

# neue AKZENTE

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



- **AD(H)S-bedingte Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche**
- **Sind unsere Kinder kränker als früher?**
- **Elternteraining bei ADHS und Störungen des Sozialverhaltens**
- **Musterkind auf Rezept?**
- **Off-label-use bei ADHS-Arzneimitteln**
- **Wer entscheidet über die Behandlung unseres Kindes?**

# Was uns bewegt und prägt

## Was uns bewegt und prägt

Gelassen der Mensch, der wagt,  
behutsam in die Hände zu nehmen,  
was sein Leben bewegt und prägt.  
Hoffnung, Ärger, Vertrauen, Zweifel,  
Dankbarkeit, Angst, Zuversicht.

Gelassen der Mensch,  
der im tiefen Ein- und Ausatmen spürt,  
dass es wohl auf ihn ankommt,  
jedoch letztlich nicht von ihm abhängt.

Gelassenheit wächst,  
im Innehalten  
und Annehmen,  
was mich im Moment bewegt.

Gelassenheit wächst,  
wenn ich meine Wut spüre,  
sie anschau,  
um sie verwandeln zu lassen.

Gelassenheit wächst,  
wenn ich mich freue  
über eine gelungene Arbeit  
und mir Anerkennung zugestehe.

Gelassenheit wächst,  
wenn ich verletzlich bleibe  
und mit Zivilcourage beim Namen nenne,  
was ungerecht ist.

Gelassenheit wächst,  
wenn ich genieße,  
was mir jeden Tag geschenkt wird  
an Lebenskraft, Kreativität,  
Zärtlichkeit, Vertrauen.

*Pierre Stutz  
in der Monatschrift „ferment“*

Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

haben Sie es schon gemerkt? Unser Vereinslogo hat sich ein wenig verändert. ADHS Deutschland ist seit August endlich „e.V.“

Wie immer sind auch in dieser Ausgabe Beiträge von großer Unterschiedlichkeit und Vielfalt versammelt. Die Fachbeiträge von der Warte der Theorie aus, die anderen – aus der Selbsthilfefarbeit in den Regionen – mitten aus der Lebenspraxis. Wieder andere widmen sich mit einem kritisch-humorvollen Blick den Tendenzen in der öffentlichen Debatte über das



Thema ADHS und beleuchten interessante Diskussions- und Streitpunkte. Immer aber geht es uns darum, Sie so aktuell wie möglich zu informieren. Unsere Vorsitzende Frau Dr. Menter hält in ihrem Mitgliederbrief (S. 34) einen Rück- sowie einen Ausblick auf unsere Verbandsaktivitäten. Auch im nächsten

Jahr wird es sicherlich wieder viele Anlässe für die Selbsthilfe geben, sich zu Wort zu melden.

Sie sind ein junger ADHS-Erwachsener? Dann machen Sie bitte bei unserer Umfrage mit und schicken Sie den ausgefüllten beiliegenden Fragebogen rechtzeitig bis zum 31.1.2008 an die Bundesgeschäftsstelle. Die Telefonberaterliste ist für Ihre Unterlagen bestimmt und sollte vor dem Versand von Ihnen abgetrennt werden.

Merken Sie sich jetzt schon unsere nächsten Verbandsveranstaltungen Anfang April in Friedrichsdorf vor, und machen Sie von Ihrem Wahlrecht als Mitglied Gebrauch.

Ich wünsche Ihnen auch mit diesem aktuellen Heft wieder interessante Lesestunden, erholsame und friedvolle Festtage und ein gutes Jahr 2008.

Es grüßt Sie herzlich

Ihre

Herta Bürschgens

(Redaktionsleitung)

## Inhalt

<b>Wissenschaft/Medizin/Therapie</b>	
AD(H)S-bedingte Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche <i>Helga Simchen</i>	2
Zwangsmerekmale und Tic-Störungen Behandlungsmöglichkeiten – Teil 2 <i>Aribert Rothenberger</i>	8
Zusatzstoffe begünstigen hyperaktives Verhalten bei Kindern <i>Renate Meyer</i>	10
<b>Leserbriefe</b>	
Leserbrief zum Beitrag in <i>neue AKZENTE</i> Nr. 76 2/2007 Sind Omega-3-Fettsäuren eine Alternative zu Methylphenidat? <i>Helga Simchen</i>	11
<b>Familie/Erziehung/Gesellschaft</b>	
Sind unsere Kinder kränker als früher? <i>Myriam Menter</i>	12
Eltertraining bei ADHS und Störungen des Sozialverhaltens <i>Rüdiger Penthin</i>	15
Die vier Persönlichkeitstypen nach Riemann und ihre Bedeutung für das Gespräch mit ADHS-Betroffenen <i>Kurt Hämmerling</i>	18
Musterkind auf Rezept? Fachgespräch zum Umgang mit der Diagnose ADHS <i>pm/Bündnis 90/Die GRÜNEN</i>	21

Wer will ein „Musterkind auf Rezept?“ Fiktiver Brief einer GRÜNEN an MdB Dr. Harald Terpe <i>Gerhild Drüe</i>	22
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### ADHS in Europa

Erste konkrete Schritte zu einem Dachverband <i>Detlev Boeing</i>	24
EU-Abgeordnete fordern: Dys-kriminierung vermeiden <i>pm/EU-Parlament</i>	25

### ADHS und Recht

Off-label-use bei ADHS-Arzneimitteln <i>Reinhard Wissing</i>	26
Wer entscheidet über die Behandlung unseres Kindes? <i>Reinhard Wissing</i>	27

### Leben mit ADHS

ADHS im StudiVZ <i>Markus Lebe</i>	28
„Ich habe Ihnen eine Synapse mitgebracht“ Selbsthilfe Gruppe Sassenburg begrüßte ADHS-Experten <i>Frank Häusler</i>	28

### Aus den Regionen

ADHS-eine medizinische und pädagogische Herausforderung <i>Karin Knudsen</i>	29
Coaching Seminar der ADS-Erwachsenenhilfegruppe Münster <i>Walter Beerwerth</i>	30
„ADHS verstehen lernen“ <i>pm/red.</i>	33

### ADHS DE/intern

Ein Rückblick und ein Ausblick <i>Myriam Menter</i>	34
Aus den Jahresberichten der Regionalgruppen von ADHS Deutschland e.V.	35
Dank für Fördergelder der Krankenkassen im Jahr 2007	37
Vorstellung der Kandidaten für die Vorstandswahlen im April 2008 <i>red.</i>	38
Karin-Gisela Seegers erhielt Verdienstmedaille <i>pm/red.</i>	41
Gruppenleiter-Fortbildung im Oktober in Hirschaid <i>Sabine Hinkel/Carolin Zasworka</i>	42
Regionalgruppenleiter-Fortbildung im November in Burgwedel <i>Sabine Hinkel</i>	43
Erstes Treffen der NRW-Gruppenleiter des ADHS Deutschland e.V. im September <i>Walter Beerwerth</i>	44
Ursache von ADHS liegt im Gehirn <i>pm/idw</i>	46
ADHS bremst das Gehirn <i>pm/wissenschaft/de</i>	46

### Bücher/Bücher

„Suche dir Menschen, die dir gut tun“ <i>Karin Knudsen</i>	46
Das Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungstraining für Kinder <i>Margarete Gatzert</i>	47
Impressum	48

**Das Titelbild** „Alle gegen mich“ von Dr. Rainer Fenzel ist aus unserem Bildband „ADHS Impressionen“

# AD(H)S-bedingte Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche

Wenn Üben allein nicht reicht, könnte ein AD(H)S die Ursache sein

Helga Simchen



Dr. Helga Simchen  
Kinderarzt / Kinder-  
neurologe/Kinder- und  
Jugendpsychiater  
Tiefenpsychologische  
Psychotherapie/  
Verhaltenstherapie/  
Systemische Familien-  
therapie/Hypnose

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (AD(H)S) als eine neurobiologisch bedingte Funktionsstörung mit Reizfilterchwäche und Botenstoffmangel wird über mehrere Gene vererbt. Bisher wurden mehr als 15 Kandidatengene gefunden. Aus der Summe der genetisch bedingten Funktionsbeeinträchtigungen und dem Einfluss des sozialen Umfeldes auf die Entwicklung prägt sich das sehr individuelle und recht unterschiedliche Erscheinungsbild des AD(H)S. Bei all seiner Vielfalt sind für die Diagnose eines AD(H)S immer Störungen der folgenden drei Ebenen erforderlich:

- die neurologisch-motorische Ebene
- Die emotionale und Verhaltens-ebene (Fühlen und Reagieren)
- Die kognitive Ebene (Denk- und Merkfähigkeit)

Zum AD(H)S gehört nicht nur das hyperaktive und typische „Zappelphilipp-Syndrom“, sondern auch die hypoaktive Form mit dem viel zu langsamen, verträumten, antriebsarmen und unkonzentrierten Kind. Dieser Subtyp wird bisher als „der unaufmerksame Typ“ beschrieben und ist noch viel zu wenig bekannt.

