination von beidem“ an.

Remschmidt verhehlt nicht, „dass die pharmazeutische Industrie die Anwendung von Psychopharmaka auch im Kindes- und Jugendalter manchmal offensiv und zuweilen auch aggressiv propagiert. Hier sind die Fachkenntnis und die ethische Verantwortung der Ärzteschaft gefragt, um Missbrauch und Fehlentwicklungen vorzubeugen“. Er weist dabei auf entsprechende Kodizes für das Verhalten der pharmazeutischen Industrie im Zusammenhang mit Ärzten und Apothekern.

Auf die Frage, ob denn die Medikation als Leitwährung bei der Behandlung von Depression und ADHS bezeichnet werden könne, entgegnet Remschmidt, dass die Medikation nur eine von mehreren Komponenten im Behandlungsplan sei, die je nach Einzelfall unterschiedliche Bedeutung hätten und die in ihrem Mischungsverhältnis individuell bezogen werden müssten. Das sei allerdings in einer interdisziplinär organisierten Klinik oder Institutsambulanz einfacher als bei einem niedergelassenen Arzt. Auch manche Schwerpunktpraxis ermögliche eine interdisziplinäre multimodale Therapie.

In Remschmidts Darstellung einer umfassenden Diagnose und Behandlung mischten sich Zustandsbeschreibung und Idealbild, kriti-

siert ein Zuhörer und fragt, wie denn die Realität der breiten Praxis in unserem Land aussehe? Welchen Einfluss hätten die Erwartungen von Kostenträgern und Eltern auf möglichst schnelle, einfache und kostengünstige Behandlung? Remschmidt räumt ein, dass solch komplexe Therapie nicht flächendeckend gewährleistet sei und auch nicht gewährleistet werden könne. Welche Teile sich weiträumig implementieren ließen und welche nicht, gelte es noch herauszufinden. Er hoffe nicht, dass sich hierzulande US-amerikanische Verhältnisse entwickelten mit ultrakurzen Behandlungszeiten, die den Patienten kaum nützten. Eine solche Schwerpunktverlagerung in Richtung Medikation wäre bei HKS wie bei Depression eine Begrenzung bzw. Vorenthaltung des Notwendigen, auf das die Patienten Anspruch hätten.

Remschmidt merkt an, dass die Kinder- und Hausärzte die meisten Stimulanzien verschrieben – und nicht etwa die hierfür einschlägig qualifizierten Kinder- und Jugendpsychiater. Er fordert, hier die Ausbildung zu fördern, „damit auch nach der entsprechenden Indikation behandelt wird“. Ein Tagungsteilnehmer macht auf die Umweltbedingungen aufmerksam, in die die multimodale Therapie eingebettet sei, also eine Gesundheits- und Versicherungspolitik, deren einziger Maßstab die Kosten seien. Es werde nicht nach dem Effekt und nicht nach dem Subjekt gefragt. Zudem setze eine angemessene Therapieentscheidung in jedem Fall ein längeres aufklärendes und abwägendes Gespräch mit dem Patienten voraus, das selbst schon Zeit koste.

Weg von der (deskriptiven) Objekt-Perspektive hin zur (verstehenden) Subjekt-Perspektive im Krankheitskonzept führt der Vortrag von Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber.

### **Depression und Überaktivität aus emanzipatorischpsychologischer Sicht**

Psychoanalytikerin Leuzinger-Bohleber versteht die Depression und in anderer Weise auch ADHS als Signatur einer Zeit, in der sich traditionelle Strukturen, Wertsysteme und darauf

basierende, fest gefügte Verhaltenserwartungen weitgehend aufgelöst hätten. „Entgrenzungsphänomene und Flexibilisierungen von Lebensperspektiven ziehen einen Verlust an sozialer Sicherheit nach sich und machen die eigene Identität zum lebenslangen Projekt des Einzelnen.“ Das Individuum habe heute die Vorstellung: Alles ist möglich. Doch wer ständig um seine Selbstverwirklichung kämpfe, könne sich darin auch erschöpfen. Der ständige, oft nicht bewusste Wunsch, ein ganz besonderes, originelles, von anderen bewundertes Leben zu führen, wachse sich zu einem Druck zur Individualisierung aus. Der wiederum könne in Versagens- und Schamgefühle und schließlich in depressive Symptome einmünden. Die Depression werde, so Leuzinger-Bohleber, zur Tragödie der Unzulänglichkeit.

Wesentliches Ziel psychoanalytischer Behandlung sei es, dem depressiven Patienten in einer tragenden therapeutischen Beziehung zur Einsicht in die Hintergründe seines subjektiven Leidens an der empfundenen Unzulänglichkeit zu verhelfen. Analytiker und Analysand versuchten gemeinsam, die Symptome zu entschlüsseln, die den Depressiven mit ungelösten Konflikten seiner Vergangenheit verbinden und unbewusst sein Denken, Fühlen und Handeln mitbestimmen. Wenn der Analysand unbewusste Quellen eigener Reaktionen, vor allem frühere konflikthafte und krankmachende Beziehungsmuster, erkennt und durcharbeitet, befreie ihn das von unbewussten Fesseln. Er könne besser begreifen, warum er auf bestimmte Anforderungen in seiner individuellen und gesellschaftlich mitbestimmten Realität depressiv reagiert. Dadurch gewinne er nach und nach seine Lebensinitiative zurück, könne äußere Wirklichkeiten kritisch reflektieren und das Leiden daran ertragen, ohne darüber erneut depressiv zu erkranken.

Leuzinger-Bohleber sieht in psychopathologischen Störungsbildern wie der Depression (oder auch ADHS) „Fehlentwicklungen bzw. Fehlanpassungen, mit denen ein Individuum versucht, gravierende und dauerhafte Unterbrechungen seiner normalen

psychischen Entwicklung zu bewältigen“. Dieses Verständnis der Depression hebt weniger auf den Zustand als auf einen Prozess ab, der von inneren und äußeren Bedingungen abhängt. Schon relativ kurze Therapien, die auf einem solchen Verständnis von Depression beruhen, hätten sich als erfolgreich bei der Behandlung von depressiven Patienten in einer akuten Lebenskrise oder während einer ersten Erkrankung erwiesen, besonders im jugendlichen Alter, berichtet Leuzinger-Bohleber. Besonders nachhaltig seien jedoch die Ergebnisse einer psychoanalytischen Langzeittherapie. Dieses Ergebnis sei umso erstaunlicher, als 75 Prozent der depressiven Patienten nach allen Formen der Kurztherapie einen Rückfall innerhalb von fünf Jahren erlitten. Etwa die Hälfte der depressiv Erkrankten entwickle ein chronisches Leiden, 20 Prozent reagierten nicht auf antidepressive Medikamente. Derzeit führe das Sigmund-Freud-Institut (SFI) eine große Langzeitstudie durch, die die Wirksamkeit psychoanalytischer mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen bei chronisch depressiven Patienten vergleicht.

Was die ADHS-Störung angehe, habe die Frankfurter Präventionsstudie des SFI die Wirksamkeit eines ganzheitlichen, psychoanalytisch-verstehenden, nicht medikamentösen Präventionsprogramms nachgewiesen, das auch zu einem statistisch signifikanten Rückgang von aggressivem und sozial desintegriertem Verhalten geführt habe. Ihrem Verständnis der Störung zufolge verbergen sich hinter einer scheinbar homogen beschreibbaren Symptomatik wie ADHS sehr verschiedene Kinderschicksale und mögliche Ursachen, z. B. eine (hirn-)organische Komponente, eine besondere Begabung, eine Frühverwahrlosung, ein kindlicher Bewältigungsversuch erlittener Traumatisierungen oder eine Manifestation latenter Trauer und Depression. Diesen individuellen Hintergrund einer ADHS-Symptomatik zu verstehen, sei unverzichtbar, „um diesen Kindern einen eigenständigen, kreativen und dauerhaften Umgang mit ihrer inneren Regulationsstörung zu ermöglichen“.

Leuzinger-Bohleber gab zu bedenken, „dass Medikamente zwar in manchen familiären und pädagogischen Eskalationssituationen das letzte Mittel darstellen, doch gleichzeitig ein wirkliches Verstehen der erwähnten individuellen und oft auch unbewussten Gründe für das hyperaktive Verhalten verhindern“. – Zudem nehme die Dauermedikation dem Gehirn als selbstregulierendem System die Möglichkeit, sich selbst zu korrigieren und anzupassen. Schließlich seien die Langzeitfolgen eines medikamentösen Eingriffs in das kindliche Gehirn noch weitgehend unbekannt. Als einen der zentralen ethischen Aspekte im Bereich der Behandlung von Patienten mit seelischen Störungen benennt Leuzinger-Bohleber die Frage, „ob die Patienten in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, welche Art der Therapie – zum Beispiel eine psychiatrisch-medikamentöse, eine verhaltenstherapeutische oder eine psychoanalytische – für sie am erfolgreichsten ist.“ Im Sinne einer differenziellen Indikation sei es „ethisch unverzichtbar, dass der erwachsene Patient die umfassenden Informationen erhält, damit er zusammen mit dem Fachmann selbst entscheiden kann, welchen Weg er wählen möchte, um aus seiner jeweils ganz persönlichen und durch sehr spezifische Faktoren geprägten Art der Depression herauszufinden“.

In der anschließenden Diskussion verwahren sich zwei Tagungsteilnehmer – auch im Namen vieler betroffener Eltern – gegen ärztliche Schuldzuweisungen. Nachträglich ließen sich in jeder Familie Erziehungsfehler finden, denn Eltern seien auch nur Menschen.

Leuzinger-Bohleber betont, dass die behauptete Kausalität zwischen familialer Umgebung und Störung keine Schuldzuweisung bedeute.

Es gebe bislang auch noch kein Krankheitskonzept, das deskriptive und verstehende Ansätze verbinde, bedauert Leuzinger-Bohleber, nur erste Versuche eines wissenschaftlichen Diskurses darüber.

## Denkanstöße

Die Teilnehmer der abschließenden Podiumsdiskussion greifen die

Denkanstöße aus den vorangegangenen Vorträgen auf. Georg Bruns bewertet das von Remschmidt vorgetragene Behandlungsmodell als Idealbild. Die Behandlungsrealität sehe vielerorts anders und eben weniger sorgfältig aus. Filip Caby ergänzt diese Zustandsbeschreibung aus nicht universitärer kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive. In seinem Einzugsgebiet sei die Versorgungslage schlecht, berichtet er. Die universitäre Ebene sei ohnehin anders als die Situation vor Ort, wo eine leitlinien-orientierte Therapie angestrebt, aber nicht immer erreicht werden könne. Er möchte die medikamentöse Therapie kritisch betrachtet sehen und berichtet von den guten Ergebnissen der systemischen Psychotherapie, die vielerorts, aus abrechnungstechnischen Gründen allerdings hier wie dort, „offline“, also verdeckt praktiziert werde. Eine Vereinfachung des aufwändigen Therapieanerkennungsverfahrens könnte – seiner Auffassung zufolge – den Mangel an Psychotherapie lindern. Die Hilfen für Depressionskranke am Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter seien aus seiner Sicht nicht genügend verzahnt und wenig abgestimmt, merkt er außerdem an. Hier sieht er noch große Einsparmöglichkeiten.

Jörg Fegert fügt hinzu, dass, selbst wenn es mehr therapeutische Ressourcen gebe, niemand ganz genau wisse, was sie zu bewirken in der Lage sind. Die Psychotherapieforschung stecke noch in den Anfängen. Die „Forschung zur Suizidalität unter Psychotherapie, die ja bei der Depressionsbehandlung auch auftreten kann“, müsse nachgebessert werden, fordert er. Randomisierte kontrollierte (=RCT-) Studien, d. h. Untersuchungen zur Wirksamkeit von Therapien, bei denen Probanden per Zufall zwei alternativen Behandlungsmethoden zugeteilt werden, die valide und zuverlässig und über den Einzelfall hinaus therapeutische Effekte abbilden und die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen empirisch nachweisen könnten, seien sehr teuer, gibt Bruns zu bedenken. Das führe zu einer Selektion von Forschungsvorhaben, die zum großen

Teil durch die Industrie gesponsert werden. Hier liege eine große staatliche Aufgabe, führt Bruns weiter aus, diese einseitige Forschung in Richtung technisch inspirierter Medizin, wie sie der „medizinisch-industrielle Komplex“ vorantreibe, durch entsprechende Forschungsmittel für die subjekt-orientierte Medizin auszugleichen. Sonst trete die persönliche Arzt-Patient-Beziehung immer mehr in den Hintergrund. Diese gefährliche Tendenz zeige sich bereits bei den medizinischen Abrechnungssystemen, die eine Art Zeittaktung in der Arzt-Patient-Beziehung vorgeben.

Fegert schließt sich dieser Diagnose an: „Eines unserer Defizite in Europa ist die mangelnde Forschung zum Wohle von Kindern.“ Dem widerspricht ein Tagungsteilnehmer: Man müsse prüfen, ob nicht auf reduktionistische Krankheitsbehandlungskonzepte gesetzt werde, die dann dazu führten, dass die Forschung nur einseitig ausgerichtet sei. Fegert macht auf den demografischen Hintergrund von ADHS aufmerksam: Der Spielraum für abweichendes Verhalten schränke sich immer weiter ein, je weniger Kinder eine Familie habe, weil die Erwartungen der Eltern an das einzelne Kind dann stiegen. Außerdem hätten Gleichaltrige früher größere Bedeutung für die Miterziehung von auffälligen Kindern gehabt. Eine Form von Prävention sei es dann auch, wenn eine Gesellschaft Spielräume erhalte, in denen abweichendes Verhalten toleriert werden kann. Diese Bereitschaft nehme jedoch weiter ab, so Cabys Prognose. ADHS und Depression verstärkten sich somit tendenziell. Bruns ergänzt, dass es früher eine größere Bereitschaft gegeben habe, Schwankungen im Befinden (bei sich und anderen) einfach hinzunehmen und für normal zu halten. Mit Blick auf die Grenzziehung zwischen Krankenbehandlung und Enhancement regt ein Tagungsteilnehmer an, dass die Gesellschaft einen gemeinsamen Diskurs der beteiligten Akteure anstoßen und keinesfalls einer Gruppe allein das Feld überlassen solle.

Auf die Frage eines Zuhörers, ob sich alle als krank fühlten, die als

krank gelten, und ob die Gesundung von kranken Menschen schwerer wiege als eine Meisterleistung durch Krankheit oder Behinderung, entgegnet Fegert, dass dies eine romantisch-idealistisch verklärende und wenig wegweisende Vorstellung sei. Die Patientenperspektive sei entscheidend: Kleinere ADHS-Kinder etwa sähen sich nicht als krank, spürten aber die Ausgrenzung. In den Augen der Gleichaltrigen gälten sie schlicht als schlecht erzogen. Therapeuten müssten ihr Augenmerk darauf legen, die Entwicklung eines eigenen Verständnisses des Anders-Seins und die Akzeptanz des So-Seins zu unterstützen. Autonomieentwicklung vollziehe sich immer in einem Dreieck zwischen Eltern, Kind, Gesellschaft und Behandler.

Eltern, die eine Medikation zur Leistungssteigerung des Kindes verlangten, seien ihr noch nie begegnet, berichtet eine ZuhörerIn, die eine Elternselbsthilfegruppe leitet. Die meisten Eltern schreckten eher vor Medikamenten zurück. Michael Townson (AdS e.V.) teilt diese Einschätzung. Eltern suchten die professionelle Hilfe eher zu spät als zu früh. Ganz generell möchte er die langjährige Erfahrung der großen Selbsthilfverbände, also der Betroffenen, stärker in die wissenschaftliche Diskussion eingebracht sehen.

In ihrem Schlusswort unterstreicht die Ratsvorsitzende Weber-Hassemmer die Ambivalenz und Unschärfe, die sich einstelle, sobald man versuche, Verhaltensstörungen und psychische Krankheiten abzugrenzen von dem, was als normal zu gelten habe. Selbst-, Fremd- und gesellschaftliche Definition brächten die Grenzen ins Fließen – bis hin zur „außerordentlich unscharfen Grenzziehung zwischen Behandlung und Enhancement“, die sich in fünf oder zehn Jahren weiter gewandelt haben werde. Aber das mache die weitere Beschäftigung damit nicht überflüssig. Im Gegenteil: Die ethischen Probleme beim Enhancement müssten stärker ins allgemeine Bewusstsein dringen und im gesellschaftlichen Diskurs gehalten werden. ☞

Quelle:  
 Infobrief des  
 Nationalen Ethikrates  
 Das Wortprotokoll  
 der Tagung finden Sie  
 unter:  
[http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/wortprotokoll\\_pille\\_fuers\\_glueck\\_rostock\\_2006-11-22.pdf](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/pdf/wortprotokoll_pille_fuers_glueck_rostock_2006-11-22.pdf)

Anmerkung der Red.:  
 Siehe hierzu auch den  
 in unserer Ausgabe  
 Nr. 74, Seite 27, veröf-  
 fentlichten Leserbrief  
 von Gerhild Drüe, die  
 an dieser Tagung für  
 uns teilgenommen  
 hat.

# Elternberatung bei ADS/ADHS: Eltern als Co-Therapeuten

Christine Falk-Frühbrodt



Beratung in Erziehungsfragen findet nicht nur in den über 1000 Erziehungs- und Familienberatungsstellen im gesamten Bundesgebiet statt, sondern ist als niederschwelliges Angebot in zahlreichen anderen Einrichtungen etabliert. Überall wo Kinder beaufsichtigt, beschult oder therapiert werden, entstehen Beratungsanlässe. Kindergärten, Schulen, Horte, Ergo-, Heilpädagogik-, Logopädie- und Lerntherapiepraxen sowie Selbsthilfegruppen bieten Raum für Elternarbeit. Mal bitten Eltern um eine Beratung; mal geht die Initiative zum Gespräch von der Beraterin aus. In diesem Artikel werden beide Ausgangssituationen betrachtet. Die dargestellten Beratungsgrundsätze gelten insbesondere für die Arbeit mit Eltern unaufmerksam, impulsiver und hyperaktiver Kinder.

## Was macht Elternberatung bei ADS/ADHS so besonders?

Die Einbeziehung der engsten Bezugspersonen in die Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung gilt als zentraler Baustein im Rahmen eines multimodalen Gesamtkonzepts. Eine gute Elternarbeit ist wie eine Brücke, über die in der Therapie erworbene Kompetenzen den Weg in den Alltag finden können. Aufgrund der familiären emotionalen Bindung haben Eltern stets einen größeren Einfluss auf das Denken und Verhalten des Kindes als alle Co-Erziehenden. Erzieher/innen, Lehrer/innen, Psycho-, Ergo- und Lerntherapeutinnen steht immer ein kurzer Zeitraum für die Arbeit mit dem Kind zur Verfügung. Wie viel mehr Inseln könnten angesteuert werden, wenn die Eltern mit im Ruderboot säßen!

Schätzungsweise jedes zweite Kind mit ADS/ADHS hat ein Eltern- teil, das aufgrund seiner Verhaltensmuster die gleiche Diagnose erhalten könnte. Unaufmerksamkeit, unüberlegtes Handeln, Organisations-

probleme, Desinteresse an monotonen Aufgaben und emotionale Überempfindlichkeit auf Seiten der Mutter oder des Vaters führen häufig dazu, dass diese Eltern dem Ideal der liebevoll-konsequenten Erziehung nicht entsprechen. Wer selbst keine Strukturen kennt, kann diese auch nicht seinen Kindern vermitteln, und wer seine Impulse selten im Griff hat, gibt zum Erziehen unangemessene Lautstärke hinzu, straft oft und versucht im nächsten Moment, mit ganz viel Großzügigkeit alles wieder gut zu machen.

## Leuchtturm sein für das Kind

Idealerweise nehmen Mutter und Vater die Rolle eines Leuchtturms ein, der die Kinder durch die von allgegenwärtigen Verfehlungen gesäumte Fahrinne in den Hafen führt. Sind sich die Eltern in wesentlichen Erziehungsfragen uneins, stellen sie zwei Leuchttürme dar, die den Kindern unterschiedliche Wege weisen. Insbesondere für grenzüberschreitende Kinder, die eindeutige Regeln benötigen, ist dies eine schwierige Situation. Egal wessen Leuchtfener sie folgen, stets droht Ungemach. Diese Konstellation liegt besonders häufig in Familien mit einem selbst betroffenen, wenig konsequenten Elternteil vor. Verunsicherung des Kindes und Schwierigkeiten auf der Paarebene, die sich sowohl negativ auf das Erziehungsverhalten als auch auf die innerfamiliäre Atmosphäre auswirken, können die Folgen sein.

## Eltern als Experten

Wesentliche Voraussetzung für eine gute Beratung sind gegenseitige Akzeptanz und Bereitschaft zum Austausch auf Augenhöhe. Von einem hohen Ross berät es sich schlecht. Eltern sind Experten in eigener Sache und müssen als solche behandelt werden, sonst kann Beratung leicht zu unerwünschter Belehrung wer-

den. Viele Mütter und Väter, die von sich aus das Gespräch suchen, haben einen langen Weg hinter sich und verfügen über vielerlei Einsichten und Kompetenzen. Eltern kennen ihr Kind besser als jeder andere. Sie wenden sich an uns, um sich auszusprechen, gehört zu werden und Anregungen für den Erziehungsalltag zu erhalten. Dass sich Erziehungsprobleme, die meist auch Beziehungsprobleme sind, nicht mit ein paar locker aus dem Ärmel geschüttelten Tipps im Nu auflösen lassen, wissen die meisten Ratsuchenden. Und wer es nicht weiß, muss es gesagt bekommen, damit falsche Erwartungen gar nicht erst entstehen.

## Schnelle Tipps sind gefährlich

Mittel- bis langfristiges Ziel jeder Elternberatung sollte die Hilfe zur Selbsthilfe sein. Wer stets fertige Lösungen präsentiert, fördert ein Abhängigkeitsverhältnis, das dieses Ziel weit in die Ferne rückt. Manche Elternberater/innen sind regelrechte „Erziehungstippmaschinen“, die jede Frage aufnehmen und ohne Zögern eine mehr oder weniger passende Antwort ausspucken. Diese Form der Beratung hilft Eltern nur für den Moment, mitunter jedoch auch gar nicht, weil die genauen Umstände des wahrgenommenen Erziehungsproblems unberücksichtigt bleiben. Stellen Sie sich eine Mutter vor, die sich mit einer typischen „Was mache ich, wenn“-Frage an uns wendet und einen Ratschlag erhält, den sie bereits zur Genüge kennt und immer wieder ohne Erfolg umsetzt. Sicher wird sie nicht das Gefühl haben, bei uns an der richtigen Adresse zu sein.

## Mit Fragen zur Lösung führen

Die Gesprächstherapie geht davon aus, dass nicht der Therapeut dem Klienten den Weg weist, sondern ihn

Christine Falk-Frühbrodt, M.A. ist Erziehungswissenschaftlerin, Psychologin, Leiterin des IFLW - Institut für integratives Lernen und Weiterbildung ([www.iflw.de](http://www.iflw.de)) und Mitglied des BVAÜK. Sie ist seit 1994 auf AD(H)S spezialisiert, hat 2002 das „Elterntraining bei ADS/ADHS“ entwickelt und mittlerweile rund 600 Fachleute aus dem psychosozialen und therapeutischen Bereich in den Bereichen Elternberatung und Elterntraining fortgebildet.



im Gespräch zu seiner eigenen Lösung führt. Dieses Modell ist auf die Elternberatung übertragbar. Fassen Sie zunächst die Aussagen der Mutter bzw. des Vaters in eigenen Worten zusammen. Verwenden Sie eine vorsichtige, Widerspruch zulassende Formulierung, z.B. „Die schulischen Probleme Ihres Sohnes scheinen in Ihrer Familie ein zentrales Problem zu sein. Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie sich zunächst im Bereich des Lernens Erleichterungen erhoffen und die Geschwisterstreitigkeiten im Moment zweitrangig sind?“ Hier können sich die Eltern verstanden fühlen und zustimmen oder die Situation mit ergänzenden Worten präzisieren.

In einer warmherzigen und respektvollen Beratungsatmosphäre fällt das Reden leichter. Mitunter sind jedoch auch kleine Ermunterungen erforderlich, z.B. wenn es darum geht, eine typische Erziehungsschwierigkeit genau zu schildern, um sie schon im Moment des Beschreibens einer ersten Analyse zu unterziehen. Diese so genannten Türöffner können verbaler Art sein, z.B. „Hm, Hm. Ich verstehe...“, „Möchten Sie mehr darüber erzählen?“ oder auch „Lassen Sie uns gemeinsam schauen, wie es zu diesem Wutanfall gekommen ist. Wie lief das genau ab?“ Hilfreich sind auch nonverbale Zeichen der Empfangsbereitschaft und des Interesses, die sich in Blickkontakt, Kopfnicken und einer zugewandten Körperhaltung äußern können.

Stellen Sie den Eltern folgende Fragen, sofern sie die Antworten nicht bereits von sich aus gegeben haben: Wie sieht das Problemverhalten konkret aus? Seit wann wird es beobachtet? In welchen Situationen verhält sich das Kind so? In welchen zeigt es akzeptables Verhalten? In Gegenwart welcher Personen tritt das Verhalten auf? Wie reagieren die Mutter, der Vater, Geschwisterkinder und ggf. das weitere Umfeld auf dieses Verhalten? Welche Erklärungsansätze gibt es? Mit dieser systematischen Problemanalyse können die auslösenden bzw. verstärkenden Bedingungen und mitunter auch schon erste Lösungsansätze von den Eltern erkannt werden. Um diesen Prozess nicht zu stören, sollten Sie sich in

dieser Phase der Beratung mit eigenen Hypothesen und Ratschlägen zurückhalten.

### Trüffelschwein sein

Gute Berater/innen sehen ihre Aufgabe nicht darin, Eltern Verfehlungen nachzuweisen und mit ihnen Probleme zu besprechen. Wer erzieht, macht zwangsläufig Fehler. Diese Regel kennt keine Ausnahme. Vielversprechender ist es, Ausnahmen von Problemen, Ressourcen und Lösungen in den Blick zu nehmen. Der Ausbau einer schon vorhandenen Lösung, so klein sie auch sein mag, bietet bessere Chancen auf ein gutes Gefühl bei den Eltern und damit auch auf ein harmonischeres Familienleben. Suchen Sie nach Trüffeln: „Wie haben Sie es bisher geschafft, diese schwierige Situation zu bewältigen?“, „Was oder wer hat Ihnen dabei geholfen?“, „Ich bin beeindruckt, was Sie geschafft haben. Wie machen Sie das?“. Fragen dieser Art stärken das Selbstbewusstsein der Eltern, das nach vielen Jahren der Selbstzweifel oft in einem desolaten Zustand ist. Wenn wir uns konsequent auf Schatzsuche statt Fehlersuche begeben und unsere Anerkennung echt ist, können wir Eltern mit Worten stark machen für die Stürme des Alltags.

### Eltern zum Gespräch einladen

Mitunter verspüren mit dem Kind befasste Fachleute angesichts eines aktuellen Ereignisses oder einer Entwicklung das Bedürfnis und die Notwendigkeit zum Austausch mit den Eltern. Das ist nicht selten eine heikle Angelegenheit, weil viele Eltern Schuldzuweisungen gewohnt sind und auch wohlmeinenden Kontaktaufnahmen zunächst kritisch gegenüberstehen. Es ist sehr wichtig, dass beratend Tätige Gespräche dieser Art vorbereiten. Überlegen Sie sich gut, was Ihnen am Kind und seinen Eltern positiv auffällt und teilen Sie zunächst diese Beobachtungen mit. Achten Sie darauf, dass Sie die sich einstellende gute Atmosphäre nicht mit einem nachgestellten Aber zunichte machen: „Bei mir in der Ergotherapie macht Justin was situationsgerechtes Verhalten angeht

große Fortschritte, aber zu Hause scheint es noch immer an Strukturen zu fehlen“. Besser wäre: „Bei mir in der Ergotherapie macht Justin was situationsgerechtes Verhalten angeht große Fortschritte. Wie ist es bei Ihnen zu Hause?“

### Probleme lösen, wo sie entstehen

Wenn Sie sich als Erzieher/in oder Lehrer/in eines Kindes mit ADS/ADHS an die Eltern wenden, sollten Sie stets daran denken, dass sich diese Kinder in der Gruppe anders verhalten als im Einzelsetting. Es ist gut möglich, dass die Mutter oder der Vater, womöglich aber auch beide zu Hause weit weniger Konflikte wahrnehmen. Das hat weder mit Schönfärberei auf Seiten der Eltern noch mit mangelnder Professionalität auf Ihrer Seite zu tun. Es bringt auch nichts, die Eltern zu Ermahnungen oder gar Bestrafungen des Kindes anzuhalten. In Gruppendynamiken begründete Schwierigkeiten sind stets eine Herausforderung für die Gruppenleitung. Ein Weiterreichen des Problems an das Elternhaus ist nicht möglich, wohl aber könnten sich Eltern angesichts einer Vielzahl von Klagen dazu gedrängt fühlen, den Druck auf das Kind zu erhöhen. Das kann zu einer Verschlechterung der Eltern-Kind-Beziehung führen.

### Im Konkreten bleiben

In Gesprächen mit Eltern sollten Probleme stets anhand konkreter Beispiele möglichst unaufgeregt verdeutlicht werden. Die Aussage „Ihr Sohn ist unglaublich aggressiv und das nicht erst seit gestern“ weckt mütterliche und väterliche Schutzinstinkte. Schnell nimmt das Gespräch eine emotionale Färbung an, die einem echten Austausch im Wege steht. Besser ist es, eine Beobachtung zu schildern und dabei klar zwischen dem Verhalten des Kindes und seiner Person zu unterscheiden: „Ich sehe gelegentlich, dass Ihr Sohn die Bausteintürme anderer Kinder absichtlich einreißt und dass er kneift. Heute Morgen hat er das bei Hanna gemacht, nachdem sie ihm deutlich gesagt hat, dass er nicht mitspielen darf. Das macht

mich traurig, weil ich weiß, wie sehr sich Kevin Freunde wünscht. Kennen Sie dieses Verhalten aus anderen Situationen? Was meinen Sie als Mutter, was Kevin in diesen Momenten braucht?“ Diese vorwurfsfreie Haltung und der Verzicht auf Verallgemeinerungen ermöglichen ein gemeinsames Arbeiten an für Kevin gangbaren Wegen.

### Patentrezepte? – Die gibt es nicht!

Beratungsgespräche sollen aufbauen und Kraft für die nächsten Schritte geben. Hilfreich sind das Erinnern an Erfolge, überstandene Krisen und vorhandene Ressourcen. Tipps sollten sehr zurückhaltend und wenn, dann erst ganz am Ende einer gemeinsamen Situationsanalyse gegeben werden. Denken Sie daran, dass es auch in der Erziehung von Kindern mit ADS/ADHS keine Patentrezepte gibt. Stets sollten Eltern aus einer Reihe von möglichen Handlungsalternativen die für sie und ihr Kind stimmigste Strategie selbst auswählen. Dazu bedarf es einer Beraterin, die viele Wege zum Ziel kennt und der Versuchung widersteht, ihre Ansichten und Ideen für die Eltern verbindlich zu machen.

Eine konsequente Orientierung an den Werten und Möglichkeiten der nicht selten selbst betroffenen Eltern ist die beste Grundlage für eine gelingende Elternarbeit. Raten Sie nicht zu einem Punkteplan, wenn Sie wissen, dass die Mutter selbst Schwierigkeiten mit dem Einhalten von Vereinbarungen hat. Dann braucht sie etwas, das weniger anspruchsvoll in der Umsetzung ist. Schlagen Sie Eltern auch nicht vor, ein stark erregtes Kind gegen seinen Willen in sein Zimmer zu sperren. Diese Form der Auszeit kann eine verfahrenere Situation erst recht zur Eskalation führen, wenn die Eltern ihre Impulse nicht unter Kontrolle haben. Dann ist es besser, selbst das Feld zu räumen und erst einmal zur Ruhe zu kommen.

### Eltern geben ihr Bestes

Gehen Sie stets davon aus, dass Eltern ihr Bestmögliches geben. Wenn sie es besser könnten, würden sie es

besser machen. Unaufmerksame, impulsive und hyperaktive Kinder haben besondere Erziehungsbedürfnisse, die viele Erwachsene an Grenzen führen, nicht nur die Eltern. Schauen Sie auf die Stärken der Eltern und helfen sie ihnen, diese auszubauen. Das Motto sollte lauten: „Mach mehr von dem, was du gut kannst, dann hast du weniger Zeit für das Negative.“ Schon kleine Ver-

änderungen in der Sichtweise oder im Verhalten der Eltern können Großes nach sich ziehen, weil die davon ausgehenden Impulse Dynamik in das System Familie bringen. Das kann z.B. der Auftrag sein, systematisch nach erwünschten Verhaltensweisen zu suchen und das Kind dafür zu belohnen. Das leidige Schimpfen und Strafen reduziert sich dadurch fast von ganz allein. ←

## Versorgung im Notstand: Wer behandelt künftig psychisch kranke Kinder?

Beim diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), die vom 14. bis 17. März 2007 an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) in Aachen stattfand, hat deren Präsident, Professor Dr. Michael Schulte-Markwort, vor einer gravierenden Unterversorgungssituation für betroffene Kinder und deren Eltern gewarnt. Der Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beklagte, dass in der Versorgung der betroffenen Kinder und ihrer Familien nach wie vor ein Notstand bestehe, obwohl die reine Häufigkeit von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in den vergangenen 30 Jahren nicht zugenommen habe.

Schulte-Markwort: „Die Zahl der vorhandenen Behandlungsplätze reicht bei gleichzeitig differenzierten und erfolgreichen Therapieprogrammen in Kliniken und Praxen bei weitem nicht aus, um dem Versorgungsbedarf adäquat zu entsprechen.“ Als weitere Gründe der Unterversorgungssituation führte der Präsident der DGKJP an, dass die diagnostischen Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sich in vielen Bereichen verfeinert haben. Zudem habe sich das Wissen um psychische Erkrankungen in der Bevölkerung deutlich verbessert. Dies führe zu vermehrten Empfehlungen und Zuweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weiterhin werden

Risikogruppen, wie etwa chronisch kranke Kinder, auf der Grundlage einer sich ebenfalls beständig verbessernden Kinder- und Jugendmedizin früher erkannt und können dadurch eher Zugang zur Kinder- und Jugendpsychiatrie finden. Diesen positiven Entwicklungen könne man allerdings nicht adäquat begegnen, so Schulte-Markwort.

In diesem Zusammenhang erinnerte der Präsident der DGKJP daran, dass etwa 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig sind und zusätzlich weitere zehn Prozent psychosomatische Symptome zeigen. Wenn man davon ausgehe, dass die Hälfte davon auch einer ärztlichen Diagnose bedürften, müsse man mit gut fünf Millionen potenziellen Patienten unter 18 Jahren rechnen. Von diesen wiederum bedürften etwa die Hälfte, also 2,5 Millionen, einer Behandlung. Die Diagnostik hierzu müsse allerdings von nur 640 niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet werden. Für die nicht-medikamentöse Behandlung stünden derzeit zusätzlich 2.500 psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zur Verfügung. Damit seien Wartezeiten von Monaten bis Jahren für ambulante psychotherapeutische Behandlungen an der Tagesordnung. DGKJP-Präsident Schulte-Markwort: „Offensichtlich ist die Lobby für Kinder und Jugendliche in Deutschland nach wie vor so schwach, dass wir eine derart skandalöse Unterversorgung in Kauf nehmen!“

pm/idw/Thomas Nesslerer/DGKJP

## Workshop von Transparency International bei der Techniker Krankenkasse in Hamburg

# Die Selbsthilfe geht selbstbewusst in den Dialog über ihre Unabhängigkeit

Unter dem Titel „Selbsthilfe in der Umklammerung von Interessengruppen?“ fand im Januar 2007 in der Hauptverwaltung der Techniker Krankenkasse (TK) in Hamburg eine Veranstaltung der deutschen Sektion von Transparency International (TI) statt. Transparency International ist eine internationale Nicht-Regierungsorganisation, die sich mit Korruption befasst und sich in Deutschland ganz besonders dem Gesundheitsbereich zugewandt hat.

### Vorgeschichte

Die Selbsthilfe ist bei diesem Thema sehr aufmerksam, da seit geraumer Zeit Presseberichte erscheinen, die eine vermeintliche Abhängigkeit der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen von Pharmafirmen und ähnlichen Unternehmen unterstellen. Die Techniker Krankenkasse war als Mitglied der Selbsthilfefördergemeinschaft der Ersatzkassen Auftraggeber einer Arbeit am Zentrum für Sozialpolitik in Bremen, Lehrstuhl Prof. Dr. Gerd Glaeske, in der in einem bewusst gewählten Feld von Indikationen (Morbus Alzheimer, Neurodermitis, Osteoporose, Parkinson sowie Psoriasis) die vermeintliche Abhängigkeit der Selbsthilfe von Pharmaunternehmen untersucht werden sollte. Über diese Untersuchung wurde die Selbsthilfeseite nicht informiert obwohl der Auftrag im gleichen Zeitraum erteilt wurde, in dem eine gemeinsame Erklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe zum Thema verhandelt wurde.

Ende November 2006 wurde ein erster „Werkstattbericht“ veröffentlicht. Und es gab eine erste Veranstaltung, die von der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) am 29. November in Hannover durchgeführt wurde. Aufgrund kritischer Hinweise

von Pharmaunternehmen wurde der Werkstattbericht korrigiert. Die vorgebrachten Argumente der Selbsthilfe an diesem Bericht blieben bisher folgenlos. Zudem hatte es am Rande einen Eklat auf der Pressekonferenz gegeben, weil ohne Beteiligung der Selbsthilfe völlig andere Aussagen an die Medien weitergegeben wurden, als in der Veranstaltung dargestellt. Die Veranstaltung Ende Januar 2007 bei der Techniker Krankenkasse wurde nun als Workshop angekündigt, der laut Einladungsschreiben einen Dialog eröffnen sollte.

### Die Beiträge der Veranstaltung

So gab es bei der Veranstaltung in Hamburg Pressegespräche mit Beteiligung der Referenten aus der Selbsthilfe. Zudem bot die Hamburger Tagung mit Anke Martiny von Transparency International und Professor Gerd Glaeske neue ReferentInnen.

Anke Martiny blieb mit der Betonung der besonderen Wertschätzung für das bürgerschaftliche Engagement in der Zivilgesellschaft sehr allgemein. Karin Niederbühl (Verband der Angestelltenkrankenkassen und Arbeiterersatzkassen) referierte die Motive für den Arbeitsauftrag zum Thema am Zentrum für Sozialpolitik. Der Bedarf ist entstanden, weil die Spitzenverbände der Krankenkassen Mühe haben, die Vielzahl der Organisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf der Bundesebene zu überblicken und die Fördergemeinschaft der Ersatzkassen sich unterstützende Hinweise erwartet habe.

Prof. Gerd Glaeske zitierte zu Beginn seines Beitrags aus einer aktuellen Veröffentlichung des „Stern“ Ausgabe 5/2007, in der eine kritische Bewertung von so genannten Beobachtungsstudien zur Arzneimittelanwendung durch die Pharmaindustrie vorgenommen wurde. Aber auch er brachte in seiner Darstellung keine

Präzisierung des Zusammenhangs von Einfluss der Pharmaindustrie auf Handlungen der Selbsthilfe, sondern benannte ebenfalls eher pauschale Aspekte aus der deutschen Situation.

Hilde Schulte von der Selbsthilfeorganisation „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ zeigte anschaulich, die Gemeinsamkeiten sowie die Unterschiede von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisation und wies darauf hin, dass bei einer reflektierten Entwicklung der Selbsthilfearbeit natürlich auch eine seriöse auf transparenter vertraglicher Grundlagen bestehende Zusammenarbeit mit Unternehmen gegeben ist.

### Vielfalt der Selbsthilfe

Die Veranschaulichung der Vielfalt der Selbsthilfe war die zentrale Botschaft des Vertreters der BAG Selbsthilfe, Christoph Nachtigäller. Er wies darauf hin, dass gerade die Geschichte der Selbsthilfe von kritischen Positionen zum Gesundheitssystem, zu Berufen, Behandlungskonzepten bestimmt ist und in Abgrenzung zu Unternehmensinteressen formuliert wurde. Andererseits unterscheidet sich Selbsthilfe auch nach Indikationen und Indikationsbereichen sowie nach dem Kriterium ob Krankheitsursachen oder Krankheitsfolgen Thema sind. Mit dieser Vielfalt seien auch sehr unterschiedliche Zugänge zum Thema Medikamente und Pharmaindustrie gegeben, die wiederum von der Selbsthilfe beobachtet werden sollten.

*Andreas Renner,  
BAG Selbsthilfe/red*

# Coaching bei ADHS

Voraussetzung ist Freiwilligkeit

Christine Beerwerth



Christine Beerwerth  
Tel. 02501-987399  
eMail:  
info@position51-7.de

Mit dem Thema Coaching bei ADS beschäftige ich mich nun seit vielen Jahren. Zu diesem, aus dem Englischen stammenden Wort gibt es immer wieder kritische Anmerkungen. „Warum nennt man das, was Hilfe und Begleitung bedeutet, Coaching? Gibt es kein gutes deutsches Wort dafür?“

## Woher es kommt

Das Wort „Coaching“ kommt aus dem Englischen und bedeutet Kutsche.