Beiden Formen gemeinsam sind:

- Die Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung einer Daueraufmerksamkeit bei nachlassendem Interesse.
- Der geringe Arbeitsspeicher im Gehirn und seine unzuverlässige Verfügbarkeit bei Bedarf, was als Vergesslichkeit erlebt wird.
- Die Reizüberflutung des Gehirns durch unzureichende Filterung von Informationen und Wahrnehmungen. Wichtiges wird nicht von Unwichtigem unterschieden, das Arbeitsgedächtnis ist durch zu viele Informationen überlastet.
- Die Impulssteuerungsschwäche; Gefühle können nicht „abgefangen“, gebremst und gesteuert werden, sondern sie werden spontan, extrem und ungebremst ausagiert.

Der Kontrolleur (Supervisor = Cingulum, im Stirnhirn gelegen) arbeitet nicht so gut, wie bei Nichtbetroffenen.

- Die Fein-, Grafo- und Grobmotorik ist fast immer, aber unterschiedlich stark beeinträchtigt.
- Das neuronale Netzwerk im Gehirn ist viel zu breit gefächert mit viel zu wenig Gedächtnisbahnen, die der schnellen Weiterleitung der Reize vom Arbeitsgedächtnis zu den entsprechenden Gehirnzentren dienen. Dadurch kommt es zur unzureichenden Automatisierung im Lern- und Handlungsablauf.
- Mangelnder Antrieb (Botenstoffmangel) und schlechte Arbeitsorganisation (ständig viel zu viele Gedanken im Kopf).

Unterschiedliche Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung. Kennzeichnend für das AD(H)S sind Auffälligkeiten im Leistungs- und Verhaltensbereich, sowohl zu Hause als auch in der Schule. Gerade in der Schule liegen bei den betroffenen Kindern die Lernergebnisse meist weit unter ihrem eigentlichen intellektuellen Leistungsvermögen. Dabei haben Kinder und Jugendliche mit AD(H)S sehr oft eine gute bis sehr gute Intelligenz. Gerade hochbegabte Kinder leiden unter einem nicht erkannten AD(H)S mit Teilleistungsstörungen besonders. Deshalb sollte bei hoch- und sehr begabten Kindern, die in der Schule oder zu Hause im Verhaltens- und/oder im Leistungsbereich auffällig sind, unbedingt ein AD(H)S ausgeschlossen werden. Denn AD(H)S ist eine sehr häufige Ursache dafür, wenn sehr Begabte unter ihren Leistungsmöglichkeiten bleiben. Sie werden als Underachiever bezeichnet, als deren Hauptursache noch immer eine Unterforderung angesehen wird.

Weder Fehlerziehung, Unterforderung, noch eine frühkindliche Beziehungsstörung zu den Eltern sind die eigentlichen Ursachen für Schul-

versagen bei guter Intelligenz, können aber die AD(H)S-Symptomatik wesentlich verstärken. Die Entwicklung dieser Kinder bereitet Eltern und Lehrern viele Probleme, denn sie leiden, weil sie spüren, dass sie anders empfinden und reagieren und von ihrer Umgebung oft nicht verstanden werden. Das verunsichert sie, Selbstzweifel und ein schlechtes Selbstwertgefühl stellen sich ein. Sie reagieren darauf mit Rückzug, sind ängstlich oder aggressiv, wodurch sie allmählich zum Außenseiter werden. Sie fühlen sich ungeliebt und abgelehnt, was ihre Umgebung nicht verstehen kann.

Der neurobiologische Nachweis des AD(H)S erfolgt in der Wissenschaft mittels dem PET (Positronen-Emissions-Tomogramm), dem SPECT (Single-Photonen-Emissions-Computertomogramm), der funktionellen Magnetresonanztomographie, dem genetischen Nachweis einer Dopamin-, Nordadrenalin- oder Serotonintransporterstörung, dem EEG mit Aufzeichnung ereigniskorrelierter Potentiale, der Beurteilung der P3-Welle bei den akustisch evozierten Potentialen, um nur einige Untersuchungsmethoden zu nennen. Diese in der wissenschaftlichen Erforschung des AD(H)S zurzeit angewandten Methoden sind aus verschiedenen Gründen nicht in der täglichen Praxis anwendbar.

In der Praxis kann das AD(H)S mit keinem einzelnen Test und schon gar nicht allein mit Hilfe von Punkteskalen nachgewiesen werden. Die Diagnose muss aus:

- der Lebensgeschichte des Betroffenen und seiner Familie,
- der Verhaltens- und Leistungsbeobachtung,
- der neurologischen Untersuchung,
- der psychomotorischen und psychometrischen Testung,
- dem Verlauf von Kindheit und Schulzeit,

- I den Schulzeugnissen,
- I der Suche nach reaktiven Fehlentwicklungen, Wahrnehmungs- und Teilleistungsstörungen erfolgen.

### Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem AD(H)S und den Teilleistungsstörungen?

Ein Hauptsymptom des AD(H)S ist seine mangelhafte Reizverarbeitung, die zu Leistungs- und Verhaltensauffälligkeiten führt und wesentlich für die Ausbildung einer Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche verantwortlich ist.

Die Wahrnehmung ist oberflächlich, hüpfend (Neuhaus), es wird wie mit einer Weitwinkelkamera (Aust/Claus) viel zu viel wahrgenommen, davon aber zu wenig verarbeitet und gespeichert.

Es besteht eine niedrige Reizschwelle, für die einfallenden Reize ist der Filter zu groß, sie werden nicht nach ihrer Wichtigkeit sortiert und abgespeichert.

Durch diese Reizüberflutung reicht die Aufnahmekapazität des Arbeitsgedächtnisses nicht aus, wichtige Informationen gehen verloren. Besonders betroffen sind Routinearbeiten.

Infolge Mangels an Botenstoffen und Gedächtnisbahnen ist der Informationsaustausch zwischen Langzeit- und Kurzzeitgedächtnis in beiden Richtungen erschwert. Gelerntes wird nicht ausreichend abgespeichert und ist nur teilweise und zeitlich verzögert verfügbar. Es wird bis auf einen Bruchteil bald wieder vergessen. Ein erfolgreiches Lernen erfordert beim AD(H)S-Kind ein ständiges Wiederholen, was überfordert und die Motivation hemmt.

Eine schnelle Verfügbarkeit von bereits abgespeichertem Wissen ist nur begrenzt möglich. So werden Wörter immer wieder verkehrt geschrieben, das Wortbildgedächtnis ist nicht präsent. Es wird so geschrieben, wie gehört, einfache Wörter werden entstellt, was aber nicht auffällt (wier, vür, nemehn). Erlernte Regeln werden beherrscht, aber können bei Bedarf nicht sofort angewandt werden. Buchstabieren und das Schreiben am Computer gelingen besser, weil hier besser nachge-

dacht werden kann. Schwere Wörter werden ebenfalls richtig geschrieben, weil hierbei bewusst nachgedacht wird.

### Eine Automatisierung von Lerninhalten und Handlungsabläufen ist erschwert.

Folglich können akustische und visuelle Informationen nicht ausreichend schnell verknüpft werden. Das ADS-Kind muss zu viel und zu lange überlegen, was schnell zur Erschöpfung und zum Nachlassen seiner Konzentration führt.

Die Aufrechterhaltung einer gezielten Aufmerksamkeit ist über längere Zeit nicht möglich, das Nachdenken beim Schreiben gelingt nur kurzzeitig, auch seine Ablenkung ist groß.

Das Schreiben selbst bedeutet oft meist eine enorme Anstrengung (zu verkrampft), Linien können nicht eingehalten werden, bei emotionaler Erregung oder Zeitdruck wird die Schrift nicht selten unleserlich, da der Schreibvorgang nicht automatisiert erfolgt. Unter Stress kann es zu Panik mit „Denkblockaden“ kommen.

Infolge der starken Verzweigung des neuronalen Netzwerkes im Gehirn und der fehlenden Gedächtnisbalken ist ein konvergentes, zielgerichtetes Denken sehr erschwert. Das Schreiben von Aufsätzen, Textaufgaben und das Erfassen dessen, was beim Lesen eines Buchkapitels wichtig ist, bereitet Mühe.