Welche Gedanken sind bei Ihnen damit verbunden? Von Ort zu Ort. Einem selbst gewählten Ziel zu. Der Kutscher kennt den Weg. Geschützter Raum. All diese Beschreibungen treffen auf das Coaching von Menschen mit ADS zu. Für sie verwende ich als „Fahrzeug“ Maßnahmen (in der Fachliteratur „Tools“ genannt), die sich im Coaching von Führungskräften bewährt haben. Das war nicht geplant, sondern hat sich bei der praktischen Arbeit von selbst ergeben.

Bei der Lektüre zum Thema Coaching stoßen Sie beständig auf Aussagen renommierter Fachleute, dass dieser Begriff ins Management und in die Personalentwicklung großer und kleiner Firmen gehört. Anfangs fühlte ich mich wie eine Diebin, die einfach einen Begriff aus der Wirtschaft „gestohlen“ hatte.

## Was es bedeutet

Im Handbuch des Coaching von C. Rauen finden Sie in einer ausführlichen Definition Sätze wie: „Zielgruppe sind Personen mit Führungs- und/oder Managementaufgaben... personenzentrierte Beratung auf Prozessebene... Hilfe zur Selbsthilfe... Coaching erlaubt keine manipulativen Techniken, da ein derartiges Vorgehen der Förderung von Bewusstsein und Eigenverantwortung entgegenstehen würde.“ Da merkte ich dann, dass es beim Coaching mit ADSlern genau darauf ankommt.

Was also ist das: Coaching bei ADHS? Gibt es einen treffenden deutschen Begriff? Sie können es so übersetzen: Es ist eine Frage des Anstandes. Es handelt sich um die Kunst des anständigen Umganges mit empfindsamen Menschen. Dazu benötigen wir Menschenkenntnis, die erst Dinge wie Takt, Höflichkeit und Hilfsbereitschaft ermöglichen. Intuitiv wird das betrieben, seit es Menschen mit ADS gibt. Erfreulich neu ist, dass Coaching von ADSlern auf der Basis solider wissenschaftlicher Erkenntnisse angeboten werden kann. Diese Erkenntnisse bestehen zurzeit über die spezifische Impulssteuerung, die Gefühlsbetontheit (auch Emotionalität genannt) und das Planungsverhalten der ADSler.

## Wie es funktioniert – und wie nicht

Die Voraussetzung auf Seiten der ADSlers für ein Coaching ist immer die Freiwilligkeit. Immer wieder kommt es vor, dass mich Partner oder Eltern, manchmal auch Vorgesetzte eines Klienten anrufen, um Hilfe zu bekommen. Ohne Einverständnis, besser noch, ohne unbedingten Willen auf Seiten des Betroffenen, werden alle Bemühungen im Nichts enden.

Manchmal bekomme ich im Nachhinein heraus, dass ein Klient viele Stunden Coaching „mitgemacht“ hat, um dem Partner einen Gefallen zu tun. So funktioniert es aber nicht! Der Auftrag zur Hilfe muss vom Hilfesuchenden kommen.

Es gibt typische Situationen, in denen Hilfe gesucht wird; ebenso gibt es Zustände, in denen Hilfesuche nicht möglich ist.

Leute, die im Laufe eines Quartals Unmengen an Mahngeldern gezahlt haben, melden sich mit der Bemerkung: „Ich denke, für das Geld können Sie mir doch mal erklären, wie ich meine Zahlungsfristen in den Griff bekomme.“

Anderer haben sich selbständig gemacht und scheitern am Zeit- und Büromanagement.

Wieder andere möchten Unterstützung im Umgang mit ihrem ADS-Kind, z.B. um die Kraft zu haben, klare Ansagen zu machen und diese auch einzuhalten.

Von denen, die es am meisten brauchen, hört man als Coach am wenigsten. Menschen, die emotional am Boden sind, Menschen, die sich im Hyperfokus befinden und rundherum nicht wahrnehmen, dass sich gerade große oder kleinere Katastrophen abspielen (z.B. Spiel- oder Kaufsucht).

Das A und O beim Coaching ist das „Ausleihen“ einer mittleren Gefühlsebene. Die meisten der Menschen mit ADS sind entweder himmelhoch jauchzend oder zu Tode betrübt. Sie benötigen eine Regulation in die eine oder andere Richtung, um effektiv ans Ziel zu kommen. Dies ist eine der Hauptaufgaben des Coachs.

Ebenso wichtig ist, dass das Coaching beiden, Coach und Coachee, Freude macht. Die Chemie muss stimmen. Sonst laufen alle Bemühungen ins Leere. Macht's keinen Spaß – macht's keinen Sinn!

## Was es bringt

Coaching als alltagsbegleitende Maßnahme kann den ADSler an vielen Fronten unterstützen. Im Folgenden nenne ich nur drei der häufigsten:

- Unterstützung bei der Pflege von Sozialkontakten
- Unterstützung zur Alltagsstrukturierung
- Unterstützung beim Ordnen und Strukturieren des Haushaltes / Arbeitsplatzes

Wichtig ist, dass der ADSler selbst „anpackt“! Die gestellten Aufgaben müssen mit ihm und nicht für ihn angegangen werden. Er gibt die Rich-

tung an. Es ist entscheidend für das Klima und den Ablauf des Coaching, zu schauen, was der Coachee selbst mitbringt. Ich schaue zusammen mit dem Klienten nicht auf die Schwächen, sondern erforsche mit ihm seine Stärken. Für die meisten ist das neu, da ihnen fast ihr ganzes Leben lang erklärt wurde, wo sie Defizite haben. Immer wieder Selbstbewusstsein aufzubauen ist unerlässlich! Ich selbst profitiere häufig davon; z.B. von der Kreativität meiner Klienten.

In kurzer Zeit zu vollem Erfolg! So geht es sicher nicht. Aber in kleinen Schritten über einen längeren Zeitraum immer wieder kleine Erfolgserlebnisse: So schafft man Ausdauer- und Neugierde, was als nächstes geschafft werden kann. Bei allen meinen Klienten sehe ich im Lauf der Zeit, dass sie sich immer mehr zutrauen. Sicher gibt es von Zeit zu Zeit Rückschläge. Denen wird aber nur in kleinem Umfang Bedeutung zugemessen. Der Blick nach vorn im Hier und Jetzt ist einem Blick zurück auf Missgeschicke vorzuziehen.

### Ein weites Feld

Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt dessen, was man sich unter Coaching bei ADS vorzustellen hat. Das Thema ist weit gefächert und wird zurzeit von mir in Buchform gebracht. Dort finden sich weitere Aspekte, die im Rahmen eines Artikels keine Berücksichtigung gefunden haben. Was ist mit den Kosten? Warum übernehmen Krankenkassen lange Klinikaufenthalte, aber geben keine Unterstützung im Alltag? Wo ist Coaching ausgeschlossen? Häufig geht Coaching nur mit Medikation – und Medikation nur mit Coaching.

Ich hoffe, mit diesem Artikel Ihren Blick auf das Coaching bei ADS schärfen zu können.

Für Fragen und Anregungen bin ich dankbar. ←

## Coaching Programm an der Universität Köln

Verehrte Leserinnen  
und Leser,

eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Lauth und Herrn Prof. Dr. Minsel von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln hat ein Coaching-Programm entwickelt, das sich an junge Erwachsene (18-30 Jahre) mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) wendet. Im Rahmen dieses Programms führen wir Workshops durch, die zur Selbststeuerung, Selbstorganisation und dem Umgang mit Alltagsproblemen anleiten.

Diese Kurse beginnen mit einem Einzelgespräch, in dem die derzeitigen Probleme erörtert werden. Dabei wird unter anderem intensiver nachgeforscht, inwieweit eine ADS-Problematik vorliegt. Anschließend findet ein Kurs mit etwa 8 TeilnehmerInnen statt (im Umfang von 1-2 Tagen). In diesem Kurs wird erörtert, welche Schwierigkeiten konkret vorliegen und in welchen Bereichen es bereits erfolgreiche Strategien zur Problemlösung gibt. Ferner werden Lösungen gesucht und Wege erarbeitet, damit künftige Entwicklungsaufgaben, hinsichtlich Alltagsbewältigung und Beruf sowie zur Kontaktaufnahmen und zum Bindungsverhalten, besser bewältigt werden können. Insbesondere sollen auch soziale Beziehungen zwischen den Betroffenen hergestellt werden, so dass sich eine Art „tutorieller Beziehung“ entwickelt. Diese werden durch Austausch in der Gruppe u.a. in Chatrooms unterstützt.

Ein zweites Angebot findet nach etwa sechs Wochen statt (1 Tag). In diesem Kurs wird erörtert, welche Aspekte sich gebessert haben und welche nicht. Für die Schwierigkeiten, die dann noch bestehen, werden Lösungen gesucht. Wenn Sie sich von diesem Ange-

bot angesprochen fühlen, weil Sie im Alltag häufig mit Aufmerksamkeits- oder Impulsivitätsschwierigkeiten zu kämpfen haben, sind Sie herzlich eingeladen, sich bei uns zu melden.

**Bitte rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine E-Mail**, dann schicken wir Ihnen Fragebögen zu, um herauszufinden ob bei Ihnen eine ADHS Problematik vorliegt und ob Sie zu den Personen gehören, die von unserem Angebot profitieren können. Dieselben Fragebögen finden Sie auch auf der unten aufgeführten Homepage, so dass sie die Fragebögen auch dort ausdrucken und uns zuschicken können.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Wir werden die Fragebögen auswerten und nach ca. 2 Wochen erneut mit Ihnen Kontakt aufnehmen und Ihnen Ihre Ergebnisse mitteilen. Bitte geben Sie auch an unter welcher Adresse wir sie erreichen können, um Sie eventuell zu einem Coaching an der Universität zu Köln einzuladen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei zu großer Nachfrage nicht alle InteressentInnen direkt berücksichtigen können. Wir bedanken uns vorab für Ihr Interesse und stehen für Rückfragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Universität zu Köln  
Humanwissenschaftliche  
Fakultät  
Fachgruppe Psychologie  
Prof. Dr. W.-R. Minsel  
Stichwort: COACHING  
Gronewaldstr.2

50931 Köln  
0221/ 470 – 4720 (8 – 16 Uhr)  
0221/ 470 – 4725 (AB)

hraven@uni-koeln.de  
abeyks@uni-koeln.de  
www.ads-projekt.uni-koeln.de

# Anleitung für ein Leben mit ADHS'lern

Astrid Neuy-Bartmann

## Zuerst braucht man Humor und Gelassenheit, sonst ist das Leben ganz und gar unerträglich.

- ☞ Es ist wichtig, die eigenen Ziele ganz klar abzustecken, sonst hat man gegenüber der Heftigkeit eines ADHS'lers gar keine Chance.
- ☞ Man muss die eigenen Ziele und Interessen mit einer freundlichen Beharrlichkeit verfolgen, nach dem Motto: nett und freundlich, aber klar und bestimmt.
- ☞ Man benötigt eine gehörige Portion Geduld und Langmut und muss jeder Versuchung widerstehen, sich aus der Fassung bringen zu lassen. Falls die Gefühlsreaktionen eines ADHS'lers allzu heftig werden, ist es gut, eine Auszeit zu nehmen. Auf keinem Fall sollte man sich in Diskussionen und Streitduelle einlassen, wenn die Emotionen schon hochgefahren sind.
- ☞ Diskussionen sind nur fruchtbar, wenn man sie in Ruhe und zum richtigen Zeitpunkt führt. Ist die Situation schon gefühlsgeladen, hört der ADHS'ler sowieso nicht zu und kämpft wie ein Löwe um sein Recht.
- ☞ Man sollte sich nie schlecht behandeln lassen. Sollte der ADHS'ler entgleisen, immer eine Auszeit nehmen, statt darüber zu diskutieren.
- ☞ Man sollte gemeinsame Gesprächstermine in angenehmer Umgebung festlegen, wo über die Beziehung und die Probleme, Wünsche und Bedürfnisse etc. gesprochen werden kann. Es ist auch wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass ADHS „eine andere Art zu sein“ bedeutet und dass der Rest der Menschheit (95 Prozent!) anders fühlt, denkt und anders getaktet ist.
- ☞ Es ist sehr sinnvoll gemeinsam in einer entspannten Situation Beziehungsregeln aufzustellen. Am besten macht man dies schriftlich und beide bestätigen per Unterschrift die gemeinsame Vereinbarung. Es

ist hilfreich, diese Regeln gut sichtbar aufzuhängen. Das Gleiche gilt für Pflichten und Aufgaben, die jeder in der Beziehung übernimmt.

- ☞ Weisen Sie den ADHS'ler darauf hin, wenn er in Stress kommt, weil es in diesen Situationen sehr oft zu unkontrollierten Gefühlsausbrüchen und unangemessenen Reaktionen kommt. Weisen Sie ihn darauf hin, dass er Zeitdruck, „alles auf den letzten Drücker“, Hunger, Schlafmangel etc. ... möglichst vermeiden sollte.
- ☞ Übernehmen Sie nicht alle Aufgaben Ihres Partners, auch wenn Sie vieles besser und schneller können.
- ☞ Versuchen Sie ADHS zu verstehen, aber lassen Sie ADHS nicht als Dauerausrede gelten.
- ☞ Finden Sie nette Formulierungen für das ADHS-Dasein Ihres Partners und bleiben Sie hart-näckig, aber freundlich dabei, dass Ihr Partner an sich arbeiten und seinen gerechten Beitrag für die Beziehung leisten muss. Fordern Sie immer wieder eine gerechte Arbeits- Zeit- und Geldeinteilung ein.
- ☞ Finden Sie freundliche und humorvolle Formulierungen für die ADHS-Problematik wie... „Du, dein ADHS-Chaos zeichnet sich wieder ab“ oder „heute bist du wieder ein ADHS-Hitzeblitz oder Rumpelstilzchen“.
- ☞ Versuchen Sie Ihrem Partner möglichst wenig Vorwürfe zu machen und ihn nicht anzuklagen. Genau das kennt er sein ganzes Leben lang und er reagiert darauf reflexartig mit Trotz, Beleidigtsein und heftiger Gegenwehr. Versuchen Sie Formulierungen wie... „schade, dass du vergessen hast ...“.
- ☞ „Schade“ ist ein Zauberwort, weil es Bedauern und Enttäuschung ausdrückt, ohne den anderen anzugreifen.
- ☞ Vergessen Sie nicht den ADHS'ler zu loben, wenn er etwas gut macht. Genau das kennt er näm-

lich nicht und er ist auf Lob sehr angewiesen.

- ☞ Drängen Sie einen ADHS'ler nie in die Ecke, weil er sonst rabiat „zuschlägt“. Lassen Sie ihm immer die Wahl: „wenn du deine Jobs erledigt hast, können wir noch zusammen in die Stadt gehen, sonst gehe ich alleine...“
  - ☞ Vermeiden Sie Formulierungen wie: „du musst und du sollst“...
  - ☞ Verzichten Sie nicht auf Ihre eigenen Bedürfnisse und fordern Sie diese immer wieder ein. Falls er nicht darauf eingeht, machen Sie es trotzdem und warten Sie nicht auf seine Erlaubnis, wenn es um Ihr eigenes Wohlbefinden geht.
  - ☞ Bleiben Sie bei Ihrer Sicht der Lage. Wenn man ADHS'lern zu lange zuhört, können diese so lange auf andere einreden, bis schwarz eben doch weiß ist. Beenden Sie frühzeitig unfruchtbare Diskussionen mit dem Satz: „du siehst das so und ich sehe es anders, und wir lassen das einfach mal so stehen“.
  - ☞ Tun Sie genug für sich selbst, um Kraft zu tanken für das anstrengende Leben mit einem ADHS'ler.
  - ☞ Sehen Sie ADHS als Herausforderung, denn Sie können auch ganz viel daran lernen. Der ADHS'ler fordert Selbstsicherheit, Abgrenzungsfähigkeit, Klarheit und Durchsetzungsfähigkeit ein. Lernt man dies nicht, läuft man Gefahr, in dieser Beziehung Schaden zu erleiden. Das sind aber Eigenschaften, die man auch ansonsten im Leben sehr gut gebrauchen kann. Vergessen Sie nicht, dass der ADHS'ler auch sehr gute Eigenschaften hat: so wird Ihnen nie langweilig, Sie werden nie wirkliche Sicherheit, Ruhe und Entspannung haben. Sie sind immer gefordert und profitieren ebenfalls von seiner Kreativität und seinen vielen Ideen.
- Denken Sie noch einmal daran: Das Wichtigste ist Humor und Gelassenheit!!!**

# ADHS-Merkzettel für Betroffene

Astrid Neuy-Bartmann

## ADHS kontrollieren statt von ADHS kontrolliert zu werden – das bedeutet:

- ➔ Sich selbst und die Situation erst einmal genau beobachten – hinschauen – der eigene Beobachter sein und sich selbst zuschauen! Was passiert – was fühle ich – was will ich – was tut der andere?
- ➔ Zeit gewinnen für angemessenes sozialverträgliches Verhalten, notfalls Auszeit, erst einmal selbst Klarheit gewinnen und nicht die eigenen heftigen Gefühle in die Welt schleudern. Im Zweifelsfalle lieber erst einmal schweigen statt impulsiv zu reagieren, Tagebuch schreiben.
- ➔ Alles Wichtige aufschreiben, Terminkalender führen, alles an einen bestimmten Ort, möglichst beschriften, Ordnung halten, eins nach dem anderen (Salamitaktik), erst die Arbeit dann das Vergnügen, was du tun willst, mach' es gleich, richtig und vollständig, sich selbst immer wieder loben und sich belohnen,

sich Rückfälle verzeihen und daraus lernen, mit sich selbst Termine machen, Vorhaben so konkret wie möglich planen.

- ➔ Üben, üben, üben... Vorsätze nicht zu schnell aufgeben, sondern sie aufschreiben und immer wieder darauf zurückkommen.
- ➔ Schwierige Situationen immer wieder beobachten und analysieren. Das Problemverhalten aufschreiben und Lösungswege schriftlich aufzeichnen. Nicht „ich muss“ und „ich soll“, sondern „es wäre gut für mich, wenn ich das nächste Mal...“ (sich positiv motivieren).
- ➔ Gefühle regulieren, d.h. sie wahrnehmen und sich selbst bewusst machen, aber sich auch immer wieder verdeutlichen, dass man stets die Wahl hat, nicht nach seinen Gefühlen zu handeln (nicht das Zahnrad der Gefühle dazuschalten) Es geht darum, die Gefühle loszulassen, ohne sie an anderen abzureagieren. Das erspart viel Är-

ger und Konflikte.

- ➔ Stressfaktoren vermeiden: Zeitdruck, Überlastung, Hunger, Lärm, Schlafmangel etc..
- ➔ Die Mitte finden, statt immer wieder die Extreme zu suchen. Es gibt mehr als Schwarz oder Weiß. Maßhalten statt süchtig werden.
- ➔ Den Partner auch im Auge haben (Mimose mit Holzkeule), Gebrauchsanweisungen geben, aber ADHS nicht als Ausrede missbrauchen. Verantwortung übernehmen und nicht dem Partner die unangenehmen Aufgaben überlassen. Wahrnehmen, dass der Partner anders tickt..., Partner haben es auch schwer mit dem ADHS!

**Das Wildpferd ADHS gut erziehen, d.h. eine gute Selbstkontrolle und eine gute Selbstorganisation anstreben.**

**Dann wird aus dem unerzogenen, wilden oder verträumten Wildpferd ein wertvolles Pferd mit vielen guten Eigenschaften...**



Dr. med. Astrid Neuy-Bartmann ist Fachärztin für Psychotherapie und betreibt eine Praxis mit Schwerpunkt ADHS-Behandlung in Aschaffenburg.

## Rückenwind für die Gesundheit in Familien

### Mutter-Kind-Kuren Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen

Familien brauchen in unserer Gesellschaft vielfältige Unterstützung. Insbesondere Mütter haben es nach wie vor schwer, Beruf und Familie zu vereinbaren. Wenn dann noch Erkrankungen beim Kind oder die Pflegebedürftigkeit eines Familienangehörigen dazukommen, führt die anhaltende Mehrfachbelastung häufig auch zu Gesundheitsproblemen der Mutter. Um dann die dringende Gesundung der Mütter zu ermöglichen, hat jetzt die Politik reagiert und in der aktuellen Gesundheitsreform eine Besserstellung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen beschlossen:

Ab 01.04.2007 gilt, dass Mutter-Kind-Kuren Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Außerdem wurde klargestellt, dass diese familienorientierten Maßnahmen nicht erst dann bewilligt werden können, wenn alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Denn häufig ist es besonders schwierig im Familienalltag auch noch mehrere Wege zu unterschiedlichen Therapeuten zu integrieren. Hier bieten Mutter-Kind-Kuren eine sinnvolle Alternative, weil sie von bestimmten Alltagspflichten entlasten und ein kompaktes Behandlungs-

programm mit unterschiedlichen, indikationsgerechten Therapien ermöglichen. Interessierte erhalten weitergehende Informationen zu den Veränderungen durch die Gesundheitsreform und zu den Angeboten der Kliniken kostenlos unter 0800 / 2 23 23 73 oder unter [www.kur.org](http://www.kur.org). Übrigens: Diese Pflichtleistung der Krankenkassen gilt auch für Vater-Kind-Kuren! ←

Quelle:

Kur + Reha gGmbH, eine gemeinnützige Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Baden-Württemberg, welche bundesweit sechs Mutter-Kind-Kliniken, eine Fachklinik für Familienrehabilitation sowie ein Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu ihrem Verbund zählt. Die Kur + Reha gGmbH stellt rund 650 Betten zur Verfügung und beschäftigt durchschnittlich 400 Mitarbeiter

Für weitere Informationen: Kur + Reha gGmbH / Kerstin Fischer  
Tel. 0761/4 53 90-22, Fax: 0761/4 53 90-90  
Kerstin.Fischer@kur.org

## BAG SELBSTHILFE fürchtet um Sicherheit der Patienten

Mit großer Sorge sieht die BAG SELBSTHILFE die Bestrebungen der Bundesregierung, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das derzeit für die Zulassung von Medikamenten und Hilfsmitteln zuständig ist, in die Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) umzuwandeln. Größter Knackpunkt ist aus Sicht des Dachverbandes, dass sich die neue Agentur über die von ihr erteilten Zulassungen finanzieren soll. „Wenn eine Agentur dafür Geld erhält, möglichst schnell und möglichst viele Arzneimittel zuzulassen, dann geht das zu Lasten der Sicherheit“, fürchtet Dr. Martin Danner, gesundheitspolitischer Referent der BAG SELBSTHILFE.

Zwar machte er in der Anhörung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Einrichtung einer Deutschen Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA-Errichtungsgesetz) am Mittwoch, 21. März 2007, vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages deutlich, dass die BAG SELBSTHILFE die Ziele des Gesetzgebers begrüße: So will die Bundesregierung für den Bereich der Arzneimittelzulassung ein effektives und auf hohem Wissenschaftsniveau stehendes Zulassungsmanagement sicherstellen und die laufende Nutzen-Risiko-Bewertung der im Markt befindlichen Arzneimittel und Medizinprodukte im Interesse der Patientinnen und Patienten an sicheren Medikamenten und Hilfsmitteln stärken.

Dies könne aber nur gelingen, wenn das Zulassungsmanagement und die Risikoüberwachung nicht aufgrund finanzieller Fehlanreize gefährdet werden. Außerdem mahnte Herr Dr. Danner eine Stärkung der Patientenbeteiligung bei der DAMA an. *pm*

## Ortswechsel entscheidet über die Anerkennung von Legasthenie

*Fachtagung der BVL zeigt erneut die Willkür in unserem Bildungssystem auf*

Die Fachtagung „Chancengleichheit herstellen, Diskriminierung vermeiden“ am 9. März 2007 zeigte erneut auf, dass es keine Chancengleichheit für Legastheniker in unserem Bildungssystem gibt. Der BVL, Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., hatte Experten nach Würzburg geladen, um die aktuelle Situation zu reflektieren und neue Ansätze zu diskutieren. Die Bundesvorsitzende, Christine Sczygiel, forderte in Anlehnung an die Rede zur Eröffnung des Europäischen Jahres der Chancengleichheit von Herrn Vladmir Spidla, EU-Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit, dass es um die Schaffung einer echten Gleichbehandlung im täglichen Leben gehe. Prof. Andreas Warnke, Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Würzburg, machte anhand von Beispielen der bildgebenden Verfahren bei Aufnahmen des Gehirns deutlich, dass die Legasthenie auf hirnfunktionale Störungen zurückzuführen ist. Aufgrund dieser spezifischen Ursache der Legasthenie müsse es eine Abgrenzung zu vorübergehenden Problemen beim Lesen und Rechtschreiben geben. Er betonte in seinem Vortrag, dass diese Beeinträchtigungen, die zu einer mangelhaften Lese- und Rechtschreibkompetenz führen, keinerlei Einfluss auf die fachliche Kompetenz der betroffenen Kinder haben. Daher müssen Legastheniker auch die Chance erhalten, eine Schule zu besuchen, die ihrer allgemeinen Begabung entspricht. Er verwies auf Studien, die belegen, dass es sich um keine vorübergehende Störung handelt, sondern die betroffenen Menschen bis ins Erwachsenenalter beeinträchtigt sind. Prof. Christine Langenfeld, Lehrstuhl für

öffentliches Recht, Universität Göttingen, stellte dem Plenum ihr Gutachten zur rechtlichen Situation von Legasthenikern vor und zeigte auf, dass betroffene Schüler das Recht auf Nachteilsausgleich und Notenschutz, abgeleitet aus dem Grundgesetz, haben. Die Diagnostik der Legasthenie müsse Fachkräften übertragen werden und könne nicht im Ermessen der Lehrer oder Schulen stehen. Prof. Langenfeld forderte die Aufnahme von Regelungen für Legastheniker ins Schulgesetz. Dr. Johannes Mierau, Rechtsanwalt aus Würzburg, stellte aktuelle Urteile vor, die aufzeigten, dass auch die Gerichte Legasthenikern Nachteilsausgleiche zugestehen. Sie begründeten ihr Urteil damit, dass die betroffenen Menschen nur in ihren technischen Fertigkeiten eingeschränkt sind, nicht aber in ihrer fachlichen Kompetenz. Insofern haben Legastheniker ein Recht auf die Herstellung einer Chancengleichheit in Form von Nachteilsausgleichen. Ein Einblick in die schulischen Regelungen für Legastheniker von Mecklenburg-Vorpommern, vorgetragen von Steffen Petzak, KM Meckl.-Vorpommern, zeigt, dass hier auf das Störungsbild eingegangen wird und auch Rahmenbedingungen geschaffen wurden, die für die Betroffenen sehr hilfreich sind. Auch Bayern differenziert in seiner schulischen Regelung zwischen vorübergehender Schwäche und anhaltenden Störungen (Legasthenie) und gewährt den betroffenen Schülern einen Nachteilsausgleich und Notenschutz über die gesamte Ausbildungszeit. Prof. Friedrich Schönweiss, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Universität Münster, kritisierte die unzureichende Lehrerbildung. Per Schulgesetz sollen Lehrer individuell fördern und werden in keiner Weise darauf vorbereitet. Er forderte, dass individuelle Förderung an Schulen zum Standard werden muss, denn

Der Mensch von heute hat nur ein einziges wirklich neues Laster erfunden:  
die Geschwindigkeit.

*Aldous Huxley*



sonst verlieren Schüler mit Lernproblemen gänzlich den Anschluss. Das BVL-Modellprojekt LISA, aufbauend auf dem Lernserver der Universität Münster, soll helfen, neue Wege der schulischen Förderung aufzuzeigen. Im überfüllten Hörsaal gab es am Nachmittag eine spannende Podiumsdiskussion, die deutlich machte, dass auf der einen Seite eindeutige Rechte für Legasthener bestehen, die Umsetzung aber ein Sorgenkind ist. Die Vielzahl der Beiträge aus dem Plenum zeigte, dass es bundesweit keine eindeutigen Regelungen für die betroffenen Kinder gibt und ein Umzug in einen benachbarten Ort für ein Kind bedeuten kann, dass sich Eltern erneut für die schulische Anerkennung der Legasthenie einsetzen müssen. Der Tenor der Eltern war eindeutig. Sie werden die Diskriminierung ihrer betroffenen Kinder nicht weiter hinnehmen und sind auch bereit, rechtliche Schritte einzuleiten. *pm*

Weitere Informationen zum Thema Legasthenie finden Sie unter [www.bvl-legasthenie.de](http://www.bvl-legasthenie.de).

### Meldestelle für Webbarrieren eingerichtet

Das „Aktionsbündnis für barrierefreie Informationstechnik“ (Abl) hat im Hause der BAG-Selbsthilfe e. V. zum Dezember 2006 eine Meldestelle für Webbarrieren eingerichtet. Diese Meldestelle sammelt zentral Barrieren im Internet und wendet sich anschließend an die Betreiber der entsprechenden Seiten, um auf die Beseitigung der Hindernisse hinzuwirken. Damit wird eine Entwicklung unterstützt, die Menschen mit Behinderung zunehmend den Zugang zum Medium Internet erleichtern soll.

Auf Bundesebene besteht seit dem Behindertengleichstellungsgesetz 2002 die gesetzliche Verpflichtung für Behörden zur barrierefreien Gestaltung ihres Internetangebotes. In der Realität sind viele Webseiten aber bis heute nicht barrierefrei. Auf Länderebene ist die Situation ähnlich. Noch mehr Handlungsbedarf besteht beim Internetangebot der freien Wirtschaft oder anderer freier Träger.

Obwohl barrierefreie Seiten mit ihren technischen Vorteilen – kurze Ladezeit, Lesbarkeit für mobile Telekommunikationsgeräte, gute Zugänglichkeit für Suchmaschinen – deutliche Markt Vorteile bieten und neben den Menschen mit Behinderung auch die immer größer werdende Usergruppe älterer Menschen ansprechen, hat sich die Technik bis heute noch nicht im wünschenswerten Umfang durchgesetzt. Die barrierefreie Gestaltung von Internetseiten ist noch nicht zum Selbstläufer geworden, und Abl sieht weiterhin Bedarf der Förderung.

Ausdrücklich werden behinderte Menschen um die Meldung subjektiver Barrieren gebeten, die sich aus der individuellen Situation des einzelnen Internetnutzers ergeben. Aufgrund der erwarteten neuen Erkenntnisse sollen die Bewertungskriterien für Barrierefreiheit weiterentwickelt werden und bisher kaum berücksichtigte Schwierigkeiten in den Mittelpunkt gerückt werden.

Weitere Informationen zum genannten Projekt gibt es unter: [www.abi-projekt.de](http://www.abi-projekt.de)  
[www.wob11.de](http://www.wob11.de)  
[www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de)

Kontakt:  
Meldestelle für Barrieren im Web  
Andreas Pützer  
[andreas.puetzer@bag-selbsthilfe.de](mailto:andreas.puetzer@bag-selbsthilfe.de)  
[web-barriere@wob11.de](mailto:web-barriere@wob11.de)

### Hinweis:

Zu unserem in der letzten Ausgabe Nr. 74 veröffentlichten Beitrag „Wichtiges Urteil des Amtsgerichts Flensburg“ gingen zahlreiche Anfragen ein.

Der Wortlaut dieses Urteils wurde uns von der Rechtsanwaltskanzlei Ulrike Fürstenberg in 71111 Waldenbuch, Am Waldrand 10/1, zur Verfügung gestellt.

Er kann bei der Geschäftsstelle unseres Verbandes angefordert werden.

### Koalition will mehr Schutz für Kinder

Die Koalition will Kindern ein gesundes Aufwachsen ermöglichen, sie vor Gefährdungen schützen und Risikofamilien staatliche Hilfen anbieten. In einem gemeinsamen Antrag (16/4604) fordern Union und SPD die Regierung auf, den Nationalen Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010“ und den Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention zügig umzusetzen sowie soziale „Frühwarnsysteme“ zu entwickeln. Familien „in besonderen Belastungssituationen“ sollen Hilfe zur „Stärkung der Elternkompetenz“ erhalten.

Die Fraktionen betonen, Staat und Gesellschaft müssten ihre Aufmerksamkeit für das Aufwachsen von Kindern „deutlich steigern“ und dabei gerade die Kinder einbeziehen, die „unter ungünstigen Bedingungen aufwachsen“. Insbesondere sie müssten vor Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung geschützt werden. Dafür müsse man auch Maßnahmen prüfen, die die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen verbessern, und inwieweit ein Austausch relevanter Daten zwischen den beteiligten Akteuren – etwa Kinderärzte, Kindergärten, Schulen, Jugendamt und Staatsanwaltschaft – ermöglicht oder erleichtert werden könnten. ←

Quelle:  
Bundestag aktuell

Fantasie

ist wichtiger  
als Wissen,  
denn Wissen  
ist begrenzt.

Albert Einstein

## Schwarzer Peter nicht immer für die Eltern – Wenn Kinderseelen leiden, kann das verschiedene Ursachen haben Großer Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Aachen

Thomas Thelen

Spätestens als der kleine Florian in den Kindergarten kam, war klar, dass mit dem aufgeweckten Kerlchen etwas nicht stimmte. Auffällig war Florian auch schon vorher gewesen – seine Eltern beschreiben den Sohn als „wild, unaufmerksam und total anstrengend“. Im Kindergarten ging Florian dann plötzlich auf andere Jungs und Mädchen los – sein Verhalten war aggressiv, ständig provozierte er, teilte mitunter sogar Schläge aus“, sagt seine Mutter,

Sohn eines Tages dabei beobachtete, wie er in seinem Zimmer in quälender Absicht einen Goldfisch immer wieder aus dem Wasser fischte, ihn minutenlang in der trockenen Hand hielt, um ihn dann wieder ins Becken zu werfen, war endgültig klar, dass Florian nicht nur unter dem ADHS-Syndrom litt, sondern seine psychischen Probleme weit aus schwerwiegender waren. Der Hausarzt konnte dem Jungen nicht mehr helfen. Fortan gab es regel-

dem im Vordergrund. „Je früher eine Störung erkannt wird, desto größer die Chancen einer Heilung“, so Hertz-Dahlmann im Vorfeld des Kongresses, zu dem 1000 Teilnehmer erwartet wurden.

Das Schicksal des kleinen Florian teilen in Deutschland immer mehr Kinder. So haben die jüngsten Ergebnisse des Robert-Koch-Instituts zur Kinder- und Jugendgesundheit ergeben, dass 20 Prozent der Kinder psychische Auffälligkeiten aufweisen und zehn Prozent deutlich erkennbare Krankheiten. Ein Bericht des National Institute for Mental Health in den USA gehe bis 2020 international von einer Zunahme der neuropsychischen Erkrankungen im Kindesalter um mehr als 50 Prozent aus, nennt Hertz-Dahlmann alarmierende Zahlen. „In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Themen Prävention und Früherkennung gerade deshalb so wichtig.“ Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sprach zur Eröffnung des Kongresses zur gesundheitspolitischen Bedeutung der beiden Themen.

Mit dem Ausbau von Präventionsangeboten will die Ministerin gegen eine Zunahme psychischer Erkrankungen vorgehen. Mit einem Rechtsanspruch auf Beratungs- und Therapiemaßnahmen bekomme die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch das Präventionsgesetz eine eigene Säule im Gesundheitswesen.

Weil die Störungen bei Florian frühzeitig erkannt wurden, ist die Heilungsprognose für den Jungen günstig. In kleinen Gruppen wird Florian lernen müssen, dass das Miteinander mit anderen nach bestimmten Regeln funktioniert. Doch die Therapie beschränkt sich nicht nur auf Florian selbst – in mehreren Sitzungen lernen auch die Eltern, wie sie künftig den Umgang mit ihrem psychisch gestörten Kind verbessern können. „Viele betroffene Eltern suchen die Verantwortung für die Probleme ih-



FOTO: D. BOENIG

Der BV AÜK war eingeladen, sich gemeinsam mit den Selbsthilfverbänden Autismus-Deutschland und der Tourette-Gesellschaft am Kongress u.a. mit einem Infostand zu beteiligen. Herta Bürschgens, 1. Vors. des BV AÜK, im Gespräch mit Besucherinnen.

die ebenso wie ihr Mann und auch die Erzieherinnen schon bald mit der Situation überfordert waren.

### 1000 Teilnehmer

Alles deutete bei Florian auf ein ADHS-Syndrom (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) hin – die Krankheitsbezeichnung für ein Störungsbild mit der Kombination von Aufmerksamkeitschwäche, überschießender Impulsivität und oft extremer Unruhe. Doch damit nicht genug: Als der Vater seinen

mäßige Termine in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen.

Deren Direktorin, Professor Beate Hertz-Dahlmann, war die Präsidentin des 30. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), der vom 14. bis 17. März in Aachen stattfand. Dabei standen vor allem die Vorbeugung und die Früherkennung psychischer Störungen bei Kin-

rer Kinder zunächst einmal bei sich. Dabei muss die Erkrankung des Kindes überhaupt nichts mit dem Verhalten oder den Erziehungsmethoden der Eltern zu tun haben“, macht Herpertz-Dahlmann klar, dass es falsch ist, den Eltern pauschal den Schwarzen Peter zuzuschreiben. „Es ist völlig natürlich, dass die meisten Eltern mit einem psychisch gestörten Kind in der Regel total überfordert sind. Es gibt Kinder, mit denen ich selbst trotz meines fachlichen Hintergrunds nicht klar kommen würde. Wie sollen das dann bloß die Eltern schaffen?“, sagt Herpertz-Dahlmann. Sie hält übrigens wenig von der „Super Nanny“, die im Fernsehen überforderten Eltern zur Hilfe kommt. Der Erfolg der Serie, die immerhin von Millionen Zuschauern gesehen wird, zeige zwar, dass es auf Seiten von Müttern und Vätern ein großes Bedürfnis nach Unterstützung für den Erziehungsalltag gebe. „Ich halte solche Sendungen, die sehr stark pauschalisieren, aber für wenig hilfreich“, sagt Herpertz-Dahlmann – Familien brauchen individuelle Hilfen“.

Bei längst nicht allen betroffenen Kindern sind die Heilungsaussichten so günstig wie bei Florian. Weitere Maßnahmen sind erforderlich. Das sind in erster Linie Maßnahmen der Jugendhilfe, zum Beispiel der Einsatz einer Sozialpädagogischen Familienhelferin, die regelmäßig die Familie besucht und die Therapie sozusagen aus der Praxis in die Familie trägt.

„Voraussetzung ist aber nicht nur das Einverständnis der Eltern, sondern auch deren Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit“, sagte Herpertz-Dahlmann, die in diesen Fällen gemeinsam mit den Eltern das Jugendamt um Hilfe bittet. „Es hat sich gezeigt, dass der Einsatz einer Sozialpädagogin für viele Eltern eine große Erleichterung darstellt.“

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Aachener Zeitung

## Medikation bei ADHS – Fakten statt Mythen

Seit vielen Jahren bin ich Mitglied des BV AÜK e.V. und verfolge, wann immer möglich, jede neue Information und jeden – sofern es die Entfernung zulässt – erreichbaren Vortrag zum Thema AD(H)S. Zum ersten Mal in diesen Jahren fuhr auch mein Mann mit zu einem Vortrag, den Dr. Michael Huss anlässlich eines der vierteljährlich stattfindenden Kolloquien in der Hebo-Schule/Bonn-Bad Godesberg im Januar hielt.

Wir erlebten beide einen Vortrag voller Dynamik, gespickt mit Informationen und Gegebenheiten aus dem täglichen Leben mit ADHS, wie er eingängiger nicht vermittelt werden könnte. Neben seiner großen Prägnanz, den didaktisch auch für medizinische Laien bestens verständlichen Ausführungen, führte Dr. Huss seine dichtgedrängte Zuhörerschaft von den Anfängen der Methylphenidatmedikation zu den heute praktizierten Medikamentengaben.

Die Power-Point-Präsentation war gut verständlich und wurde von persönlichen Erlebnisschilderungen anschaulich ergänzt. Besonders beeindruckend stellten sich auch die Informationen über einen von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Forschungsauftrag dar. Dr. Huss führte aus, dass 4 Prozent aller deutschen Schulkinder (= ca.

600.000) betroffen seien, als höchst anzunehmende Zahl.

Keine der vielen Fragen (die sicher noch für Stunden gereicht hätten) blieb unbeantwortet. Dr. Huss verstand es hervorragend, mit wenigen Worten dem Publikum zusammenfassende deutliche und fundierte Antworten zu geben – sei es zur Pharmakotherapie, zu alternativen Behandlungsansätzen oder auch zu den Auswirkungen bei Nichtbehandlung einer ADHS.

Es war ein wirkliches Vergnügen, diesem jungen Referenten und Professor in spe zuzuhören und zu erleben, wie er voller Engagement für unsere Kinder und die erwachsenen Betroffenen seine Studien betreibt und nach Lösungen sucht.