Häufig besteht noch ein gestörtes dynamisches Binokularsehen (beidäugiges Sehen bei gleichzeitigem Bewegen der Augen zur Seite, nach oben oder unten), eine so genannte Blicksteuerungsschwäche. Hierbei bleiben die Augen bei waagerechter oder senkrechter Bewegung in ihrer seitlichen Stellung nicht parallel. Dadurch entsteht kurzzeitig ein unscharfes Bild, das vom Kind durch Blinzeln oder Kopfschiefhaltung erst wieder korrigiert werden muss und es Zeit und Konzentration kostet. Dadurch wird aber auch das Wortbild schlechter erfasst und schlechter abgespeichert. Es verrutschen beim Abschreiben und Lesen die Zeilen. Kinder mit Blicksteuerungsschwäche können von der Tafel nur sehr fehlerhaft abschreiben. Hinzu kommen

oft noch Blicksprünge, die ihrerseits das Erfassen des gesamten Wortes und dessen richtige Abspeicherung im Lesezentrum erschweren.

Ein vorausschauendes Lesen gelingt nicht, die Kinder lesen wortweise, stockend und Finger führend. Bei der Wiederholung des kurzen Lesetextes kommt es zur deutlichen Verbesserung.

Bei jeder Leseschwäche sollten ein AD(H)S und eine Blicksteuerungsschwäche ausgeschlossen werden. Beide sind oft kombiniert als Ausdruck einer gestörten Feinabstimmung der Augenmotorik.

Typisch für Rechtschreibschwäche beim ADS ist, dass das Kind einfache Wörter, die es schon hundertmal geschrieben hat, im gleichen Text sowohl richtig als auch falsch schreibt, schwere Worte dagegen fast immer richtig, weil es sich auf das Schreiben des schweren Wortes bewusst konzentriert. Aus dem gleichen Grund gelingen Buchstabieren und Schreiben am Computer besser, weil das Kind sich hierbei nur auf die Reihenfolge der Buchstaben konzentriert und diese nicht selbst schreiben muss.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es sich beim AD(H)S mit Lese-Rechtschreibschwäche um eine Informationsverarbeitungsstörung verschiedener Bereiche handelt verbunden mit nicht ausreichender Konzentration und Daueraufmerksamkeit und Schwierigkeiten in der visuomotorischen Umsetzung. Lautzeichen (Phoneme) können nicht automatisch in die richtigen Schriftzeichen (Grapheme) transformiert werden. Die Ursache ist eine schlechte Automatisierung in der Informationsverarbeitung durch Reizüberflutung und Botenstoffmangel mit unzureichender Ausbildung von Gedächtnisbahnen. Diese sind für die Weiterleitung von Informationen und für die Zusammenarbeit zwischen dem Kurzzeitgedächtnis und den entsprechenden Zentren im Gehirn verantwortlich. Wobei die Qualität der Gehirnzentren von der dort vorhandenen Anzahl hoch spezialisierter Nervenzellen abhängt. Die Anlage dieser Zentren und das Einwandern der Nervenzellen dorthin erfolgt schon in der Schwanger-

schaft und werden genetisch gesteuert. Ebenso wie AD(H)S ist die familiäre Häufung von Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche durch Vererbung bedingt.

Frühförderung noch weit vor der Einschulung könnte mögliche Defizite ausgleichen, wenn sie zu diesem Zeitpunkt schon bekannt wären. Deshalb hat die Frühförderung so große Bedeutung und das gilt nicht nur für Kinder mit AD(H)S-Veranlagung.

Frühförderung bedeutet Ausbildung der für das Lernen so wichtigen Gedächtnisbalken. Deren Anlage erfolgt bereits vor der Einschulung und ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für Schulreife.

Durch Verbesserung der Reizfilterung und dem Ausgleich von Botenstoffmangel wird die Bildung der Gedächtnisbahnen verbessert. Bei schwerer Beeinträchtigung des Kindes könnte das schon vor der Einschulung notwendig sein, damit es nicht vom ersten Schultag an im Leistungs- und Verhaltensvermögen überfordert wird. Hier ist eine gezielte Förderung durch Ergotherapeuten unbedingt nötig, die sich in der AD(H)S-Problematik auskennen und sie beurteilen können, wenn Üben allein nicht ausreicht, da sonst das Selbstwertgefühl des Kindes zu leiden beginnt.

Das Selbstwertgefühl des Kindes kann nämlich schon vor der Einschulung so beeinträchtigt sein, dass das Kind Angst vor der Schule bekommt, weil es spürt, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein. Das sollte von den Eltern und Erziehern nicht übersehen werden. Eine Zurückstufung in den Kindergarten oder der Besuch der Vorschule sollte bei Kindern mit einer ausgeprägten AD(H)S-Symptomatik immer von einer ursachenbezogenen und multimodalen Behandlung begleitet werden. Bei Vorschulkindern mit guter Intelligenz und großem Lernwillen bringt ein Verschieben der Einschulung meist keinen Gewinn für die Gesamtentwicklung. Diese Kinder sollten von AD(H)S-Spezialisten als Ausnahme auch bereits vor dem 6. Lebensjahr behandelt werden. Für diese Altersgruppe wäre dann die Gabe von Amphetaminsaft zu erwä-

gen. Es liegen für seine Anwendung bereits internationale Erfahrungen vor. Aber Medikamente sollten erst verabreicht werden, wenn ausreichendes und gezieltes Üben keine wesentliche Verbesserung bringen sowie Entwicklung und Schulerfolg gefährdet sind.

Wichtig wäre eine Verbesserung der Qualität und Quantität bei der Frühförderung aller Kinder, um mögliche Defizite sich schon vor der Einschulung zu erkennen.

Eine AD(H)S-bedingte Rechtschreib- oder Rechenschwäche kann schon vor der Einschulung diagnostiziert werden an Hand einer Summe von Defiziten in der Informationsverarbeitung, wie motorische, kognitive, visuomotorische, auditive oder emotionale, die für das Erlernen des Schreibens und Rechnens unbedingt erforderlich sind. Dabei muss speziell mit diesen auffälligen Kindern geübt werden, möglichst spielerisch und unter Einbeziehung ihrer Eltern. Der dabei erbrachte Lernzuwachs entscheidet, ob noch weitere Maßnahmen erforderlich sind. Nach dessen Ursache sollte professionell gesucht werden.

### **Einige Therapieempfehlungen für Kinder und Jugendliche mit AD(H)S-bedingter Lese-Rechtschreibschwäche:**

Eine ausführliche Diagnostik mit möglichst vor der Einschulung beginnendem gezielten Üben zur Besserung vorhandener Defizite in der Informationsverarbeitung sind wichtige Voraussetzungen.

Beim Schreibenlernen dem Kind von Anfang an zeigen, wie die Wörter richtig geschrieben werden und warum man sie so schreibt.

Das in manche Schulen praktizierte lautgetreue Schreibenlernen, so wie es vom Kind gehört wird und ohne nachzudenken ist unbedingt zu vermeiden. Es verstärkt später die Rechtschreibproblematik und verschlechtert deren Prognose.

Jedes Kind sollte von Anfang an lernen, die Wörter richtig zu schreiben, denn Schreiben und Wortbild müssen abrufbar abgespeichert und das Denken beim Schreiben automatisiert werden.

Wird in den ersten Klassen bewusst

kein Wert auf richtiges Schreiben der Wörter gelegt, kann sich das Wortbildgedächtnis nur ungenügend und sehr viel schwerer ausbilden.

Es sollten regelmäßig der Klassenstufe entsprechend täglich Diktate geschrieben werden, die immer nur 5 Minuten dauern; das Kind soll lernen, beim Schreiben eines jeden Wortes nachzudenken: Ob es groß oder klein geschrieben wird, wie sein Wortstamm ist und ob Vor- oder Nachsilben im Wortbild sind.

Dieses Diktat wird an mehreren Tagen hintereinander geschrieben, bis das Kind 0 Fehler hat. Dann wird ein anderes geschrieben.

Das setzt Motivation, Struktur, Konsequenz von beiden voraus, bringt aber Erfolg, was sich in der Praxis immer wieder beweist.

### **AD(H)S-bedingte Leseschwäche:**

Bei der Diagnostik spielt hier der Ausschluss einer Dysbalance in der Muskulatur der Augen bei der Blicksteuerung eine besondere Rolle. Die Untersuchung dafür wird noch immer von zu wenigen Augenärzten und Sehschulen durchgeführt.

Zum Erlernen des flüssigen, korrekten und vorausschauenden Lesens ist ein tägliches Training von mindestens 5 Minuten, je nach Alter, erforderlich. Hierbei soll ein Text mit etwas größerer Schrift dreimal hintereinander laut gelesen werden. Wortbildgedächtnis, Lesegeschwindigkeit und Umstellungsfähigkeit werden dabei trainiert. Anschließend das Gelesene kurz inhaltlich wiedergeben.

Bei ausbleibendem Erfolg trotz Übens nach Ursachen fahnden. Bei schwerer Störung in der Informationsverarbeitung ist gegebenenfalls eine medikamentöse Behandlung zu erwägen, die aber immer mit einem kontinuierlichen Lese- oder Rechtschreibtraining kombiniert werden sollte. Manchmal ist eine Behandlung der AD(H)S-bedingten Teilleistungsstörungen mit Stimulanzien erforderlich, damit sich der Erfolg in Schulnoten zeigt. Schulerfolg motiviert, stärkt das Selbstbewusstsein und verhindert Folgeschäden.

Manches Kind mit einem AD(H)S benötigt eine Behandlung mit Sti-

mulanzen, damit es sich so entwickeln kann, wie es seinen Fähigkeiten und seiner Intelligenz entspricht.

## AD(H)S-bedingte Rechenschwäche

**Hierbei ist der Zahlenbegriff vorhanden, aber die Rechenwege werden immer wieder vergessen und das Rechnen wird nur sehr erschwert automatisiert. Das im Rechenzentrum abgespeicherte Wissen ist dabei zu langsam und nur ungenau wieder abrufbar.**

AD(H)S und Rechenschwäche können in dieser Kombination vererbt werden. Selbst Erwachsene haben dann immer noch Probleme mit dem Kopfrechnen. Einfaches Bruch- und Prozentrechnen können sie nicht mehr. Das Einmaleins ist noch verfügbar, es wurde auswendig gelernt und Auswendiglernen erfolgt über andere Gehirnstrukturen. So können viele Kinder und Jugendliche mit AD(H)S sehr schnell, viel und in kurzer Zeit auswendig lernen, was aber auch bald wieder vergessen wird.

**Frühsymptom einer Rechenschwäche**, der Mengenbegriff, das Erfassen einer Menge unter 10, ohne zu zählen, gelingt nicht, was auch vor der Einschulung nicht geübt wurde. Ein 6jähriges Kind sollte die Menge 6 ohne zu zählen erfassen, bis 10 vorwärts und rückwärts zählen können.

Die ersten Symptome der Rechenschwäche ergeben sich beim Kopfrechnen und dort beim Subtrahieren mit Zehnerüberschreitung. Die Aufgaben müssen von Anfang an immer wieder geübt werden, damit sich der Rechenweg automatisiert. Das farbige Schreiben der Aufgaben auf Kärtchen erleichtert das Lernen, da diese Kinder über ein gutes visuelles Gedächtnis verfügen.

Das Lösen von Textaufgaben bereitet Schwierigkeiten; wegen Reizüberflutung ist konvergentes, auf die Fragestellung zentriertes Denken erschwert.

Inwieweit die Summe möglicher Defizite bei der schulischen Anforderung an Konzentration, Daueraufmerksamkeit, an fein- und graphomotorischen Fähigkeiten, an Ver-

haltenssteuerung, an Merkfähigkeit, an strategischer Kompetenz zur Problemlösung, an auditiver und visuo-motorischer Wahrnehmung zur Dekompensation und damit zu Teilleistungsstörungen führen, entscheiden beim AD(H)S-Kind:

- I seine Intelligenz,
- I die Schwere des Betroffenseins,
- I das Verständnis des sozialen Umfeldes,
- I die Höhe der Anforderungen und
- I seine psychische Stabilität

In den letzten Jahren wird immer häufiger ein Zusammenhang von AD(H)S und Lese-Rechtschreibschwäche bzw. Rechenschwäche diagnostiziert und in der Therapie berücksichtigt. Auch die in der Literatur angegebene Häufigkeit steigt kontinuierlich. Wurde sie noch vor Jahren mit 3-5 Prozent angegeben, wird jetzt ihre Häufigkeit bis zu 65 Prozent benannt, wobei das ADS ohne Hyperaktivität bisher noch viel zu selten erkannt wird. Dabei ist das AD(H)S Ursache von Teilleistungsstörungen und nicht deren Folge, wie es von manchen Autoren noch vermutet wird.

## AD(H)S mit Teilleistungsstörungen und deren Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes

Unter Teilleistungsstörungen verstehen wir Beeinträchtigungen des Lern- und Leistungsverhaltens infolge umschriebener Funktionsstörungen bei sonst ungestörter körperlicher und geistiger Funktionsfähigkeit und einer intellektuellen Ausstattung, die im Normbereich oder darüber liegt.

Aus einer Summe dieser Funktionsstörungen kann es beim ADS-Kind zum Leistungsversagen in der Schule kommen in Form einer Lese-Rechtschreibschwäche oder/und einer Rechenschwäche. Wobei ADS-Kinder zu Beginn der Schulzeit zunächst hoch motiviert sind, bald aber besonders in schriftlichen Leistungen, im Verhalten, in der sozialen Integration und in der Daueraufmerksamkeit deutlich auffällig werden.

Alle gut gemeinten Ratschläge, wie still sitzen, nicht stören, nicht zappeln, nicht dazwischen rufen, nicht träumen, nichts vergessen, bes-

ser schreiben, die Linien einhalten, andere nicht ärgern, sich nicht ablenken lassen usw. würden diese Kinder gern befolgen, wenn sie es nur könnten. So wird die Schule für sie zum Alptraum, sie beginnen an sich und ihren Fähigkeiten zu zweifeln.

Hyperaktive Kinder reagieren infolge ihrer inneren Verunsicherung aggressiv und beginnen den Unterricht zu stören. Sie reagieren sich nach außen ab, dabei geben sie meist anderen die Schuld an ihrem Verhalten.

Viel mehr leiden die „hypoaktiven“ Kinder, sie sind introvertiert, suchen die Schuld bei sich und ziehen sich zurück. Sie entwickeln Ängste und begeben sich dank ihrer guten Phantasie in eine Traumwelt. Mit Hilfe der Phantasie geben sie den Ereignissen, auch den traumatisierenden, nachträglich einen Sinn. Somit hat das Abgleiten ins Träumen eine zentrale Funktion in der Erlebnisverarbeitung und wird zum Wirkungsort der inneren „stummen“ Abwehr. Die Kinder „schalten ab“ und gehen eigenen Gedanken nach. So können sie mit Hilfe ihrer Phantasie negative Erlebnisse ins Positive umkehren und damit entschärfen.

Lehrer, Kind und seine Eltern merken bald: „Üben allein hilft nicht“. Zu Hause wird der Schulstoff oder das Diktat gekonnt, in der Schule versagt das Kind. Es setzt sich selbst so sehr unter Druck, dass gar nichts mehr geht infolge seiner geringer emotionalen Belastbarkeit.

## Therapeutische Strategien beim AD(H)S mit Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche

Diesen Kindern kann erfolgreich geholfen werden, vorausgesetzt, sie sind motiviert für ein individuelles multimodales Therapieprogramm. Zuerst müssen dafür alle verfügbaren Ressourcen ausgeschöpft werden, um dann durch Gabe von Stimulanzen verbunden mit lern- und verhaltenstherapeutischer Begleitung erfolgreicher üben zu können. Das Kind bekommt wieder Freude am Üben, der erlebte Erfolg motiviert. Oft ist es anfangs gar nicht zu bremsen mit seiner neu gewonnenen Fähigkeit zum erfolgreichen Lernen. Es beginnt wieder gern in die Schule zu gehen, es fühlt sich

dem Versagen nicht mehr so hilflos ausgesetzt.

Natürlich macht die Tablette allein nur wenig, aber das Kind spürt jetzt erstmalig, was ich gelernt habe, das kann ich auch am nächsten Tag noch. So äußern es die Kinder immer wieder und die Noten bestätigen es ihnen.

Die Stimulanzientherapie beim AD(H)S-Kind ist kein Mittel gegen Rechtschreib- oder Rechenschwäche, aber die Kinder können dadurch ihre vorhandenen Fähigkeiten für den Lernprozess wirkungsvoll einsetzen. Ihnen steht das zur Verfügung, was ohne Medikament nicht genutzt werden konnte und worüber alle anderen Klassenkameraden frei verfügen können.

Mittels Übungs- und Trainingsprogrammen kann das Kind jetzt seine Defizite beseitigen und ein positives Selbstwertgefühl aufbauen.

Erst nach Gabe der Medikamente ist manches Kind und mancher Jugendliche in der Lage beim täglichen Schreibtraining bis zum Ende des Diktates nachzudenken und nicht nur bei den ersten drei Zeilen.