Wir verließen diesen Abend mit dem guten Gefühl, erstens auf den neuesten Stand der Forschung gebracht worden zu sein und zweitens in Dr. Huss einen Fachmann für unsere Kinder zu haben, den noch der Elan der Jugend vorantreibt und der möglicherweise viel in unserem Land bewirken wird.

Wir wünschen ihm für seine Professur in Mainz, dass ihm die Ideen und die forschersche Neugierde nie ausgehen mögen.

Ein großer Dank gebührt natürlich auch Hans Biegert, dem Leiter der Hebo-Schule, der mit seinem Optimismus und seinem Einsatz für die AD(H)S-Kinder einen solchen Abend erst möglich machte.

Ph&Hz Baldus

Anzeige



## ABITUR MITTLERE REIFE

... mit Freude  
erfolgreicher lernen

**HEBO**  
die Privatschule

Staatl. anerkannte Ergänzungsschule

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.  
Wohnrichtung/ Internat

Am Büchel 100, 53173 Bonn-Bad Godesberg  
Tel. 0228-748990 Fax 0228-7489923  
info@hebo-schule.de www.hebo-schule.de

## Wichern-Zentrum München gründete ADHS Beratungsstelle

Mathilde Schlayer-König

Das Wichern-Zentrum, Schule zur Erziehungshilfe mit Vor- und Grundschulklassen 1-4, gründete aus ihrem Erfahrungspool heraus im Januar 2005 eine ADHS Beratungsstelle.

Diese Beratungsstelle war zunächst gedacht für den Münchner Norden (Hasenberg), ein Stadtviertel mit vielen sozialen Brennpunkten.

Da ADHS jedoch nicht an bestimmte Bevölkerungsschichten gebunden ist, hat sich der Wirkungskreis der Beratungsstelle schnell

staltung von Alltagssituationen (Hausaufgaben, Essen, Einkaufen, Spielen) mit ihren ADHS Kindern Probleme haben,

- **Erzieher(innen)**, um den Umgang mit ADHS Kindern zu lernen,
- und **Lehrer(innen)**, die den Leistungserfolg trotz ADHS sichern wollen.

Auch **erwachsene ADHS Betroffene** melden sich häufig, um Adressen für Therapeuten und Diagnostik zu erhalten. Und vor allem Hilfe zur Lebensbewältigung bei lange gelebtem ADHS.

Des Weiteren ist die Beratungsstelle ein wichtiger Vernetzungspunkt von Informationen zum Thema ADHS, was sich nicht zuletzt in vielen Fortbildungen für Schulen und Kindergärten niederschlägt.

Ein interdisziplinärer ADHS Arbeitskreis (Erzieher, Lehrer, Psychologen, Logopäden, Motopädagogen, usw.), mit bis zu 20 Personen, beschäftigt sich in 6-wöchentlichem Rhythmus mit allen Fragen und Informationen zum Thema ADHS.

Die Sonderpädagogen der Beratungsstelle erstellen eine sonderpädagogische Diagnostik (Kaufmann, Hawik) zum Thema ADHS und beraten die Eltern bei der Wahl der erforderlichen psychiatrischen Diagnostik und flankierenden Maßnahmen.

Der Umfang der Beratungen ist sehr unterschiedlich:

Sie reichen vom einmaligen tel. Beratungsgespräch bis zu mehrmaligen Treffen.

Hier werden Eltern informiert und für den Alltag mit praktischen Übungen angeleitet.

Im Vordergrund der Beratung steht das Zuhören, Annehmen und Stützen der Ratsuchenden.

Denn trotz aller begleitenden Maßnahmen liegt der Erfolg bei richtigem Umgang mit ADHS Kindern in der Verantwortung der Familie.

Schuldzuweisungen abzubauen

und beim Finden eigener Lösungen zu helfen ist eine wichtige Aufgabe des Beratungsgesprächs.

Sollte sich die ADHS Problematik ausweiten, sorgt die Beratungsstelle für richtige Kontakte, um ein multimodales Behandlungskonzept aufzubauen.

Hier nun zwei mögliche Situationen aus der täglichen Arbeit der ADHS Beratungsstelle:

### Beispiel 1:

Lehrer(innen) raten den Eltern dringend, doch die Beratungsstelle anzurufen, da ihr Kind in der Schule massive Probleme hat.

Unkonzentriertheit, Herumlaufen, Streit mit den Mitschülern, fehlende Hausaufgaben, mangelnde Schulleistungen, usw. Das Kind scheint sehr unerzogen zu sein.

Die Eltern befolgen den Rat der Lehrerin und melden sich. Zuhause gäbe es keine Probleme, erzählen sie. Durch Nachfragen stellt sich heraus, dass die Hausaufgabenzeit bis zu 3 Stunden dauert, in der aber nichts erledigt wird, endlos diskutiert wird und die Eltern ziemlich frustriert sind und Zweifel an einem Schulerfolg hegen.

### Konflikt:

gegenseitige Schuldzuweisung von Schule und Elternhaus

### Beratung:

■ **Lehrerberatung:** Information und Aufklärung über ADHS, Unterrichtsbeobachtung, spezielle praktische Tipps für den Unterricht.

■ **Familienberatung:** Information über ADHS und deren Erbllichkeit, Anleitung für den häuslichen Bereich, für Hausaufgabensituation.

■ **Gemeinsames Gespräch:** Eltern, Lehrer und Beratungsstelle

■ Gegebenenfalls bei einem größeren Problembereich: Überweisung an die Erziehungsberatungsstelle.

### Lösung:

Gegenseitiges Verständnis, Zusammenarbeit von Eltern und Lehrer, Entlastung aller Beteiligten, Kind spürt Veränderung und strukturiertes Vorgehen und kann besser mit seinen Situationen umgehen lernen.



FOTO: WICHERN-ZENTRUM

Frau Schlayer-König (li.) mit ihrer Mitarbeiterin, Frau Bouda

vergrößert. Mittlerweile hat es sich im gesamten Stadtgebiet herumgesprochen, dass man an der Beratungsstelle kostenlose, professionelle und schnelle Beratung und Unterstützung anfordern kann.

Derzeit ist die Stelle mit 3 Sonder-schullehrerinnen und einer Heilpädagogin besetzt. Sie haben für ihre Arbeit 25 UZE zur Verfügung, die sich aus Unterrichtsstunden aus MSD (mobiler sonderpäd. Dienst 15 Stunden) und MSH (mobile sonderpäd. Hilfe 10 Stunden) speist.

Sprechzeiten:

Mo 8:00 - 13:00 Uhr

Di bis Fr 11.30 - 13.00 Uhr

An die Beratungsstelle wenden sich:

■ vor allem **Eltern**, die bei der Ge-

Infos: Wichern-Zentrum München  
eMail: wz-schule@diakonie-hasenberg.de

**Beispiel 2:**

Die täglichen Streitereien mit ihrem 6,5 Jahre alten Sohn sind für Peters Mutter kräftezehrend: Peter war schon immer anstrengend. Er hört nicht zu, ist vergesslich, diskutiert ununterbrochen mit seiner Mutter, er kümmert sich nicht um seine Sachen und macht seine Hausaufgaben unordentlich. In der Schule wirkt er oft abwesend, unkonzentriert und hat wenig Kontakt zu anderen Kindern. Stattdessen neigt er zum Herumkaspern.

Da seit einem Jahr auch noch ein kleiner Bruder Aufmerksamkeit fordert, fühlt die Mutter sich irgendwann total überfordert.

Es ist dieser ermüdende Kampf mit dem Alltag, der Peters Mutter auf dringende Empfehlung seiner Schule am Ende doch zum Telefon greifen lässt:

Das Team der ADHS Beratungsstelle des Wichern Zentrums Münchens lässt sich die Probleme in einem persönlichen Gespräch mit den Eltern schildern, beobachtet den zappeligen Peter im Unterricht und befragt die Lehrerin.

Ein Leistungstest beruhigt die Eltern erst einmal: Peter wird eine hohe Leistungsfähigkeit attestiert. In der Schule geht es denn auch sofort besser, als Peter zusätzliches Lernmaterial bekommt und stärker eingebunden wird. Er kaspert nicht mehr, sondern hilft anderen Kindern.

Den Eltern wird die strukturierende Bedeutung eines Tagesplanes erklärt und mit ihnen erarbeitet. Damit fühlen sich alle wohler und das Klima in der Familie verbessert sich sehr. Peters Mutter denkt daran, eine Arbeit zu finden, da sie plötzlich mehr Kapazitäten zur Verfügung hat.

Einige Ideen und Wünsche für die Zukunft hat die Beratungsstelle trotz der befriedigenden und erfolgreichen Arbeit dennoch:

Es soll mit einigen Stunden ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Wichern Zentrum arbeiten. Wünschenswert wäre außerdem die Mitarbeit eines Kinder- und Jugendpsychiaters, um das Angebot zu erweitern. Damit wäre die Professionalität gesteigert und die Eltern könnten umfassender zum Thema Medikation beraten werden. ←

# Liebes Tagebuch ...

*Vielleicht – gäh – hätte ich ja doch darauf verzichten sollen, die Zeitung zu lesen. Seit mein Blick auf die Schlagzeile fiel „Erfreulich: Mittagsschlaf kann Leben verlängern“ kriecht mir so eine bleierne Müdigkeit durch die Adern ... Die Wissenschaft hat nämlich nicht nur festgestellt, „dass Margarine Fett enthält“, wie die Pfadfinder gerne singen, sondern „dass Mittagsschlaf positive Auswirkungen vor allem auf berufstätige Männer“ hat: 37 Prozent weniger Herzkasper. Seitdem kann ich kaum noch die Augen aufhalten. Wahrscheinlich ist das der pure Überlebenswille, der meinen Körper in die*

*Waagerechte zwingt. „Hallo Kollegen, seid doch mal etwas leiser! Man kann hier ja gar nicht schla ... äh, sich gar nicht konzentrieren!“ Außerdem ist man nach einem Mittagsschlaf meist guter Laune. Und „gute Laune schärft den Verstand“ – hat auch die Wissenschaft festgestellt. Also, verehrte Leser, falls sie heute ins Büro kommen – bitte ganz leise. Der Typ mit dem verklärten Lächeln und dem Kopf auf der Tastatur – das ist sicherlich auch ein Leser der Schlagzeile – beim lebensverlängernden Intelligenztraining.*

Friedhelm Ebbecke-Bückendorf

Anzeige

**5. intern. Symposium 2007**

**„Hand in Hand“**

**Fördern und fordern  
unter neuropädagogischen Ansätzen**

**AD(H)S · Legasthenie · Dyskalkulie**

**Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen  
Entwicklungsstörungen · Teilleistungsschwächen**

**Prävention Beratung Diagnostik  
Therapie im Vorschul- und Schulalter**

**1. bis 3. Juni 2007 · Friedberg in Hessen**

Weitere Infos unter:  
[www.wahrnehmungsstoerung.de](http://www.wahrnehmungsstoerung.de)  
Kinderzentrum 0 69-9 543 180

# Helmstedt war eine Reise wert...

## Mitgliederversammlungen und erstes gemeinsames Symposium

Karin Knudsen

Für manche von uns war die diesjährige Reise zur Mitgliederversammlung am 10. März 2007 im Gymnasium Julianum wieder einmal mit einem weiten Weg verbunden. Wer sich hierzu aufgemacht hatte, wurde herzlich empfangen.

Die **Regionalgruppe Helmstedt (BV AH e.V.)** feierte ihr **10jähriges Jubiläum** und organisierte die gesamte Veranstaltung vor Ort so ausgezeichnet, dass man sich bestens aufgehoben fühlte. Das Team hat wirklich keine Mühe und Arbeit gescheut, diese Zeit für uns alle so angenehm wie möglich zu gestalten.

Bereits am Freitagabend hatten diejenigen, die schon angereist wa-

ren, Gelegenheit zum Austausch bei einem gemeinsamen Abendessen im Hotel. Das mitunter sehr persönliche Gespräch zeigte, wie sehr das Engagement der Einzelnen geprägt ist von eigenen Erfahrungen und es bewies wiederum, dass es sich lohnt, diese gepaart mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen weiter zu geben und damit fortschrittlich in die Öffentlichkeit zu gehen.

Die beiden Mitgliederversammlungen am Samstag, dem 10. März 2007, standen unter einem günstigen Stern. Es wurde nach den Geschäftsberichten 2006 und der Entlastung der Vorstände nochmals über die Verschmelzung beider Ver-

bände abgestimmt. Die Beschlüsse vom vergangenen Herbst mussten der Form halber in Anwesenheit eines Notars wiederholt und notariell beurkundet werden.

Den Auftakt machte die **Mitgliederversammlung des BV AH e.V.** Sabine Hinkel berichtet hierzu, dass knapp einhundert Mitglieder ihr Votum zur Verschmelzung abgegeben haben. Die Mehrheit stimmte bei nur sechs Gegenstimmen und zwei Enthaltungen auch jetzt für den neuen Verein „ADHS Deutschland“.

Da die Verschmelzung erst mit Eintragung ins Vereinsregister rechts-wirksam wird, musste außerdem für die Übergangszeit ein neuer Vor-

Dr. Skrodzki bedankt sich bei dem Ehepaar Lehmann

Bild daneben:

Der neue Vorstand:  
Dr. Myriam Menter,  
Dr. Klaus Skrodzki,  
Karin Knudsen, Helmut Gartzke (stehend), Herta Bürschgens, Karin Seegers (sitzend).



FOTO: R. MEYER



FOTO: R. MEYER



FOTO: R. MEYER



FOTO: R. MEYER

Blick in den Saal während der Mitgliederversammlung

Bild rechts: Herta Bürschgens, Dr. Klaus Skrodzki und Notar Sticherling während der Beurkundung

stand gewählt werden: Frau Dr. Myriam Menter, Erlangen, wurde 1. Vorsitzende, Dr. Klaus Skrodzki, Forchheim, übernahm den 2. Vorsitz, Schatzmeister ist Hartmut Gartzke, Isernhagen. Die Beisitzer sind Carl Schell, Forchheim, Landesgruppenleiter Bayern, Reinhard Wissing, Bamberg, – neben Dr. Skrodzki „dienstältestes“ Vorstandsmitglied – , Sabine Hinkel (Internet, Webseiten), Dr. Astrid Neuy-Bartmann, Aschaffenburg, und Dr. Johannes Streif, München, (bekannt durch das Jägerlager).

Die **Mitgliederversammlung des BV AÜK e.V.** fasste wie erwartet einen einstimmigen Beschluss zugunsten der Verschmelzung. Auf die turnusmäßige Neuwahl des Vorstandes konnte für die Übergangszeit verzichtet werden, so dass der bisherige Vorstand im Amt bleibt: 1. Vorsitzende Herta Bürschgens, Eschweiler, zwei 2. Vorsitzende Kornelia Schneidt, Wolfratshausen, und Karin Knudsen, Köln, Schatzmeisterin Karin Seegers, Berlin, Schriftführer Horst Dietz, Meppen, sowie die Beisitzer Detlev Boeing, Tervuren/Belgien, Gerhild Gehrmann, Elmshorn, und Renate Meyer, Friedrichsdorf.

Die anwesenden Notare informierten in beiden Mitgliederversammlungen ausführlich über die Gesetzeslage, die es nicht gestattet, den Vorstand des ADHS Deutschland e.V. zum jetzigen Zeitpunkt zu wählen. Im Verschmelzungsvertrag wurden für den Vorstand benannt: 1. Vorsitzende Dr. Myriam Menter, 2. Vorsitzende Karin Knudsen; Schatzmeisterin Karin Seegers, Schriftführer Helmut Gartzke; als Beisitzer Dr. Klaus Skrodzki und Herta Bürschgens.

Erleichterung machte sich breit, als die beiden positiven Abstimmungsergebnisse vorlagen.

Nun konnte alles durch Notar Dr. Sticherling beurkundet werden mit

Blick in die Zukunft.

An dieser Stelle sei Herta Bürschgens und Dr. Myriam Menter noch einmal herzlich gedankt für die konstruktiven und zielgerichteten Verhandlungen, die dieses Ergebnis erst ermöglicht haben.

Das **Symposium** am Nachmittag



FOTO: R. MEYER

Die Bigband des Gymnasiums Julianum bei ihrem umjubelten Auftritt



FOTO: GRANDTHELMSTEDTER-SONNTAG

Die niedersächsische Justizministerin Elisabeth Heister-Neumann während ihres Grußwortes

Bild unten links:

Dr. Michael Huss beim Vortrag

Bild unten:

Gemütliches Beisammensein nach einem anregenden Tag



FOTO: B. KASPAR



FOTO: B. KASPAR

startete im pädagogischen Zentrum mit dem musikalischen Highlight der Bigband des Gymnasiums Julianum, die einen begeisterten Applaus erntete. Es folgte eine kurze Begrüßung der beiden Vorsitzenden. Die niedersächsische Justizministerin, Elisabeth Heister-Neumann, richtete ihr für den Beginn geplantes Grußwort zwar später, aber dafür um so herzlicher und mit großer Ermutigung an die Teilnehmenden.

Ganz besonders liebe Gäste waren Herr und Frau Dres. Just aus Wolfsburg, die – so Sabine Hinkel – schon als „ADHS-Urgestein“ zu bezeichnen sind. In einer Zeit, als noch kaum jemand von ADHS gehört hatte, war die Praxis des Ehepaars die einzige Anlaufstelle weit und breit in dieser Region. Auch Familie Lehmann in Helmstedt gehörte zu ihren Pati-

enten. Frau Dr. Just fand viele lobende Worte für das Ehepaar Lehmann und deren Engagement. Auch die Verschmelzung sieht sie sehr positiv und wünschte dem ADHS Deutschland e.V. viel Erfolg!

**Dr. Johanna Krause** verstand es, in ihrem Vortrag aus eigener Erfahrung einen Rückblick auf über 20 Jahre ADHS-Selbsthilfearbeit der Verbände zu geben (siehe Beitrag Seite 39 dieser Ausgabe).

**Dr. Michael Huss**, Berlin, referierte zum aktuellen Forschungsstand „ADHS und Autismus“. Er machte deutlich, dass Autismus keine einheitliche Störung ist und benannte anschaulich die unterschiedlichen Formen und Merkmale des Autismus anhand von Beispielen.

Am späten Nachmittag gab es ausreichend Zeit für sechs **Workshops:**

- Dr. Johanna Krause (ADHS bei Erwachsenen)
- Dr. Klaus Skrodzki (ADHS bei Kindern und Jugendlichen)
- Dr. Helga Simchen (Hypoaktive Kinder)
- Gerhild Gehrman (Projekt Telefonberatung des BV AÜK)
- C. Albert Schell (Leitung von Regionalgruppen)
- Andi Lüdke (neuer Internetauftritt/ Mitgliederbereich)

Wir hatten den Eindruck, dass alle Teilnehmenden mit den Veranstaltungen zufrieden waren und reich an Erkenntnissen in den vergnüglichen Teil des Tages „eintauchen“ konnten – ein **gemeinsames Abendessen** im Hotel mit guten Gesprächen und neuen Kontakten, um durchaus motiviert in die künftige Ära unserer beiden Selbsthilfeverbände zu starten.

Unser Dank geht an die Referentinnen und Referenten, das Ehepaar Lehmann mit Team und alle Mitglieder, die sich auf den Weg zu diesem in die Zukunft orientierten Treffen in Helmstedt gemacht und damit gemeinsam ein Zeichen gesetzt haben.

Ein Teil der Symposiumsteilnehmer nahm am Sonntagmorgen die Gelegenheit wahr, bei strahlendem Sonnenschein mit dem Ehepaar Lehmann an einer **Museums-Führung** zum ehemaligen Grenzübergang Helmstedt teilzunehmen.

**Der neue Vorstand** von ADHS DE traf sich schon zur ersten gemeinsamen Sitzung, um lückenlos die Selbsthilfearbeit fortzusetzen und die Ressourcen aller gezielt zu nutzen. Das bedeutet ein gutes Stück Arbeit, aber ebenso neuen Schwung und Ideen, die durchaus motivierend wirken. ↔



FOTO: B. KASPAR

*Bild oben:  
Museumsführung am  
ehemaligen Grenz-  
übergang*

*Bild rechts:  
Der neue Vorstand bei  
seiner ersten Sitzung*

*Zu guter Letzt:  
bei aller Hektik immer  
die Ruhe bewahren*



FOTO: B. BEIENING



FOTO: B. BEIENING



# 20 Jahre und viel mehr

## Der Weg der Elternselbsthilfeverbände von der Unterstützung der Eltern zur Selbsthilfe für alle Betroffenen

Johanna Krause

Als betroffene Mutter suchte ich Ende der Achtziger Jahre jede Information zum Thema HKS, weil ich mir Klarheit über die Problematik verschaffen wollte. Wegen eines Diskussionsbeitrags 1991 bei einem Vortrag von Prof. Egger, der damals noch die Diät als wegweisende Therapie der ADHS ansah, wurde ich zu einer engagierten Mutter in der Elterninitiative, weil ich mich wegen der ebenfalls notwendigen Therapie mit Medikamenten nicht zu einer Mutter abstempeln lassen wollte, die aus „Bequemlichkeit“ Probleme mit Chemie lösen wollte. Ich wurde sofort von einer Schar Mütter umringt, die mich als mutige Verfechterin eines notwendigen Schrittes unbedingt zur Unterstützung haben wollten. Es waren, wie sich dann herausstellte, Mütter der Elterninitiative zur Förderung hyperaktiver Kinder, gegründet von Dr. Eichseder und Herrn von Borries. Später übernahm ich die Münchner Gruppe zeitweise gemeinsam mit Frau Dr. Klasen, die sich mit heute 80 Jahren weiterhin im „aktiven Unruhezustand“ für einen Legasthenieverband befindet. Ich bin mit meinen Erklärungen deshalb so ausführlich, weil ich der Vorstellung entgegen treten will, ich sei nur eine Fachfrau. Gerade zu Beginn der 90er-Jahre war die Situation noch sehr schwierig, weil es nur wenige Spezialisten gab, die sich in sachlicher Form mit der Störung auseinandersetzen. Damals wie heute wird der Einsatz von Medikamenten nicht zu Unrecht kritisch gesehen, aber auch ich war als Ärztin Ende der Achtziger Jahre nur sehr vage darüber informiert, wie die Wirkung und Nebenwirkungen von Ritalin denn zu sein hatten. Ich machte also das „Experiment“ vor den Hausaufgaben, um beobachten zu können, welchen Einfluss die Substanz auf meinen Sohn hat. Es hat auch mich als Ärztin viel Überwindung gekostet, mein Kind mit Medikamenten

zu behandeln, aber als ich gesehen habe, wie er plötzlich ohne große Mühen in eine Zeile schreiben konnte oder deutlich weniger Zeit für seine Hausaufgaben brauchte, war ich mir selber böse, dass ich nicht schon eher mein durchaus vorhandenes Wissen über die Wirkung von Stimulanzien umgesetzt hatte.

Die Verordnung auf BTM-Rezept bedeutet, dass die Substanz Methylphenidat den Amphetaminen ähnlich sind, es sagt aber nichts über das wirkliche Suchtpotential aus. In den Fünfziger-Jahren konnte Ritalin rezeptfrei in der Apotheke erworben werden.

Schon in den ersten Jahren wurde mir immer wieder bei den Treffen der Selbsthilfegruppen klar, dass die Eltern den Kindern in ihrer Symptomatik häufig recht ähnlich waren. Wir beschäftigten uns also sehr früh mit der Problematik betroffener Erwachsener; 1995 schrieb mein Mann einen Brief an Novartis, dass Medikamentenstudien im Erwachsenenalter dringend notwendig seien, um auch eine Zulassung für das Erwachsenenalter anzustreben. Noch heute warten wir auf diesen Moment, glücklicherweise haben nun schon andere Studien stattgefunden. Ab 1996 wurde ich als Beirätin in den Vorstand des BV-AH gewählt. Zu diesem Zeitpunkt schied Ernst von Borries aus, einer der Mitbegründer der Elterninitiative. Nach einem Diskussionsbeitrag zu Trotz und Hyperaktivität Ende 1994 in der Sendung „Familienzeit“ bei Tommy Ohrner wurde von 40 Anrufern in der gleichen Nacht die Forderung aufgestellt, dass ich als Erwachsenenpsychiaterin in meiner Praxis erwachsene Betroffene mit ADHS zu behandeln habe. Besonders das Schicksal selbst betroffener Mütter beschäftigte mich von da an sehr.

Ich bin mir der Tatsache bewusst, dass nun eine Fusion mit einer anderen Elterninitiative angestrebt

werden muss, die ursprünglich von einer anderen Anschauung herkommt. Über diesen Aspekt habe ich 2003 mit Harvey Parker, einem Gründungsmitglied der amerikanischen Selbsthilfegruppe CHADD gesprochen, der später als Vorstandsmitglied dazu beigetragen hat, dass auf schulischer Ebene Erleichterungen für diese Kinder durch eine entsprechende Gesetzgebung in Amerika geschaffen wurden. Auch dort war klar: wenn man nicht alle Kräfte bündelt und versucht, bei aller Unterschiedlichkeit der Anschauungen einen Konsens zu finden, wird auf Dauer dem Einzelnen die Kraft ausgehen und alle haben weniger Möglichkeiten, sich Gehör zu verschaffen. In den USA gab es die gleichen Probleme und Befürchtungen, die es auch bei uns gab und gibt. Gerade unsere Forschungsarbeit hat mir dort die Türen geöffnet, ich habe viele sehr unterschiedliche Menschen getroffen, die auch als „Fachleute“ mir häufig von ihrer persönlichen Erfahrung mit der Störung ADHS erzählt haben. Das heißt, bei der Beschäftigung mit dem Thema ADHS ist die Triebfeder, sich mit den unterschiedlichsten Problemen auseinander zu setzen, auch die Kenntnis der Schwierigkeiten in der eigenen Lebensbewältigung. In Amerika ist es möglich auf einem Selbsthilfekongress die eigene Situation in einem Sketch umzusetzen, hier verliert man als Fachmann/Frau seine Glaubwürdigkeit, weil man angeblich nicht mehr objektiv ist.

Ich bitte deshalb darum, Fachleute nicht nur als Fachidioten anzusehen, sondern auch als Menschen, die ein starkes Interesse an einer Fortentwicklung der Möglichkeiten haben, mit weniger Problemen die ADHS beherrschen zu können und nicht von der Störung beherrscht zu werden.

Da ich seit Beginn meiner Tätigkeit in der Selbsthilfegruppe den Wunsch hatte, die neurobiologischen Hintergründe zu erforschen und damit die

medikamentöse Therapie zu entstigmatisieren, war es ein großes Glück für mich, dass in München eine Studie geplant wurde, die die Darstellung der Dopamintransporter zum Inhalt hatte.

Um das Studienziel, bei Erwachsenen eine Veränderung der Dopamintransporter zu untersuchen, zu erreichen, mussten nun nur noch die betroffenen Eltern einer solchen Untersuchung zustimmen, denn solche Untersuchungen sind im Kindesalter bisher in Deutschland nicht erlaubt. Die Mitarbeit war überwältigend, das Ergebnis war weltweit einmalig. Unsere Gruppe war wesentlich größer und wir hatten die Wirkung von Methylphenidat auf die Verfügbarkeit von Dopamintransportern ebenfalls mit untersucht. Es war sehr ermutigend – gerade auch im Austausch mit internationalen Forschern – zu erleben, wie die Diskussion um die Ursachen die Akzeptanz der Störung international förderte.

Inzwischen ist auch in Deutschland die Diagnose in entsprechenden Fachkreisen zweifelsfrei akzeptiert. Auch die Betroffenheit der Erwachsenen ist von der Bundesregierung anerkannt, sie hat jetzt gerade die Etablierung eines Versorgungsnetzwerkes auf Bundesebene mit Fördergeldern ermöglicht. Schon 2002 hat sie nach der ersten Konsensuskonferenz die Erstellung von Leitlinien für das Erwachsenenalter unterstützt, indem sie mir den Auftrag gab, eine Expertengruppe zu gründen, um Leitlinien für das Erwachsenenalter zu erarbeiten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat eine fachlich sehr ausgewogene Broschüre zur ADHS veröffentlicht, die in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird, als Autoren waren auch die Selbsthilfverbände beteiligt.

Gerade wenn es in Zukunft um diese Frage geht, ob es sich ein Gesundheitssystem leisten darf, dass es eine Gruppe von Patienten gibt, die medizinisch nicht nach dem Stand der Wissenschaft behandelt werden können, weil der Gesetzgeber oder entsprechende Gremien wie die Off-Label-Kommission ihre Hausaufgaben nicht machen, ist es vielleicht auch ausschlaggebend, wie die Gruppe

der Betroffenen in einem Verband organisiert ist. Wahrgenommen werden wir nur, wenn sich alle zu einem Konsens zusammenfinden und die entsprechenden Strukturen unter Druck setzen. Die Selbsthilfverbände haben schon 2003 einen entsprechenden Brief an das Gesundheitsministerium gerichtet, aber das Gewicht eines großen Verbandes ist sicher noch intensiver, als von mehreren kleineren Verbänden. Ein gutes Beispiel ist hier die Störung Diabetes, wo viele Mitglieder durch die Selbsthilfeorganisation politischen Einfluss auf eine Entscheidung des G-BA genommen haben, der seine Einschätzung revidieren musste.

Es ist auch sicher allen Beteiligten klar, dass die Grundstörung ADHS, die uns alle zusammengeführt hat, nicht immer für eine klare Linie bei der Meinungsfindung sorgt, aber trotz der bei uns immer anzutreffenden Meinungsvielfalt sollte es uns nun gelingen, eine durchsetzungsfähige Mehrheit zu bilden, indem die beiden Verbände ihre Eigenständigkeit aufgeben.

Leider konnte bisher die Problematik der medikamentösen Therapie im Erwachsenenalter bei gesetzlich Versicherten noch nicht gelöst werden, weiterhin gibt es kein Medikament mit der Indikation „ADHS des Erwachsenenalters“. Trotz dieses Wermutstropfens müssen wir uns über die Fortschritte freuen, die sich in den letzten zehn Jahren entwickelt haben, insbesondere die Etablierung vieler interdisziplinärer Qualitätszirkel hat zu einer Verbesserung des therapeutischen Angebots geführt.

Ich wünsche unserer Selbsthilfeorganisation „ADHS Deutschland“ weiterhin viel Erfolg. Nun sind ja schon lange die Erwachsenen unter unserem Dach angekommen; sie werden sicher in Zukunft auch einen wesentlichen Anteil unserer Mitglieder stellen und andere Schwerpunkte in der Verbandsarbeit erfordern. ←

### Bitte vormerken!

Im Herbst führt auch ADHS Deutschland wieder eine bundesweite

### Gruppenleiter-schulung

in Hirschaid durch. Weitere regionale Schulungen über die Landesgruppen werden vorbereitet in:

Bayern/Baden-Württemberg  
(Herr Schell)

Niedersachsen (Herr Gartzke)

Nordrhein-Westfalen  
(Frau Bürschgens)

Entsprechende Einladungen erfolgen rechtzeitig.

## neue AKLENTE

Nr. 76

erscheint Ende August 2007

Der Redaktionsschluss  
ist am 15. Juli 2007

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 neue Vereinsflyer

ist da.

Bestellungen richten Sie  
bitte an unsere  
Bundesgeschäftsstelle  
in Berlin

# Herbsttagung der Telefonberater

Heike Markovski

Vom 24. - 26. November 2006 trafen sich die Telefonberater des BV AÜK im DRK-Mutter-Kind-Kurhaus „Schloß Neuhaus“ in Neuhaus-Schierschnitz zur Herbstfortbildung.

Ein umfangreiches Referat von Dr. Helga Simchen sowie die Berater-schulung mit Kurt Hämmerling waren Schwerpunkte unserer Zusammenkunft an diesem Wochenende.

Nachdem wir am Freitag von der Leiterin der Klinik herzlich begrüßt und anschließend durch die Räumlichkeiten der Kureinrichtung geführt worden waren, konnten wir ein schmackhaftes und stärkendes Abendbrot zu uns nehmen. Danach trafen wir uns gegen 19.30 Uhr zu einem Erfahrungsaustausch. Organisatorisches, Neues und Bewährtes wurde mit Gerhild Gehrman besprochen und diskutiert. Es wurden 2 neue „Mitreiterinnen“ ganz herzlich im Telefonberater-team aufgenommen.

Am Samstagvormittag hielt Dr. Simchen einen sehr interessanten und informativen Vortrag mit neuen Aspekten zum Nachdenken. Im ersten Teil des Vortrages verwies Dr. Simchen auf die Bedeutung der Aufklärung der Eltern. Eltern sind aufgrund ihrer Erlebnisse immer wieder verunsichert, gekränkt, enttäuscht, frustriert. Gegenseitige Schuldzuweisungen sind häufig und wenig hilfreich. „Erziehungspartnerschaft“ ist eine wichtige Grundlage für das tägliche Miteinander. Die Beratung der Eltern ist ein Schwerpunkt in ihrer täglichen Praxis, berichtete Dr. Simchen. Sie sieht die Eltern als wichtigste Personen in der Therapie. Die Anweisungen für die Kinder sollen klar und kurz sein, und auch das Wissen darüber, dass die Kinder evtl. lebenslanglich einen Coach brauchen, ist von großer Bedeutung.

## Therapieziele sind:

1. Erlangung eines guten Selbstwertgefühls

2. Förderung der eigenen Kompetenzen
3. Selbständigkeit/ Reife

In ihren Gesprächen mit den Eltern werden die Kompetenzen des jeweiligen Kindes erörtert. „Was kann Ihr Kind besonders gut?“ ADHS-Kinder sind auch Kinder mit vielen Fähigkeiten! Kein ADHS gleicht dem anderen! ADHS-Menschen sind nie langweilig! Wenn es interessant ist, können sie hyperfokussieren! Diese Kinder sind oft sensibel und empfindsam. Sie sind zu vielen Reizen ausgesetzt, welche unsortiert in das Arbeitsgedächtnis gelangen. Hier findet eine Überlastung statt. Die Reizfilterschwäche verursacht eine beeinträchtigte Automatisierung. Die Kinder sind häufig schon frühzeitig auffällig; z.B. „Schreikinder“ als Ausdruck der Reizüberflutung (Regulationsstörung).

## Hilfen sind z.B.:

- ▮ Reizminderung
- ▮ wenig bzw. überschaubare Spielsachen
- ▮ Bewegungsmuster weiterführen wie im Mutterleib
- ▮ Säugling braucht Regelmäßigkeit
- ▮ langsames, leises Ansprechen

Im weiteren Verlauf sind strukturierte Angebote und gezielte motorische Bewegungsangebote erforderlich. Die Begleitung und Unterstützung der Eltern ist ein wichtiger Baustein in der Behandlung betroffener Kinder.

Im Anschluss an den Vortrag wurde überlegt – eventuell im Rahmen einer Gruppenleiterschulung – einen Elterntrainingskurs anzubieten, möglichst an zwei Wochenenden. Dr. Simchen erklärte sich bereit, einen Elterntrainingskurs durchzuführen und entsprechendes schriftliches Material zur Verwendung und Umsetzung in der Praxis zur Verfügung zu stellen.

Der Samstagnachmittag, der Samstagabend und der Sonntagvormittag waren der Telefonberaterschulung mit Kurt Hämmerling gewidmet. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde und Begrüßung der neuen Beraterinnen gab Kurt Hämmerling einen Überblick zur Schulungsthematik: „Partnerzentrierte Gesprächsführung“ als Hauptthema, „Selbsterfahrung“ anhand unterschiedlicher praktischer Übungen und Angebote, mit dem Ziel Eigenwahrnehmung und Selbstreflexion zu stärken.

Fragestellungen wurden besprochen und diskutiert wie z.B. „Wie wirken wir aufeinander?“ „Welche positive Wirkung habe ich auf andere?“ „Wie wirkt es auf mich?“ Ein Ergebnis u.a. ist die Erkenntnis: „Wenn irgend möglich, sage ich dem anderen am Telefon etwas Positives!“ Praktische Beispiele wurden in der Gruppe ausgetauscht.



FOTO: B. KASPAR

Die Thematik wurde in drei Teile gegliedert:

## 1. Teil:

### „Reframing – Umdeuten“ (vom Negativen ins Positive)

Auf diese Weise wird dem Gespräch ein anderer Rahmen gegeben, ein Perspektivenwechsel bewirkt. – Anhand verschiedener Rollenspiele konnte das Erlernete umgesetzt und gefestigt werden.

## 2. Teil:

### „Führen und geführt werden“

„Die Rolle des Beraters ist Führung“. Es zeigte sich aber auch, wie schwer es oft ist, sich führen lassen zu können.

Be – lasten  
erzeugt Spannung  
Ent – lasten  
bedeutet Erleichterung

Auch hier kamen Rollenspiele zum Einsatz, mit dem Ziel, eigene Möglichkeiten und Grenzen zu erfahren. Fragen entstanden, wie: „Wie viel Vertrauen ist erforderlich, wie viel Geduld, welche Kompetenzen habe ich?“ Einfühlungsvermögen in die Situation einer anderen Person, Möglichkeiten und Grenzen des Beraters wurden besprochen.

Wir arbeiteten bis 22.00 Uhr, um dann am Sonntag um 9.00 Uhr gleich wieder fortzufahren. Auflockerung und Entspannung bewirkten die angebotenen „Kreistänze“ nach griechischem Vorbild.

### 3. Teil: „Rollenspiele“, denen Austausch und Diskussion folgten.

Wieder einmal ist es Kurt Hämmerling gelungen, auf eine überzeugende und angenehme Art und Weise Grundlagen der Kommunikation und des Miteinanders zu bearbeiten, eine positive Gruppendynamik zu bewirken und jedem Einzelnen ein „gutes Gefühl“ bezüglich des Gelernten und Erfahrenen zu vermitteln.

Nach dem Mittagessen traten wir gegen 13.00 Uhr die Heimreise an, wieder in der Erkenntnis, dass die Aufgaben eines Telefonberaters recht vielseitig und verantwortungsvoll sind. Die kompetente Umsetzung dieses Angebotes macht regelmäßige Schulungen und Supervisionen unerlässlich. Eltern und Angehörige wenden sich in der Regel in Krisensituationen an die Telefonberatungsstellen. Um so bedeutungsvoller werden der stetige Erfahrungsaustausch, die gegenseitige Unterstützung und die ständige Weiterbildung.

Ein herzliches Dankeschön an dieser Stelle an die Projektleiterin Gerhild Gehrman für die gelungene Organisation! Vielen Dank auch an Dr. Helga Simchen und an Kurt Hämmerling sowie an das DRK-Mutter-Kind-Kurhaus für die angenehme Atmosphäre und die genussvolle Bewirtung!



## Ein Leserbrief und eine Antwort

Leserbrief von Dr. Sigrun Wirth/ Professor Dr. Götz-Erik Trott, Aschaffenburg,  
Dr. Klaus Oehler/ Dr. Martin Klein, Würzburg zu dem Artikel:  
„AD(H)S -Kinder in der ergotherapeutischen Praxis“ von D. Lenneper  
in „die AKZENTE“ Nr. 74/2006, S. 15-16

**Eine ergotherapeutische „Behandlung“ von Kindern mit ADHS ist langwierig, kostet die Krankenkassen und damit deren Beitragszahler sehr viel Geld, bedeutet einen hohen Zeitaufwand für die betroffenen Kinder und – ist völlig nutzlos.**

Wie kommen wir dazu, so etwas zu behaupten? Ganz einfach – fast genauso wie der Verfasser des hier zu besprechenden Artikels dazu kommt, eine ergotherapeutische „Behandlung“ als selbstverständlichen Baustein in der Behandlung der ADHS zu charakterisieren.

Es gibt aber doch einen wesentlichen Unterschied zwischen seiner und unserer Aussage: Unser Widerspruch basiert auf modernsten, vielfach bestätigten und jederzeit nachprüfbar wissenschaftlichen Erkenntnissen. Diese haben unzweideutig gezeigt, dass zusätzliche Maßnahmen zur Methylphenidat-Therapie bei ADHS keinerlei weitere positive Behandlungseffekte haben (um nur eines von vielen Beispielen zu zitieren: Abikoff. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2004; 43:802-811)!

Es gibt nicht den geringsten Hinweis, geschweige denn vernünftige Untersuchungen, dass Ergotherapie bei ADHS von Nutzen ist! Noch einmal: Noch nie hat es eine kontrollierte Untersuchung gegeben, die positive Effekte der Ergotherapie bei ADHS nachgewiesen hätte. Im Gegenteil wird die Ergotherapie diesbezüglich von Fachleuten als völlig überflüssig und teures Placebo bezeichnet! Die Empfehlung, ein ADHS betroffenes Kind ergotherapeutisch zu behandeln, ist damit ebenso sinnvoll wie der Rat, weniger Sauerkraut zu essen, um Depressionen vorzubeugen.

Es ist vermutlich weit sinnvoller, betroffene Kinder in einen Judo-Verein zu schicken, um Motorik und Selbstdisziplin zu schulen und damit unter anderem einen Beitrag zur Unfallverhütung – eine wichtige Komplikation der ADHS – zu leisten! Das aber bedeutet, dass Kindern durch Ergotherapie sinnlos Zeit genommen wird, die anderweitig besser genutzt werden könnte; den Eltern aber wird eine trügerische Sicherheit vermittelt, denn faktisch findet keine Behandlung statt.