Eine gut geführte Therapie verbessert nicht nur die oft beträchtliche, durch Teilleistungsstörungen bedingte aktuelle Symptomatik, sondern verhindert auch Spätschäden, deren Behandlung um ein vielfaches teurer und nicht mehr so erfolgreich ist.

## Beispiele aus der Praxis:

**Martin**, ein intelligenter Junge mit ADS, Rechtschreib- und Rechenschwäche am Ende der 2. Klasse. Er soll die Klasse wiederholen. Eine Rückversetzung in die erste Klasse wollten Martin und seine Eltern nicht. Er sei sonst sehr pfiffig und kann zu Hause besser schreiben und rechnen als in der Schule. Dort ist er eifrig, aber viel zu lebhaft, vergesslich, er kann sich schlecht an Regeln halten und hat eine krakelige Schrift.

Die Diktate vor und nach Behandlungsbeginn und seine Rechenleistungen während dieser Zeit zeigen einen großen Fortschritt nach der Behandlung, was auch zu einer Verbesserung seines seelischen Wohlbefindens und seines Selbstwertgefüh-

les führte. Er brauchte schließlich die Klasse nicht wiederholen.

Demzufolge zeigen sich immer wieder große Unterschiede im Ergebnis von sonderpädagogischen Maßnahmen bei ADS-Kindern mit und ohne Behandlung des ADS.

**Thomas**, am Ende der 3. Klasse. Seit der ersten Klasse hat er Probleme beim Schreiben- und Lesenlernen. Er verfügt über eine überdurchschnittliche Intelligenz (HAWIK IQ = 126) bei einem ADS ohne Hyperaktivität.

Der Diagnostische Rechtschreibtest DRT 3 (05.07.00) ergab einen PR 9 (PR = Prozentrang 9 beim durchschnittlichen Wert von Prozentrang 50), danach Förderunterricht in einem Legasthenerinstitut ohne wesentliche Besserung. Eine Behandlung des AD(H)S mit Medikamenten wurde von der Mutter abgelehnt.

Erneute Vorstellung im Januar 2001, jetzt besucht er die 4. Klasse, obwohl er eine Befreiung von der Diktatnote hat, geht er nicht gern in die Schule und klagt über Alpträume. Die Kontrolle des Rechtschreibtestes ergab PR = 7, danach Intensivierung des Rechtschreibtrainings, trotzdem im September 2001 weiterhin PR 7 im Rechtschreibtest (WRT4/5).

**Susanne**, besucht jetzt die 4. Klasse und soll sie wiederholen, da sie oft wegen Krankheit in der Schule fehlte (Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit, Schwindel und Brechreiz). Anfangs ging sie mit Begeisterung in die Schule. Seit der 2. Klasse hatte sie zunehmend Probleme im Lesen und Schreiben, deshalb bekam sie sonderpädagogischen Förderunterricht seit Herbst 99. Bei ihrer guten Intelligenz übte sie anfangs fleißig, als aber der Erfolg ausblieb, zeigte sie immer häufiger eine Verweigerungshaltung. Die Rechtschreibtests ergaben folgende Werte:

Am 01.02.00: PR 13, am 13.04.00: PR 23 und am 08.01.01: PR 14 bei deutlich beeinträchtigter Leseleistung. Das Selbstwertgefühl und das Vertrauen in das eigene Können sind bei Susanne kaum noch vorhanden, obwohl sie neben einer Rechtschreibförderung von zweimal je Woche noch eine Psychotherapie bekommt.

Dagegen der Therapieverlauf eines hypoaktiven ADS-Kindes mit Rechtschreibschwäche bei einem gleich guten IQ wie Susanne und ebenfalls Besuch der 4. Klasse:

DRT 3 (06.10.98): PR 1. Danach Behandlungsbeginn des ADS, aber keine sonderpädagogische Förderung, sondern nur eine konsequente Förderung durch die Eltern: WRT 4/5 (05.01.99): PR 11, WRT 4/5 (01.02.00): PR 47, WRT 6+ (15.01.01, ohne Medikamenteneinnahme): PR 47, Kontrolle unter Stimulanzgabe (06.02.01): PR 54. Außerdem besteht bei dem Mädchen ein gestörtes dynamisches Binokularesehen, das sie durch leichte Kopfschiefhaltung kompensiert. Das neurologisch nachgewiesene zeitweilige „Doppelbildsehen“ beeinträchtigte natürlich die Schreib- und Leseleistung noch zusätzlich.

**Simon** besucht die 3. Klasse, er hat Probleme im Rechnen und Schreiben, lesen mag er auch nicht so gern. Er klagt oft über Kopfschmerzen, Alpträume und nässt noch immer nachts ein. Als Ursache fand sich ein ADS mit ausgeprägter auditiver und visuomotorischer Wahrnehmungsstörung. Seine Intelligenz lag im HAWIK-IQ bei 97 mit einer großen Differenz zwischen dem Verbal- und Handlungsteil. Ein typischer Befund bei AD(H)S. Sein Rechtschreibtest DRT 2 (27.09.00) ergab PR 7. Trotz intensiven Übens keine Besserung, deshalb Behandlung des ADS seit dem 01.02.01 mit Stimulanzien. DRT 3 (15.03.01): PR 50.

Bei ADS-Kindern beobachtet man immer wieder, wie mit Steigerung der Anforderungen die schulischen Leistungen nachlassen. Das ist einfach zu erklären: Je geringer die Anforderungen und natürlich je besser ihre intellektuelle Ausstattung ist, umso besser können die Defizite in der Konzentration, der Wahrnehmung und Merkfähigkeit kompensiert werden. Bei manchen AD(H)S-Kindern werden die ersten Probleme in der Schule von den Außenstehenden erst in den höheren Klassen bemerkt.

So auch die Rechtschreibschwäche bei **Julia**, die in der 4. Klasse im Diktat trotz täglichen Übens nur noch

schlechte Noten schrieb. Gleich nach der Einschulung wurde ein ADS ohne Hyperaktivität diagnostiziert. Sie hatte eine schlechte Schrift und machte stundenlang Hausaufgaben, d. h. sie machte zwischendurch lange nichts, träumte einfach vor sich hin. Sie schrieb und las nicht gern. Was Spaß machte, ging ihr flink von der Hand. Bei ihrer guten Intelligenz waren die schulischen Leistungen zunächst gut. Der Rechtschreibtest in der 2. Klasse lag mit einem PR von 83 weit über dem Durchschnitt. Am Anfang der 3. Klasse ergab die Rechtschreibleistung schon einen Wert weit unter dem Klassendurchschnitt, ihre Diktatnoten lagen zwischen 3 und 5. Sie bekam Nachhilfeunterricht, trotzdem wurde die Rechtschreibung schlechter. Am Ende der 3. Klasse lag der PR im Rechtschreibtest nur noch bei 15 und Julia wollte auch nicht mehr üben. Jetzt entschlossen sich die Eltern für eine medikamentöse Therapie des ADS. Das Üben wurde nun erfolgreicher, die Noten besserten sich, das Mädchen hatte wieder Freude an der Schule und am Lernen.

Der Schweregrad der Rechtschreibschwäche (im Rechtschreibtest in Prozent angegeben), steht im Verhältnis zur Intelligenz des Kindes. Das wird berücksichtigt durch die so genannte T-Wert-Differenz. Hier wird vom erreichten T-Wert im HAWIK-Verbalteil der T-Wert aus dem Rechtschreibtest abgezogen, was die T-Wert-Differenz ergibt. Sie ist letztlich ein Maßstab für die Schwere der Rechtschreibschwäche in Beziehung zur Intelligenz gesetzt.

### Zusammenfassung:

Wer glaubt, es gäbe Tabletten gegen Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche, der irrt gewaltig. Die Tabletten ermöglichen den AD(H)S-Kindern nur, dass sie erfolgreicher üben können, wenn sie es denn auch wirklich tun. Diese Kinder und Jugendlichen müssen erst lernen, beim Schreiben und Rechnen konzentriert nachzudenken, was ihnen vor der Behandlung nicht möglich war. Sie müssen leise das Wort mitsprechen, das sie gerade schreiben und dabei denken:

- ▮ Wird es groß oder klein geschrie-

ben? Was ist es für ein Wort?

- ▮ Welcher Wortstamm liegt vor? Mehrzahl bilden und auf Doppel-laute achten!
- ▮ Kommen Vor- oder Nachsilben vor? Die sollte das Kind in der Schreibweise beherrschen.
- ▮ Dieses Denken muss sich automatisieren, d.h. unbewusst, schnell und zuverlässig ablaufen. Die dazu nötigen Gedächtnisbahnen bilden sich durch ständiges Üben. Medikamente wirken nur unterstützend.