Man muss dies in aller Deutlichkeit so sagen, denn verunsicherte Eltern meinen ja, in guten Fachpublikationen – wie „Akzente“ zweifellos eine darstellt – diesbezüglich mit gesichertem Wissen versorgt zu werden. Es werden aber tatsächlich Unsummen für eine überflüssige, wenn nicht sogar schädliche Behandlung ausgegeben, die natürlich – bei bekanntlich begrenzten Ressourcen – an anderer Stelle fehlen. Dies kann unserer Ansicht nach nicht wahr sein! Während immer weitergehende Budgetierung der Ärzte dazu führt, dass einem(er) Nervenarzt(ärztin) nicht mehr als 10 Minuten Behandlungszeit pro Vierteljahr (!) für einen schwerkranken schizophrenen Patienten bezahlt werden, gibt es eine solche Budgetierung für Ergotherapeuten, die häufig aufgrund der Empfehlung medizinischer Laien wie z.B. Lehrern tätig werden, nicht, was zu einem ungebremsten Anstieg ergotherapeutischer Praxen und Dienstleistungen geführt hat. Da durch massive und völlig unkritische Werbung z.B. in Kindergärten und Grundschulen die Indikationsschwelle immer weiter abgesenkt wird, ist der Zeitpunkt absehbar, dass kein Kind mehr ohne Ergotherapie das 10. Lebensjahr erreicht. Warum aber bei Medikamenten stets (und völlig zu Recht !) die Frage nach der Wirksamkeit bei möglichst geringfügigen Nebenwirkungen immer wie-

der kritisch gestellt wird, für andere Methoden jedoch unsere Kinder als Versuchskaninchen missbraucht werden dürfen, bleibt für uns so unerfindlich wie die Tatsache, dass derartig unglaubliche Tatsachen niemals in Talkshows zur Gesundheitsreform, in Zeitungen oder sonstigen Medien diskutiert werden. Dies liegt natürlich auch daran, dass wirklich Schwerkranken (z.B. Schizophrene im obigen Beispiel) keine wirkliche Lobby in unserer Gesellschaft haben.

Korrespondenz: Dr. med. Martin Klein - Arzt für Neurologie - Wirsbergstr.10, 97070 Würzburg, Tel.: 0931 58022 e-mail: dr.martinklein@t-online.de

### Und dazu eine Antwort von Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren, leider ist mit oben genanntem Leserbrief auf den Artikel unseres Mitgliedes David Lennep hin der häufig unsachlichen Darstellungen in Zusammenhang mit ADS/ ADHS eine weitere hinzugefügt worden. Wir bedauern das vor allem, weil es die oft vorhandene Verunsicherung der Familien mit ihren betroffenen Kindern und Jugendlichen eher fördert, als angemessene Hilfestellung zu geben, was eigentlich die Aufgabe der die Behandlung in der Regel koordinierenden Mediziner wäre. Glücklicherweise ist diese sehr polemische und einseitige Sichtweise die Ausnahme, so dass wir im Sinne der Versachlichung der Diskussion nachfolgend einige Punkte in Zusammenhang mit der Ergotherapie zusammengestellt haben:

Im Zwischenbericht des „Zentralen-ADHS-Netz“ zum Forschungsvorhaben Nr. 05 03 07 der Bundesregierung vom 20.02.2007 wird der interdisziplinären Arbeit in der ADHS-Therapie höchste Bedeutung zugeschrieben. Darin wird klar gefordert: „Die bedarfsgerechte Versorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit der Ärzte untereinander und mit Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen, Heilmittlerbringern (z.B. Ergotherapeuten) und Selbsthilfeverbänden.“ Nur so kann dem betroffenen Patienten und/ oder seinen Angehörigen weitergeholfen werden. So sieht dies auch der Ge-

meinsame Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen, der in den Heilmittel-Richtlinien Ergotherapie bei entsprechender Indikation als explizites Heilmittel im Rahmen des Gesamtsettings bei der Behandlung von ADHS-Patienten vorsieht. In der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. (Aktualisierte Fassung Januar 2007) wird Ergotherapie ebenfalls im Rahmen des multiprofessionellen Ansatzes empfohlen. Zur Behandlung von „Störungen der Körperkoordination, Körperwahrnehmung, auch bei visumotorischen und leichteren sozialen Integrationsstörungen; auch zur Entwicklung adäquater und konkreter Strategien im Umgang mit ADHS im Alltag; Ergotherapie, ... mit Elternanleitung.“ Hier wird dem klientenzentrierten, alltagsorientierten Ansatz der Ergotherapie Rechnung getragen. Ergotherapie nimmt für sich keine Alleinstellung bei der ADHS-Behandlung in Anspruch, aber sie stellt bei entsprechender Indikation einen wichtigen Baustein im multiprofessionellen Team dar.

Auch wir wissen, dass die messbare Evidenz in Teilen der Ergotherapie noch nicht ausreichend untersucht ist, was im Übrigen auch auf viele andere Bereiche des Gesundheitswesens zutrifft. Studien, die die Unwirksamkeit von Ergotherapie belegen gibt es aber ebenfalls nicht. In diesem Zusammenhang wird dann gerne von einer so genannten Evidenzfalle gesprochen, wenn Maßnahmen wegen der Frage der Evidenz kritisiert werden, obwohl lediglich, wie im Falle der Ergotherapie bei ADHS, noch wenige oder keine Wirksamkeitsstudien vorliegen. Erste Schritte in Richtung Wirksamkeitsnachweise werden jedoch vielfach unternommen. Es wird zunehmend begonnen ergotherapeutische Therapiekonzepte wissenschaftlich zu begleiten, was vom DVE ausdrücklich begrüßt und unterstützt wird. Nur so lassen sich die vielfältigen Erfahrungsberichte untermauern, die eine deutliche Befundverbesserung bei entwicklungsauffälligen Kindern zeigen. Deshalb wird es in der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin „Indika-

tion zur Verordnung von Ergotherapie“ „zu Recht als unethisch angesehen, den betroffenen Patienten bei entsprechender Indikation eine als sinnvoll erachtete, im Heilmittelkatalog anerkannte Behandlungsmethode vorzuenthalten.“

In ihrer Leitlinie unterscheidet die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin folgende spezielle Indikationen für Ergotherapie im Kindes- und Jugendalter:

- Umschriebene Entwicklungsstörungen der Fein- oder Graphomotorik (F82.x2)
- Störungen der Handlungs- und Bewegungsplanung sowie -ausführung (F82.x5)
- Umschriebene Entwicklungsstörungen der visuellen Wahrnehmung (F88.x2)
- Störungen des Körperschemas (F88.x3 - 9)
- Orofaziale Störungen mit vermehrtem Speichelfluss, Ess-, Kau- und Schluckstörungen (R48.2, R63.3, F82.x3, F98.2)
- Taktile Hyper- und Hyposensibilität, die die Alltagsabläufe signifikant beeinträchtigen (F88.x4)
- Spezielle neuropädiatrische Erkrankungen und Bewegungsstörungen, z.B. Armplexusparese, Ataxie, Formen der Zerebralparese und neuromuskuläre Krankheiten (G11.1 - 9, G12.0 - 9, G 60.0 - 61.9, G 71.0 - 9, G 80.0 - 9, P14.0, P14.1)
- Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)
- Rehabilitation nach akuter Schädigung des ZNS (F06.9, G80.9 V)
- Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie vermehrte Impulsivität (F90 - F91.2)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen mit autistischen Verhaltensweisen (F84.0, F84.1, F84.8-9)
- Somatoforme Störungen (F45.0 - 9)

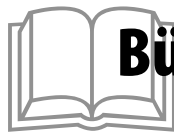
Die Verordnung für Ergotherapie sollte diesen Leitlinien zufolge eine klare Definition von Therapiezielen auf Alltagebene enthalten. Dazu heißt es im Text: „Ohne eine klare Definition von Therapiezielen sollte Ergotherapie nicht verordnet werden. Dabei sollte grundsätzlich auf Allgemeinplätze wie „Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit oder Körperwahrnehmung“, „Förderung

der Konzentration“, „Erlernen von Kompensationsstrategien“ und „Tonusregulation“ vermieden werden. Demgegenüber können wichtige und konkrete Nahziele des Alltags für die ergotherapeutische Behandlung formuliert werden, z.B.

- ▮ Verbesserung lebenspraktischer Alltagsfunktionen, z.B. bei der Nahrungsaufnahme, dem selbständigen An- und Ausziehen, dem Waschen, Zähneputzen und dem Toilettengang
- ▮ Befähigung zu einem dem Entwicklungsstand angemessenen Spiel
- ▮ Vermittlung von Grundfertigkeiten, die zum Erwerb der Kulturtechniken erforderlich sind - Anpassung von Hilfsmitteln bei bleibenden Beeinträchtigungen
- ▮ Erlernen von Kulturtechniken, z.B. Malen, Schreiben, Ausschneiden oder selbständiges Essen - Verbesserung sozialer Verhaltensweisen, z.B. Abwarten können, seine Meinung sozial verträglich äußern und konstruktiv mit anderen Menschen kommunizieren.“

Wir würden uns freuen, vor allem im Sinne der betroffenen Kinder, Jugendlichen aber auch Erwachsenen, einen Einblick in die Ergotherapie gegeben zu haben, und stehen für konstruktive Dialoge und sachliche Zusammenarbeit jederzeit gerne zur Verfügung. ←

Deutscher Verband  
der Ergotherapeu-  
ten e.V.  
Postfach 2208 | 76303  
Karlsbad Hausadres-  
se: Becker-Göring-  
Straße 26/1 76307  
Karlsbad Telefon  
07248 - 9181-0 Tele-  
fax 07248 - 91 81 71  
E-Mail info@dve.info,  
Internet www.dve.info



## Bücher, Bücher ...

Gerhild Drüe

### ADHS kontrovers – Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit

Kohlhammer-Verlag, 1. Auflage  
2007, 280 Seiten, 24,80 €,  
ISBN 978-3-17-019086-3

„Es ist schwieriger, eine vorgefasste Meinung zu zertrümmern als ein Atom.“ Dieser an exponierter Stelle des Buches zitierte Ausspruch stammt von keinem Geringeren als Albert Einstein. Das Zitat zielt genau auf den inhaltlichen Schwerpunkt, der in dieser Rezension besondere Beachtung finden soll: Von der unausrottbaren Meinung, dass der Mensch nichts als ein Produkt seiner Umgebung ist und den vielen verhängnisvollen Schlüssen, die daraus gezogen werden, berichtet dieses Buch. Die Autorin Gerhild Drüe, ehemalige Hauptschullehrerin, jahrelang erfahren in der Selbsthilfearbeit, hat zusammengetragen, was ungezählte Eltern, meist Mütter, an Fehlurteilen zu ADHS, an Etikettierungen, Schuldzuweisungen und Demütigungen erlebt und ertragen haben. So darf man eben – immer wieder – und immer noch – die längst erkannte genetische Disposition und die neurobiologische Funktionsstörung außen vor lassen und Erziehung als einziges Mittel bei der Bewältigung der ADHS-Problematik favorisieren.

Natürlich ist Erziehung wichtig, sehr wichtig sogar. Doch das ist leider nur die halbe Wahrheit, und die halbe Wahrheit ist immer eine ganze Lüge. Die Autorin hat in einer enormen Fleißarbeit alle gesellschaftlichen Gruppierungen, die, meist ohne es zu wissen, mit ADHS zu tun haben, abgeklopft und auf ihre Einstellung hin untersucht und ist zu erschreckenden Ergebnissen gekommen: Ob das jetzt namhafte Erziehungs- und Fachwissenschaftler sind oder Personen des öffentlichen Lebens, die Erziehungsbücher schreiben (nichts dagegen, alles dafür solange sie sich nicht zu ADHS

äußern), ob das Psychologen, Erzieherinnen, Lehrerinnen, Beratungsstellenmitarbeiter oder alle Arten von Medien sind: die einen müssten es wissen, aber wollen es oft nicht zur Kenntnis nehmen, die anderen verbreiten Halbwissen, Vorurteile, Ignoranz und viel Hilflosigkeit. Es werden Mütter beschrieben, die nach einer Odyssee der Hilfesuche für ihre ADHS-Kinder sich auch mal in der Wahl ihrer erzieherischen Mittel vergeifen, nicht, weil sie von deren Sinn überzeugt sind, sondern weil ihnen einfach die Sicherungen durchbrennen. Diese Mütter stehen oft am seelischen Abgrund und bekommen dann als „Hilfe“ auch noch den „Schwarzen Peter“ zugeschoben: „Das Kind ist Symptomträger“ „Sie haben wohl nicht ...“, „Sie können wohl nicht ...“. In der ADHS-Szene – diese Erfahrung geht quer durch alle Selbsthilfearbeit – stehen immer wieder die Mütter am Pranger. Die Väter, oft selbst von ADHS betroffen, halten sich gerne abseits. Deshalb feiert das sog. motherhunting (Neudeutsch für: Jagd auf Mütter) fröhliche Urständ: „Der braucht Konsequenz...“ (stimmt), „Der braucht Struktur...(stimmt auch), „Der braucht Liebe...“ (wie wahr). Aber was er noch braucht, ein Medikament, das ihn befähigt sich so zu steuern, dass er Konsequenz aushalten, Struktur durchschauen und Zuwendung annehmen kann, genau das bekommt er oft nicht. Wenn's schief läuft, ist ja die Schuldige nicht weit.

Kurzum: Wir sind noch lange nicht da, wo wir gerne wären. Das wird in diesem Buch sehr deutlich. Deswegen ist bei der Lektüre Vorsicht geboten, sie könnte einen mutlos machen. Es ist auf gar keinen Fall ein Elternhandbuch. So einfach herunterlesen kann man das Buch ohnehin nicht. Der Inhalt wird sehr dicht und konzentriert geboten. Die Kapitel sind oft recht lang und weder durch Bilder, Diagramme oder was auch immer aufgelockert. Man sollte sich deshalb die einzelnen Themen Kapitelweise in Ruhe vornehmen

ah  
Alles Vollendete  
wird angestaunt,  
alles Werdende  
unterschätzt.  
Friedrich Nietzsche  
oh

und sich dann ärgern. Das ist beabsichtigt. Ob allerdings die Adressaten durch Ärger endlich den Lernprozess schaffen, von dem Entweder (Erziehung) Oder (das oft noch geächtete Medikament) zu einem für alle Betroffenen förderlicheren Sowohl - als auch zu kommen, das steht noch dahin.

Vorerst ist eine andere Forderung zu stellen, die die Autorin anmahnt: Es müssen endlich von den Kultusministerien verordnete Fortbildungskonzepte her. Diese sollten inhaltlich mit den Fachverbänden und ausgewiesenen ADHS-Fachleuten abgeglichen und kontrolliert durchgeführt und nicht wie bisher der Beliebigkeit überlassen werden. Die gleiche Forderung geht an die Ausbildung der Erzieherinnen.

Was die Autorin sonst noch an Wünschen hat und welche anderen vielfältigen Facetten das ADHS-Bild abrunden – für Neugierige und Lernfähige hält das Buch jede Menge Zündstoff bereit. Es zu schreiben hat Mut gekostet.

Es war längst überfällig. Respekt, Frau Drüe!  
*Margarete Gatzten*

### **Noch eine Rezension zum Buch von Gerhild Drüe „ADHS kontrovers“**

Ein beherztes Buch.

Die Autorin fasst langjährige ADHS-Eltern- und Selbsthilfeeinfahrung treffend zusammen.

Vor über 20 Jahren führten Verzweiflung und Hilflosigkeit aufgrund von Wissenslücken und Informationsdefiziten in Öffentlichkeit, Psychologie, Medizin, Pädagogik und Familienhilfe zur Gründung von ADHS-Elternverbänden. Heute gibt es empirisch gesichertes Wissen zu ADHS mehr als zu irgendeiner anderen Störung des Kindesalters. Das Wissen nimmt weiter rasant zu.

Adäquaten Zugang zu diesem Wissen kann sich jeder Laie oder Profi beschaffen, nicht zuletzt bei den Elternverbänden. Dennoch hat sich die problematische Situation der Betroffenen kaum geändert und die Versorgungslage, abgesehen von einigen Ballungszentren, wenig verbessert. Nach wie vor vereiteln langjäh-

rige diagnostische und therapeutische Odysseen, entwürdigende Falschanalysen und entmutigende Fehlberatungen zeitnahe und wirksame Hilfe. Wertvolle Entwicklungszeit betroffener Kinder geht unwiederbringlich verloren.

Die Autorin weist nach, dass diese düstere Realität keineswegs in einem Mangel an empirisch gesichertem Wissen gründet oder in Defiziten an auf Wirksamkeit, Effizienz und Verträglichkeit sorgfältig getesteter Therapieoptionen. Dieser kinder-, familien- und gesellschaftspolitische Skandal basiert vielmehr darauf, dass sich viele Laien und Profis schwer damit tun, eine komplexe biopsychosoziale statt einer rein psychosozialen Verursachung der ADHS zu akzeptieren. Dieser „kleine Unterschied“ bleibt für die Betroffenen und deren Familien natürlich nicht ohne Folgen.

Zu diesen dramatischen Folgen lässt die Autorin immer wieder die Betroffenen selbst zu Wort kommen. Vor allem Mütter erzählen erschütternde Geschichten. Mütter und Familien, auf deren Schultern die Hauptlasten einer familiären ADHS abgeladen werden, kommen in der Fachliteratur, vor allem in der ADHS-kritischen, kaum selbst zu Wort. Die Erfahrungen der Betroffenen scheinen ADHS-kritische Fachleute eher zu stören. Stellen sie doch anscheinend fest gefügte Weltbilder in Frage und damit eine Bedrohung dar. Ätiologische und therapeutische Glaubenssysteme, die kindliche Entwicklungs- und/oder Verhaltensstörungen axiomatisch als Reaktion auf frühe Traumata, ungünstige Milieufaktoren, mangelhafte Erziehungskompetenz oder als Folge von Bindungs-, Interaktions- und Beziehungsstörungen interpretieren müssen.

Kindliches Problemverhalten wird durch eine „Psychobrille“ gesehen, die ihrerseits zur intensiven Suche nach tieferem Sinn verpflichtet und legitimiert, Deutungsmacht verleiht und nach eigenem Selbstverständnis allein Expertise, unmittelbares Verstehen und Geltungsanspruch gewährt.

Dieser Denkansatz setzt in jedem Fall Deutungsbedarf voraus, weil Verhalten, Gefühle, Ängste, Hoffnungen,

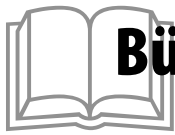
Enttäuschungen oder Erfahrungen aus psychodynamischer Sicht zunächst nicht ganz einfach und nahe liegend als spontane und authentische Lebensäußerung ohne interpretationsbedürftigen Hintersinn verstanden werden darf. ADHS-Kinder ereignen sich aber ganz unvermittelt. Sie werden der psychodynamischen Vorstellungswelt nicht gerecht.

Aus dieser „Psychoperspektive“ verstecken sich beim Kind hinter jedem Verhalten ein verborgener Sinn, eine unbewusste Absicht, eine verschlüsselte Botschaft, ein ungestilltes Bedürfnis, ein unverarbeiteter Konflikt und damit ein verklausulierter Hilfeschrei. Unbewältigte Traumata, frühe Kränkungen, fragwürdige Projektionen, überspielte Defizite, unerfüllte Wünsche, verdeckte Absichten, abgewehrte Rollenerwartungen, übermächtige familiäre Vermächtnisse, uneingestandene Bedürfnisse, unerkannte Abwehrmechanismen, werden zu geheimen Motiven hinter dem Verhalten von Eltern erklärt.

Leider verstellt diese rein psychodynamische Schulsicht jedoch bei ADHS allzu leicht den Blick auf Offensichtliches, Faktisches, Objektivierbares und führt zu Einseitigkeit. Nöte, Sorgen, Ängste, Erschöpfung, Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Depression, Verzweiflung von Eltern werden gedeutet statt ernst genommen, werden interpretiert anstatt Abhilfe zu schaffen.

Wie eine Sonnenbrille filtert die „Psychobrille“ einen Teil des Informationsspektrums aus. Mitunter mag das angenehm und praktisch sein. So entsteht ganz automatisch, ja zwangsläufig in den Köpfen das Zerrbild einer Psychodynamik der ADHS-Familie, das durch Behörden, Presse und Öffentlichkeit geistert. Ein verhängnisvolles Zerrbild, das die Betroffenen heute noch täglich stigmatisiert und ausgrenzt.

Schlimmer noch: Gesichertes Wissen zu ADHS, soweit es im Widerspruch zu psychodynamisch gefilterten Sichtweisen steht, zwingt ADHS-Kritiker reflexhaft zur Aktivierung eines Arsenal von Abwehrmechanismen. So werden zwingende Fakten bagatellisiert, empirisch gesicherte



# Bücher, Bücher ...

Daten bezweifelt, Unterstellungen und Verdächtigungen formuliert, Verschwörungstheorien gebastelt, Scheinfronten eröffnet, finstere Motive unterstellt, vermutet, behauptet, kolportiert. Da wird verdrängt, abgewehrt, Widerstand geleistet, verbarriadiert, übertragen, gegen-übertragen, agiert, frei assoziiert, fantasiert und projiziert, was die tiefenpsychologische Wundertüte hergibt. Empirische Forschung und Naturwissenschaftliche Methodik wird als reduktionistisch oder biologistisch diskreditiert. Der Krankheitswert von ADHS wird bagatellisiert, der Krankheitsstatus wird bestritten.

Dies alles wohlgermerkt von approbierten Profis in amtlicher Funktion in offiziöser Garantenstellung gegenüber betroffenen Hilfesuchenden, verzweifelten und leidenden Betroffenen und in offener Gegnerschaft zu den evidenzbasierten Leitlinien.

Eindringlich weist die Autorin auf die Bedrohlichkeit dieser Entwicklung hin und auf die Schädigung für die Betroffenen. ADHS ist eben keine gutartige Besonderheit.

Je kompetenter oder selbstbewusster Eltern auftreten, desto subtilere und schärfere Geschütze der Schuldverschreibung werden mitunter von ADHS-kritischen Beratungsfunktionären aufgefahren, die therapeutische Partnerschaft auf Augenhöhe fürchten.

Das Buch gewährt immer wieder neue, erschütternde Einblicke in ein düsteres Kapitel Versorgungs-, Therapie- und Stigmatisierungsrealität. Die Autorin zeigt eindrucksvoll auf, dass ADHS nicht Folge von Beziehungs- oder Bindungsstörungen ist. ADHS bei Kind und Eltern kann vielmehr die Entwicklung von Beziehung und Bindung empfindlich stören.

Die genetische Grundlage der ADHS wird von der empirisch orientierten Wissenschaft nicht mehr ernsthaft in Frage gestellt. Frau Drüe schildert, wie sich auf dieser biologischen Basis die problematische psychosoziale Dynamik entwickelt. Die regelmäßig feststellbaren sozialen Risikofaktoren und Problemkonstellationen korrelieren hochgradig genetisch, bilden eine Generationen

übergreifende Spur, oft in Form einer Abwärtsspirale, können also als in erheblichem Maße erblich angesehen werden. ADHS ist eine andere Art, die Welt zu sehen und auf sie zu reagieren.

Für ein Verständnis der Problematikdynamik ist es unerlässlich, so führt die Autorin überzeugend aus, zu sehen, dass in der Regel Kind und Eltern gemeinsam betroffen sind. Diese andere neuronale Netzwerknutzung beinhaltet für Kind und Eltern ein hochgradig biologisch mitbedingtes Anpassungsrisiko, eine Anpassungsstörung, bis hin zum Anpassungsversagen. ADHS erfordert, so die Autorin, von den Eltern als Laien ganztägig Expertise in sonderpädagogischen Spezialfähigkeiten. Wer mit ADHS-Kindern zu tun hat braucht zudem noch einen unendlich langen Atem, den stimmungs-labile, zu Affekt- und Impulsdurchbrüchen neigende Eltern anlagebedingt nicht besitzen.

Aber auch selbst nicht betroffene Pflegeeltern scheitern mit ihren Adoptivkindern, wenn diese ADHS haben. Dies obwohl Pflegeeltern nach Qualifikationsnachweisen handverlesen werden. Auch diese Eltern sind von amtlichen Fehlinterpretationen bedroht, statt Hilfe zu bekommen.

So macht das Buch auch deutlich, dass das Leid und die Not der Betroffenen nur zum Teil in den Problemen ihrer Störung, der ADHS zu suchen sind. Not und Leid, Ausgrenzung und Chancenverweigerung ADHS-Betroffener werden vielmehr durch die von Menschen gemachte, rückständige Versorgungs-, Therapie- und Beratungssituation potenziert.

Kompetent weist die Autorin, selbst gelernte Pädagogin, darauf hin, wie in den Kontroversen um ADHS die alltagspsychologische Tradition der Schuldverschreibung ebenso gepflegt wird wie Allmachtsfantasien hinsichtlich der Wirksamkeit elterlicher Erziehung. An der Stelle wird zu Recht die „schlechte Presse“ des ADHS und der medikamentösen Therapie beklagt.

Es ist schon bemerkenswert: Noch nie kümmerten sich so viele Mütter in reifem Alter mit höchstem Anspruch und Engagement um so wenige, oft lang ersehnte Wunschkin-

der. Noch nie wurde Müttern mehr Versagen, weniger Kompetenz, ein größerer Mangel an Empathiefähigkeit und Achtsamkeit vorgeworfen als heute.

Die Autorin erinnert uns an die Lastenübertragung bei schizophrenen Menschen auf deren Mütter. Diese wurden von der Psychoanalytikerin Frieda Fromm-Reichmann als „schizophrenogen“ geoutet. Ihr Kollege Bruno Bettelheim verortete in freier Assoziation die Ursache von kindlichem Autismus in bindungs- und beziehungsunfähigen „Kühlschränkmüttern“. Alte Gräben, neue Fronten, die Methoden sind geblieben.

Widerstand ist bekanntlich in einer Analyse zwecklos. Er gilt dem Fachmann sogar als pathognostisches Zeichen, als sicheres Indiz, in den gehüteten Kern der Tiefenproblematik gestoßen zu sein. Widerspruch verfestigt tiefenpsychologisch fundierte Voreingenommenheit. In diesem verminten Gelände findet derzeit die Arbeit der Elternselbsthilfe statt. In diesen Fallstricken verfangen sich heute die Betroffenen und geraten in die Mahlströme berufspolitischer Interessenkonflikte und Geltungsansprüche nach dem Motto: „Wem gehört das ADHS-Kind?“

Wie lange noch sollen ADHS-Kindern nachgewiesen wirksame Therapien verwehrt werden?

Wie lange noch soll Eltern reflexhaft Verantwortung und Schuld für ADHS und für Therapieversagen angelastet werden, um pädagogisches Wunschdenken, therapeutisches Unvermögen, professionalisierte Naivität, behördliches Scheitern an der Wirklichkeit, schulenspezifische Glaubensbekenntnisse, idealistische Elfenbeintürme und standespolitische Ränke vor der Wirklichkeit zu schützen?

Profis können von ihren Patienten und deren Eltern unendlich viel lernen.

Eltern sind die berufenen Fachleute für ihre eigenen Kinder, weil sie sie am besten kennen und von Natur aus lieben. Ausnahmen bei Fachleuten wie bei Eltern bestätigen die Regel.

Mühsam, zäh und in kleinen Tripelschritten wird die Situation trotz vehementer Widerstände besser.



Mitunter erkennt die Autorin auch Licht am Ende des Tunnels. Immer mehr Profis machen vom Wissen über die am intensivsten untersuchte neuropsychologische Störung des Kindesalters Gebrauch. Immer mehr Profis erkennen die Bösartigkeit dieses chronischen Störungsbildes, dessen gesellschaftliche Relevanz und die soziale Sprengwirkung bei weiter anhaltender Ignoranz durch Ämter, Schulen, Hilfseinrichtungen, Ausbildung und Lehre, Kassen und Politik. Dennoch ist es nach wie vor reine Glückssache, an wen Betroffene geraten. Interdisziplinäre Qualitätsstandards wurden zwar bereits 2002 in einem Eckpunktepapier festgeschrieben, werden jedoch unter anderem wegen leerer Kassen unterlaufen.

Eine notwendige, längst überfällige Streitschrift, die den Finger in Wunden legt, Zusammenhänge und Interessenverstrickungen aber auch Perspektiven aufzeigt. Ein verdienstvolles Betroffenenbuch, das die Erfahrungen in der ADHS-Elternselbsthilfe treffend und authentisch wiedergibt. Ein aufrüttelndes Buch, das dogmatische ADHS-Kritiker zu Interpretationen und Häme herausfordern wird. Ein mutiges Buch, das die unvoreingenommene Lektüre durch die Fachwelt verdient.

Dank an die Autorin. Meine Empfehlung: Lesen!  
*Rupert Filgis*

*Ewald Rahrt:*

**„Borderline“**

Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige“

Psychiatrie-Verlag, 8. Auflage  
2006, 184 Seiten, 12,90 €

Borderline – was ist das eigentlich? So wird man öfters gefragt im Zusammenhang mit Vorträgen über ADHS. Die Antwort ist nicht ganz einfach. Psychische Störungen sind schwer ein- bzw. abzugrenzen. Der Autor, Neurologe und Psychotherapeut, versteht das Buch als Ratgeber.

Borderline gilt als schwere Persönlichkeitsstörung. Zitat: „Persönlichkeitsstörungen haben meist eine Vorgeschichte. Die Symptome entwickeln sich langsam und erst die Reak-

tion der Umwelt führt dazu, dass sich die Symptome verfestigen. Wenn der Leidensdruck offensichtlich wird, hat die Störung bereits eine lange Geschichte.“ Kennen wir diesen Teufelskreis nicht?

Die Diagnose „Borderline“ ist noch relativ jung. Doch ist die Störung, die heute mit diesem Begriff beschrieben wird, schon im 17. Jh. bekannt gewesen. Der englische Arzt T. Sydenham berichtet von Menschen, die durch Launenhaftigkeit, Unberechenbarkeit und plötzliche Ausbrüche von Wut, Schmerz, Angst und ähnliche Emotionen auffielen. In den diagnostischen Kriterien nach DSMIV – der internationalen Klassifizierung psychischer Störungen – tauchen diese Symptome dann auch alle wieder auf: Angst vor Verlassenwerden – instabile zwischenmenschliche Beziehungen – ausgeprägte Identitätsstörung, was Selbstbild und Eigenwahrnehmung betrifft – selbstschädigendes Verhalten – wiederholte suizidale Handlungen – Probleme, emotionale Ausbrüche zu kontrollieren – chronisches Gefühl von Leere – durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen.

Bei Borderline geht man von einer genetischen Disposition aus. Die Störung wird aber erst im Jugendalter evident. Man zählt etwa 2 Prozent der Bevölkerung dazu. Nun können Menschen mit einem Teil dieser oben beschriebenen Verhaltensweisen durchaus leben, ohne ständig anzuecken. Wenn ein bestimmter Leidensdruck sowohl für die Betroffenen selbst als auch deren Umfeld quälend wird, sollte Hilfe in Anspruch genommen werden.

Wichtige Voraussetzung ist die Wahl des richtigen Therapeuten. Die Motivation der Betroffenen, sich überhaupt behandeln zu lassen, hängt sehr von dieser Persönlichkeit ab. Sie sollte außer Fachkompetenz auch die Fähigkeit haben, ein

enges Vertrauensverhältnis aufbauen zu können, da die Behandlung bei Borderline u.U. recht lange dauern kann.

Ziel der Behandlung: Das eigene Leben wieder in den Griff zu bekommen, selbst-bestimmt und in eigener Verantwortung. Medikamentös kann man nur punktuell bestimmte Symptome lindern. Aber wie bei anderen psychischen Störungen auch sind Medikamente nur Hilfs- und keine Heilmittel. In dem Buch kommen viele Betroffene zu Wort, die sich zu ihrem Leben und ihren Konflikten mit der Umwelt äußern. Auch Therapieerfolge werden beschrieben.

Bei Borderlinern gibt es viele Diagnoseansätze, bis man dann endlich den *nervus rerum* erkannt hat. Im Laufe seines Lebens kann ein Borderliner u.a. folgende Diagnosen erhalten: Depression, Angst-Neurose, Somatisierungsstörung, bipolare Störung, Bulimia nervosa. Mit keinem Wort wird in dem Buch ein Störungsbild erwähnt, das; wie neuere Untersuchungen zeigen, mit Borderline eine hohe Überschneidungsrate hat, nämlich ADHS. Ganze Symptombereiche beider Störungen sind austauschbar. Die Kinderneurologin Helga Simchen geht davon aus, dass eine schwere Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind infolge einer nicht erkannten und deswegen nicht behandelten ADHS-Störung dem Borderline Vorschub leistet. Es ist zu fragen, weshalb dieser Zusammenhang völlig außer acht gelassen wurde. Die schweren Langzeitfolgen der BL-Störung könnten durch eine rechtzeitige, fachgerechte Behandlung der ADHS verhindert oder gelindert werden. Diese Einseitigkeit schmälert etwas den Wert des Ratgebers, der im Übrigen besser geeignet ist für die Angehörigen von Betroffenen als Einstieg in ein ihnen unbekanntes Krankheitsbild. Die Frage bleibt.  
*Margarete Gatzten*

Manche Hähne glauben,  
daß die Sonne ihretwegen aufgeht.

*Theodor Fontane*

1. Vorsitzende: **Dr. Myriam Menter**  
91056 Erlangen  
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende: **Karin Knudsen**  
50933 Köln  
Fon 0221-3 56 17 85  
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin Seegers**  
14055 Berlin  
Fon 030/3 01 97 14  
Fax 030/30 12 16 44  
schatzmeister@adhs-deutschland.de
- Schriftführer: **Hartmut Gartzke**  
30916 Isernhagen  
Fon 0511/73 20 65  
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de
- Beisitzerin: **Herta Bürschgens**  
52249 Eschweiler  
Fon 02403/50 64 66  
Fax 02403/5 13 38  
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Beisitzer: **Dr. Klaus Skrodzki**  
91301 Forchheim  
Fon 09191/1 49 11

- Europäische Kontakte **Detlev Boeing**  
B-3080 Tervuren  
adhs@telenet.be
- Telefonberatungsnetz **Gerhild Gehrman**  
25336 Elmshorn  
Fon 04121/80 72 72  
gujungermann@aol.com
- Internet **Sabine Hinkel**  
38527 Meine  
sabine.hinkel@gmx.de
- Ernährung/  
Stoffwechsel-  
besonderheiten **Renate Meyer**  
61381 Friedrichsdorf  
meyer.koepfern@t-online.de
- ADHS  
im Erwachsenenalter **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**  
63739 Aschaffenburg
- Regionalgruppen-  
betreuung **Carl Albert Schell**  
91301 Forchheim  
Fon 09191/729818
- ADHS und Psycho-  
therapien im Kindes-  
und Jugendalter **Dr. Johannes Streif**  
streif@therapaed.de
- Rechtliche  
Angelegenheiten **Reinhard Wissing**  
96049 Bamberg

**ADHS**  
DEUTSCHLAND i.G. Bundesgeschäftsstelle  
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS Postfach 410724, 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,  
Information, Versand:

Fon 0 30/85 60 59 02,  
Fax 0 30/85 60 59 70  
Mo 10.00-12.00 Uhr, 14.00-16.00 Uhr  
Di, Do, Fr 10.00-12.00 Uhr  
e-mail: info@adhs-deutschland.de  
Besuchen Sie uns unter [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

Zeitschrift des ADHS Deutschland i.G.  
ISSN 0948—4507

**Herausgeber und Verleger**  
Für ADHS Deutschland i.G.:  
BV AÜK e.V. und BV-AH e.V.  
Postfach 410724, 12117 Berlin  
Fon 030/ 85 60 59 02  
Fax 030/ 85 60 59 70  
info@adhs-deutschland.de  
www.adhs-deutschland.de

**Redaktionsleitung  
und redaktionelle Mitarbeit:**  
Herta Bürschgens (Leitung)  
Detlev Boeing  
Margarete Gatzen  
Magdalene Geisler  
Karin Knudsen  
Renate Meyer  
Dr. Klaus Skrodzki

**Redaktionsanschrift**  
Bundesgeschäftsstelle  
ADHS Deutschland i.G.  
Poschinger Str.16  
Fon 030/ 85 60 59 02  
Fax 030/ 85 60 59 70  
akzente@adhs-deutschland.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 Verfasseramen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

**Anzeigenverwaltung**  
Bundesgeschäftsstelle ADHS Deutschland i.G.  
Petra Festini  
Poschinger Str. 16  
12157 Berlin  
Fon 030/85 60 59 02  
info@adhs-deutschland.de

**Gesamtgestaltung und DesktopPublishing**  
Irene Fischer  
Pappelallee 4  
10437 Berlin  
Fon 030/442 20 78  
fischerp4@gmx.net

**Druck**  
Brandenburgische Universitäts-Druckerei  
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH  
Karl-Liebnecht-Str.24-25  
14476 Potsdam (OT Golm)

**Erscheinungsweise:**  
3x jährlich

**Auflage:** 4000 Exemplare

**Bezugspreise:**  
Für Einzelhefte auf Anfrage,  
für Mitglieder des ADHS Deutschland i.G.  
kostenlos

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

**Redaktionsschluss**  
15.03.07  
15.07.07  
01.11.07

# Die Telefonberatungsstellen

In den Schulferien der jeweiligen Bundesländer sind die Telefone nicht besetzt

## Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrmann  
Tel. 04121-80 72 72

Pit Lau  
Tel. 040-43 91 06 08

## Bremen und Umgebung

Sabine Bernau  
Tel. 04793-93 10 21 und  
0170-2 46 27 44

## NRW

Ulrike Vlk  
Tel. 02161-53 17 39

Karin Knudsen  
Tel. 0221-3 56 17 85

## Thüringen

Regina Schrage  
Tel. 03691-87 22 22

## Hessen

Regina Schubert  
Tel. 069-98 55 68 23

Petra Effelberger-Dasbach  
Tel. 06126-5 37 83

## Baden-Württemberg

Bernd Kaspar  
Tel. 07957 – 9 26 96 91

## Bayern

Kornelia Schneidt  
Tel. 08171-48 14 01



## Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrmann  
Tel. 04121-80 72 72

Angelika Lühmann  
Tel. 04121-9 28 21

Gisela Tampe  
Tel. 04661-60 09 88

Barbara Bargelé  
*Lübeck und Umgebung*  
Tel. 0451-2 03 61 60

## Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille  
Tel. 03883-72 77 18

Karin Heynen  
Tel. 0381-70 07 59 25

## Brandenburg

Ulrike Vogel  
Tel. 03378-80 30 90

## Niedersachsen

Erika Rien  
Tel. 05551-5 27 45

Angela Schwager  
Tel. 05554-99 56 46

## Berlin

Karin-Gisela Seegers  
Tel. 030-3 01 97 14

## Sachsen-Anhalt

Heike Markovski  
Tel. 039451-4 20 24

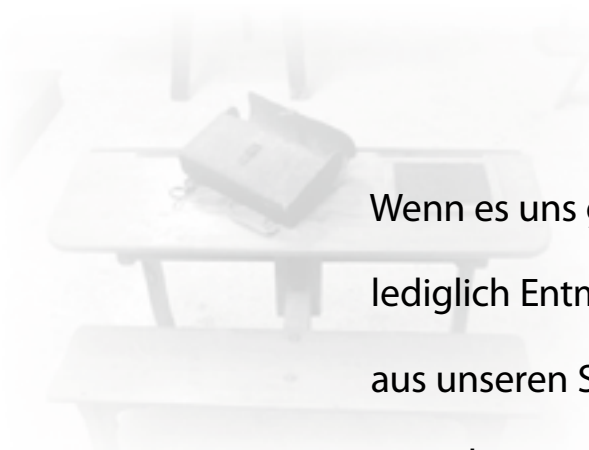
## Sachsen

Helene Wagner  
Tel. 0351-4 71 15 79

Für die Teilnahme an der Telefonberatung bitten wir unsere Mitglieder aus Rheinland-Pfalz und Saarland um Unterstützung, da wir dort z.Zt. nicht vertreten sind.

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

ADHS Deutschland i.G.  
Poschinger Str. 16  
12157 Berlin  
Tel. 030-85605902



Wenn es uns gelänge,  
lediglich Entmutigungen  
aus unseren Schulen  
zu verbannen,  
wäre dies die effizienteste Schulreform  
und endlich jene,  
die diesen Namen wirklich verdiente.

*Jürgen Girgensohn  
Kultusminister in NRW von 1970-1983  
zu einem höchstaktuellen Thema*

## neueAKLENTE ist:

- Informationsquelle zum Thema ADHS und assoziierte Störungen, möglichen Krankheitsursachen, Therapien, wissenschaftliche Forschung, Pädagogik, Erziehungsfragen, Hilfen im Alltag
- Medium für die Diskussion rund um 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