Dieses gezielte Nachdenken, bei verbesserter Wahrnehmung und Merkfähigkeit verbunden mit Motivation und innerem Sprechen führen mittels täglich kleiner Übungseinheiten zur bleibenden Verbesserung in der Rechtschreibung. Leider bedarf es dazu Zeit. Manchmal sind mehrere Monate erforderlich bis das Gehirn die dazu nötigen Strukturen neu angelegt und ausgebaut hat. Bei guter Mitarbeit kann man dem AD(H)S-Kind entsprechend seiner Intelligenz zu einem spürbaren Lernerfolg verhelfen. Wichtig sind dabei seine aktive Mitarbeit und die seiner Eltern.

Die Therapie ist umso erfolgreicher, je früher sie beginnt. Dabei sollte die Behandlung des AD(H)S mit einem leitlinienorientierten multimodalen Therapiekonzept erfolgen. Eine Behandlung mit Stimulanzien ist an feste Kriterien gebunden und steht keinesfalls an erster Stelle. Jedoch sollte sie keinem Kind vorenthalten werden, nachdem alle anderen Ressourcen ausgeschöpft wurden. Kinder mit Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche sollten auf Vorliegen eines AD(H)S untersucht werden, um schweren therapieresistenten psychosomatischen Beschwerden, Selbstwertkrisen mit Schulversagen, Störungen des Sozialverhaltens, wie Aggressivität und Verweigerungshaltung oder der Entwicklung von Angst- und Zwangsstörungen und Depressionen vorzubeugen. Durch eine frühzeitige Diagnostik verbunden mit Frühbehandlung könnten diese schweren Spätfolgen vermieden werden.

Erste Hinweise für eine später auftretende Rechtschreibschwäche sind schon im Kindergartenalter vorhanden. Eine ganz bestimmte Kombina-

tion von verschiedenen Wahrnehmungsstörungen, die schon im Kindergartenalter diagnostiziert werden könnte, hat in der Schulzeit eine Rechtschreibschwäche zur Folge. Hier müssten bereits eine qualifizierte und gezielte Förderung der betroffenen Kinder einsetzen mit Einbeziehung der Eltern und der Erzieherinnen des Kindergartens. Defizite, die sich im Leistungs- und/oder Verhaltensbereich nach der Einschulung zeigen, haben ihre Ursache in vergangenen Entwicklungsperioden. Diese konnte das Kind aus verschiedenerlei Gründen nicht erfolgreich durchlaufen. Bis etwa zum 6. Lebensjahr ist die Vernetzung der einzelnen Nervenzellen im Gehirn noch nicht abgeschlossen, so dass bis zu diesem Zeitpunkt Defizite durch gezieltes Üben viel schneller und erfolgreicher ausgeglichen werden können. Deshalb sollten zum Erlangen der Schulreife und bei der Vorbereitung der Kinder auf die Schule viel mehr die Erzieherinnen des Kindergartens und die Eltern einbezogen und gefordert werden. Eine Aufgabe, die noch vor uns steht, die der Mitarbeit vieler und des Umdenkens einiger bedarf. ←

Dreierlei Wege  
klug zu handeln:

Durch Nachdenken,  
ist der Edelste.

Durch Nachahmen,  
ist der Leichteste.

Durch Erfahrung,  
ist der Bitterste.

*Konfuzius*

# ADHS und Ko – Zwangsmernkmale und Tic-Störungen

## Behandlungsmöglichkeiten – Teil 2\*

Aribert Rothenberger



Prof. Dr. med. Aribert  
Rothenberger  
Kinder- und Jugend-  
psychiatrie  
Universitätsklinik Göt-  
tingen

### 1. Neurobiologischer Zusammenhang

Obwohl die genaue Art und Weise der neurobiologischen Hintergründe bei Tic-Störungen noch unbekannt ist, sprechen eine Reihe von Befunden für Auffälligkeiten im Bereich der Basalganglien, einer Ansammlung von Nervenzellen in tieferen Regionen des Gehirns. Insbesondere ein spezieller Teil dieser Basalganglien, nämlich das sogenannte Putamen, scheint betroffen. Auch bei anderen Bewegungsstörungen (z.B. der Chorea, auch Veitstanz genannt) finden wir Hinweise auf eine Dysfunktion der Basalganglien. Weitere Unterstützung für die Annahme einer Störung in diesem Bereich beim Tourette-Syndrom ergibt sich aus manchen klinischen Befunden, die am besten durch die Tatsache erklärt werden können, dass sich in den Basalganglien reichlich Empfängerstellen (Rezeptoren) des zentralnervösen Botenstoffes (Neurotransmitter) Dopamin befinden. So ist es möglich, durch Medikamente, die solche Empfängerstellen blockieren, die Tics zu lindern. Auf der anderen Seite gibt es Medikamente, die das Dopamin aktivieren und dadurch Tics auslösen oder verstärken können.

Mittlerweile gibt es aber auch Hinweise darauf, dass Zwangsmernkmale ebenfalls mit einer Störung der Basalganglien (hier eher im Nucleus caudatus) verbunden sein können. So wurden Zwangspänomene auch bei anderen Bewegungsstörungen berichtet (z.B. Chorea). Zudem gibt es zum einen eine hohe Konzentration von Rezeptoren eines anderen Neurotransmitters, nämlich dem Serotonin, im Bereich der Basalganglien gesunder Gehirne und weiterhin bewirkt die erfolgreiche Behandlung von Zwangspänomenen mit Medikamenten, die die Serotonin-Wiederaufnahme im Bereich der Rezeptoren hemmen, offenbar eine Ten-

denz zur Normalisierung des gestörten Gehirnstoffwechsels in diesem Bereich.

Die Basalganglien müssen als Teil von Regelkreisen gesehen werden, die vorrangig für die Koordination von Bewegungen, aber auch zur Steuerung von Gefühlen und Denken nötig sind. Aufgrund der Beteiligung der Basalganglien bei beiden oben genannten Störungsbildern darf man annehmen, dass der Regelkreis für Motorik einerseits (hier im Rahmen der Tic-Störung zu verstehen) und der Emotionen andererseits (hier in Verbindung mit den Zwangsmernkmalen zu sehen) eine enge funktionelle Nachbarschaft aufweisen.

Im Sinne eines Kontinuums der Symptomatik könnte es daher so sein, dass für motorische und vokale Tics in erster Linie der motorische Regelkreis betroffen ist, bei Hinzutreten von sensorischen Wahrnehmungen vor den Tics ein Übergreifen auf den sensomotorischen Regelkreis Platz greift. Wenn schließlich die Empfindungen eines Dranges oder eines Zwangsgedankens die Situation verschärfen, so muss man mit einer Beteiligung eines weiteren Regelkreises rechnen. Wie dies im einzelnen geschieht und welche direkten bzw. indirekten Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Regelkreisen stattfinden, bleibt zur Beantwortung weiterer Forschung vorbehalten.

### 2. Medikamentöse Behandlung

Auf der Suche nach einem neurobiologischen Hintergrund für Tic-Störungen und Zwangspänomene wird man trotz der berichteten Nähe rasch auf die Unterschiedlichkeiten aufmerksam. Hinsichtlich der neurochemischen Substrate werden bei den Tic-Störungen in erster Linie dopaminerge Mechanismen im Vordergrund gesehen, während bei Zwangspänomenen serotoninerge

Mechanismen offenbar die Hauptrolle spielen. Mittlerweile gibt es aber Hinweise darauf, dass beide Neurotransmittersysteme bei beiden Erkrankungen (allerdings mit jeweils unterschiedlicher Bedeutung) eingebunden sind. Dies spiegelt sich in der medikamentösen Behandlung wider.

Bei Tic-Störungen werden in erster Linie Medikamente verabreicht, die die sogenannten Dopamin-2-Rezeptoren blockieren. Reicht diese Behandlung aber nicht aus, so werden in Ergänzung Medikamente verwendet, die die Wiederaufnahme von Serotonin im synaptischen Spalt (Kontaktstelle zwischen Nervenzellen) hemmen. Werden Zwangspänomene in Verbindung mit einer Tic-Störung beobachtet, so käme daher zuerst der Einsatz der Substanz Sulpirid in Frage. Sollte diese Medikation nicht ausreichen, wäre an eine Kombinationsbehandlung von Tia-  
prid plus Clomipramin oder Pimozide plus Clomipramin oder auch Pimozide mit Fluvoxamin beziehungsweise Fluoxetin zu denken. Die passende Dosierung über den Tag zu finden und auch seltene Nebenwirkungen zu beachten sowie der Medikation im Gesamtbehandlungsplan der vorliegenden Störung den richtigen Stellenwert zu geben, bedarf es einer langjährigen ärztlichen Erfahrung im Umgang mit der hier besprochenen Problematik.

### 3. Verhaltenstherapie

Zwangspänomene lassen sich lerntheoretisch als konditionierte Vermeidungsstrategien mit vorwiegend angstreduzierender Funktion erklären. Ein solcher Zusammenhang ist bei Tic-Störungen allerdings nur selten festzustellen. Eher kann eine Muskelverspannung sowie eine erhöhte innere Anspannung mit aggressiven Impulsen aber ohne Angstkomponente registriert werden. Häufig besteht bei „reinen“ Zwangspänomenen

\* Der erste Teil dieses Beitrages ist in der Ausgabe 76 **neue AKZENTE** erschienen.

(vielfach geprägt von Vermeidungs- und Sauberkeitsritualen, während dies bei Tic-Störungen eher selten vorkommt) ein Defizit an selbstgesteuerten und an Lust betontem Verhalten bei einem Übergewicht von Gewohnheitshandlungen und eine erhöhte Angst vor Kontrollverlust und Unsicherheit. Psychotherapeutisch werden zur Verbesserung der Selbststeuerungsfunktionen und zur Angstreduktion familienzentrierte Interventionen sowie Verfahren der Reizexposition plus Reaktionsverhinderung eingesetzt. Ziel ist, dass durch die hinreichend lange Konfrontation mit den Angst und Zwang auslösenden Stimuli (Reizen) die Angst als unbegründet erlebt und reduziert wird.

Das Training der Selbstbeobachtung und -wahrnehmung ist sowohl für die Diagnostik und Therapie der Tic-Störungen als auch für die Diagnostik und Therapiekontrolle bei Zwangsstörungen einsetzbar. Wenn Zwangssphänomene und Tic-Störungen gemeinsam vorliegen, können daher die Patienten doppelt profitieren. Allerdings können Selbstbeobachtungstechniken eine Zwangssymptomatik auch verstärken, wenn durch die mit der Selbstbeobachtung der Symptomatik verbundene Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Symptome, die Intensität der Angst, der inneren Anspannung und der Unruhe ansteigt, weil die Symptome unter Umständen vermehrte subjektive Bedeutsamkeit erlangen. Bei einigen Patienten mit der kombinierten Störung ist daher Ablenkung hilfreicher als Selbstbeobachtung.

Bei gleichzeitigem Vorliegen von Zwangsmerkmalen und Tics sollte ein weiterer Schwerpunkt auf das Einüben von Entspannungstechniken gelegt werden. Entspannungstraining hilft nicht nur, die Angst bei der Zwangssymptomatik zu reduzieren, es trägt auch durch Stressreduktion dazu bei, dass die Tics etwas weniger ausgeprägt werden.

Auch das Wirkungsprinzip der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen, nämlich die Technik der Reizexposition und der Reaktionsverhinderung, kann bei gleichzeitigem Vorliegen von Tic-Störungen gut einge-

setzt werden. Wenn ein Tic-Impuls nach einer Tic-Reaktion verlangt, so wird eine motorische Gegenantwort entwickelt, die mit der Tic-Reaktion unvereinbar ist. Damit steigen die Chancen, längerfristig zu einem Nachlassen der Tics und der Tic-Impulse zu kommen. Die Anwendung ähnlicher Techniken bei gleichzeitigem Vorkommen von Tics und Zwängen erscheint deswegen so wichtig, weil Zwangsimpulse und Tic-Impulse wie auch Zwangshandlungen und komplexe Tics oft schwer unterscheidbar sein können.

Meist tritt das volle Ausmaß der Zwangssymptomatik erst nach der Reduktion der Tics zu Tage. Wenn zur inneren Anspannung eine (bei Tic-Störungen eher seltene) Angstkomponente hinzutritt, ist die Tic-Symptomatik verhaltenstherapeutisch schlechter zu beeinflussen. Steht die Zwangssymptomatik im Vordergrund, sollte zunächst mit der Behandlung der Zwänge begonnen werden, da durch die Reduktion der mit der Zwangssymptomatik verbundenen inneren Anspannung auch die Ausprägung der Tics weniger werden kann (Stressreduktion). Man darf aber nicht überrascht sein, wenn sich die Tic-Symptomatik vorübergehend wieder deutlicher zeigt. Durch Unterlassung und Kontrolle der Zwänge können nämlich vermehrt innere Anspannungen und dadurch ein erhöhtes Stressniveau mit Neigung zu Verstärkung der Tics auftreten.

So ist von Anfang an und auch im weiteren Verlauf genau zu prüfen, ob bei einer Tic-Störung Zwangssphänomene vorliegen und/oder Zwangsmechanismen als Kontrollversuche der Tic-Symptomatik eingesetzt werden.

### Schlussfolgerung

Gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weisen Patienten mit Tic-Störungen vielfach leichte Formen von Zwangsmerkmalen auf. Umgekehrt ist es bei Patienten mit einer Zwangsstörung immer wieder zu beobachten, dass sie Tics zeigen. Es sollte daher stets die kombinierte Behandlung von Tics und Zwängen im Blick des Therapeuten bleiben. Dies vor allem des-

wegen, weil sich die Behandlung von Tics mit Dopamin-2-Rezeptoren blockierenden Substanzen durch die Zugabe eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers verbessern lässt. Ebenso können Zwangssymptome medikamentös vorteilhafter behandelt werden, wenn auch hier diese Kombination (allerdings mit dem Schwerpunkt Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) geleitet wird. Ziel sollte es sein, nicht nur eine optimale medikamentöse Abstimmung für den betroffenen Patienten zu finden, sondern auch die Möglichkeiten der Verhaltenstherapie zu nutzen, wobei ähnliche technische Prinzipien für beide Störungsbilder anwendbar sind. Die Kombination von Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung dürfte in den meisten Fällen den größten Behandlungserfolg bringen. Wenn wir schließlich noch den psychosozialen Kontext berücksichtigen, so haben wir damit die Voraussetzungen geschaffen, den Patienten und seine Familie auf guter fachlicher Basis und in seiner Ganzheit als Person zu verstehen und zu betreuen. ←

## Veranlagung zum Rauchen liegt in den Genen

*pm/red.* Bestimmte Genveränderungen erhöhen das Risiko, zum Raucher zu werden, meldet die Universität Bonn. Auf 50 bis 75 Prozent schätzen Forscher den Einfluss des Erbguts. Die Genanalyse von 4300 deutschen Rauchern und Nichtrauchern wies auf zwei Genorte hin: War das Tryptophan-Hydroxylase (TPH)-Gen 1 verändert, wurden die Träger häufiger und stärker abhängig. An einer Veränderung im TPH 2-Gen könne es liegen, dass Menschen früher anfangen zu rauchen, schreiben die Autoren (*Neuropsychology* 56, 2007, 47). TPH-Gene sind für die Serotoninproduktion wichtig. Der Botenstoff spielt bei Depressionen, Sucht- und Angsterkrankungen eine Rolle. Träger eines veränderten TPH 2-Gens seien ängstlicher als Kontrollpersonen, berichten die Forscher. Darauf sei das Rauchverhalten möglicherweise zurückzuführen.

# Zusatzstoffe begünstigen hyperaktives Verhalten bei Kindern

Renate Meyer



Das britische Medizinjournal „The Lancet“ berichtete über eine Studie, nach der künstliche Farbstoffe (Tartrazin – E102, Chinolingelb – E104, Gelborange – E110, Azorubin – E122, Cochenillerot A – E124, Allurarot – E129) sowie der Konservierungsstoff Natriumbenzoat (E211) das Risiko verstärken, hyperaktives Verhalten zu entwickeln.

Die Kinder, die Mixturen aus Konservierungs- und Farbstoffen tranken, neigten signifikant mehr zur Hyperaktivität als die Kontrollgruppe. Laut den Untersuchungen äußerte sich dies in Unruhe und Konzentrationsschwäche.

Die Ergebnisse zeigten, dass diese Wirkungen nicht nur bei Kindern mit ADHS, sondern auch in der normalen Bevölkerung auftreten.

Gemäß Mitautor Professor Jim Stevenson von der Universität Southampton reiche es nicht aus, dass Eltern entsprechende Nahrungsmittel aus dem Speiseplan nehmen, um ihre Kinder vor Hyperaktivität zu schützen: „Wir wissen, dass viele andere Einflüsse daran beteiligt sind, aber dies ist zumindest einer, den das Kind vermeiden kann.“<sup>1</sup> Auffallend in diesem Zusammenhang ist, dass für die o.g. Farbstoffe und den Konservierungsstoff Natriumbenzoat in der Literatur beschrieben wird, dass sie bei entsprechend veranlagten Menschen Pseudoallergien auslösen können, insbesondere dann, wenn bereits eine Allergie gegen Salicylsäure

und ihre Derivate besteht, denn bereits in den 70iger Jahren propagierte Feingold für verhaltensgestörte Kinder eine Diät, die frei von Zusatzstoffen und Salicylaten (Salicylate sind in Aspirin und natürlicherweise in verschiedenen Obst- und Gemüsesorten enthalten) ist.

Diese Hypothese wurde in zahlreichen Doppelblindstudien geprüft. Konsens aller Studien war, dass zwar einzelne Patienten auf Salicylate und andere Nahrungsmittelzusätze reagierten, die meisten jedoch unter dieser Diät keine Besserung erfuhren.

Aus heutiger Sicht betrachtet, weisen diese Studien jedoch einige Fehlerquellen auf. So wurden z.B. nur Sofortreaktionen getestet. Reaktionen, die erst nach Stunden oder Tagen auftraten, wurden nicht berücksichtigt, obwohl diese nach neueren Untersuchungen bei weitem überwiegen. Oder in der Mehrzahl der Studien wurde Schokolade als Trägersubstanz verwendet, obwohl Schokolade nach heutigem Wissen selber eine ADHS-Symptomatik induzieren kann (Prof. Egger et al 1985/ 1993).

Letztendlich hat sich eine Wirksamkeit von Diäten bei ADHS in Studien nur für die oligoantigene Diät (3-wöchige Basisdiät mit nachfolgender Wiedereinführungsphase) nachweisen lassen. So wurden zu Beginn der 90er Jahre durch das Bundesgesundheitsministerium zwei Studien in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse bestätigten, dass Nahrungsmittel und Nahrungsmittelzusätze Verhaltensstörungen auslösen oder verstärken können. Am häufigsten waren dies synthetische Nahrungsmittelzusätze, wie Farb- und Konservierungsstoffe. In den wenigsten Fällen waren jedoch diese Substanzen alleine involviert, sondern auch Nahrungsmittel wie Kuhmilch, Schokolade, Käse, Getreide, Ei, Zitrusfrüchte etc. (Prof. Egger et al, Broschüre der BZgA 1993).

Zudem leiden nach den Untersuchungen von Prof. Egger bis zu 70 Prozent der Kinder mit nahrungsmittelinduzierter ADHS-Symptomatik an chronisch gastrointestinalen Beschwerden (wiederkehrenden Bauchbeschwerden und/ oder Blähungen und/ oder Durchfällen, bei mehr als der Hälfte der Studienteilnehmer wurde zudem ein Lactase-Mangel festgestellt).

Im Rahmen eines multimodalen Konzeptes sollte auch an eine nahrungsmittelinduzierte ADHS-Symptomatik gedacht werden und bei Hinweisen darauf die oligoantigene Diät in Erwägung gezogen werden, auch wenn für MPH eine deutlich höhere Effizienz nachgewiesen wurde. Diese Diät stelle bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil der Kinder (die Höhe der Responderrate in der Studie wurde zwischen 10-20 Prozent angegeben) eine wirksame Behandlungsmethode dar, bei einigen sogar eine Alternative zur medikamentösen Therapie. (Prof. Schmidt et al, Broschüre der BZgA 1993).

Die aktuelle Studie zeigt, dass Zusatzstoffe hyperaktives Verhalten verstärken können, gibt aber im Gegensatz zu den Studien zur oligoantigenen Diät keine Hinweise auf die Wirksamkeit einer Auslassdiät zur Behandlung einer ADHS.

Die Ergebnisse der vom Bundesgesundheitsministerium Anfang der 90er vergebenen Forschungsaufträge wurden seinerzeit in einer Broschüre der BZgA „Die Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen“ zusammengefasst, welche nicht mehr aufgelegt wird.

Auf Wunsch besteht die Möglichkeit gegen Kostenerstattung von dieser Broschüre eine Kopie bei der Geschäftsstelle von ADHS Deutschland e.V. anzufordern.

Quellen für weitere Studien zur oligoantigenen Diät auf der Homepage von ADHS-DE (unter der Rubrik „über ADHS/ Ernährung“):  
<http://www.adhs-deutschland.de>

Britische Studie im Internet:  
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607613063/abstract>  
[http://www.precaution.org/lib/food\\_additives\\_and\\_hyperactivity.070906.pdf](http://www.precaution.org/lib/food_additives_and_hyperactivity.070906.pdf)

Zusatzstoffe im Internet:  
<http://www.zusatzstoffe-online.de/home/>  
<http://www.inform24.de/zusatz/zusatz.html>

<sup>1</sup> McCann, D., Barrett, A., Cooper, A., Crumpler, D., Dalen, L., Grimshaw, K., Kitchin, E., Lok, K., Porteous, L., Prince, E., Sonuga-Barke, E.J.S., Warner, J.O. and Stevenson, J. (2007) Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *The Lancet*. Online publication 06-09-2007 doi: 10.1016/S0140-6736(07)61306-3



## Sind Omega-3-Fettsäuren eine Alternative zu Methylphenidat? zum Beitrag in *neue AKZENTE* Nr. 76 2/2007 S.35

Bei einer ausgeprägten AD(H)S-Symptomatik gibt es zu den Stimulanzien und dem Atomoxetin zum jetzigen Zeitpunkt keine gleich gut wirksamen Alternativen.

Zu dieser Aussage komme ich nach jahrelanger Praxiserfahrung und auf Grund neurobiologischer Kenntnisse. Für diese Aussage bekomme ich auch keinerlei Vergütung von der Pharmaindustrie. Sie entspricht meiner Überzeugung und ich würde auch meinen eigenen Kindern ohne Bedenken Stimulanzien verordnen, wenn sie denn ein ausgeprägtes AD(H)S hätten.

Kinder und Jugendliche mit einem unbehandelten AD(H)S sind hochgradig gefährdet Komorbiditäten zu bekommen und das oft erst nach Jahren. Psychosomatische Erkrankungen, Allergien und Infektneigung sind bei diesen Betroffenen um ein vielfaches häufiger, denn der AD(H)S-bedingte Dauerstress schwächt das Abwehrsystem.

Das Erscheinungsbild des AD(H)S ist sehr vielschichtig, weil es sich über mindestens 15 Gene vererbt, aber auch durch individuelle Schutzfaktoren und verschiedene soziale Einflüsse wesentlich beeinflusst wird. Von zunehmender Bedeutung sind Computer-Spiele, die die Reizüberflutung des Gehirns und vor allem des Arbeitsgedächtnisses noch verstärken.

Wenn man das AD(H)S als eine neurobiologisch bedingte veränderte Steuerungsdynamik in der Informationsverarbeitung in den kognitiven, emotionalen und motorischen Bereichen mit veränderter Reaktions- und Verhaltensbildung definiert, kann eine kausale Behandlung nur bedeuten, die Informationsaufnahme und deren Verarbeitung zu verbessern. Dabei gehören selbstverständlich alle Bestandteile des multimodalen Therapieprogramms an den Anfang jeder AD(H)S-Therapie. Sind deren Möglichkeiten ausge-

schöpft, sollte eine medikamentöse Behandlung erwogen werden.

Natürlich gibt es viele AD(H)S-ähnliche Störungsbilder, die sich unter einer symptomzentrierten Therapie dauerhaft bessern. Zu diesen symptomatisch wirkenden Mitteln zähle ich auch Omega-3-Fettsäuren. In der Praxis ist mir kein Kind oder Jugendlicher bekannt, bei dem ein ausgeprägtes AD(H)S auf Dauer damit erfolgreich behandelt werden konnte. Unter einer erfolgreichen AD(H)S-Behandlung verstehe ich:

- ▮ dass sich ein positives Selbstwertgefühl entwickeln kann,
- ▮ dass eine ausreichend gute soziale Kompetenz erreicht wird,
- ▮ dass eine psychische Stabilität besteht,
- ▮ dass der Betroffene über seine individuellen Fähigkeiten verfügen kann.

Eine deutliche Verbesserung vieler Stoffwechselprozesse durch Omega-3-Fettsäuren ist sicher möglich, vorausgesetzt, es lag ein Mangel vor. Es gibt auch hierbei einen Placeboeffekt, der zu Beginn ca. 30 Prozent der zu erwartenden Wirkung ausmachen kann, was durch eine hohe Eigen- und Fremdmotivation vorübergehend noch steigerungsfähig ist. So wird mit Sicherheit bei dem oben beschriebenen Jungen, vorausgesetzt er hat ein AD(H)S, diese Symptomatik weiter bestehen bleiben, trotz vorübergehender Besserung. Aber wie lange würde bei zunehmender schulischer und sozialer Belastung sein Kompensationsvermögen noch ausreichen? Die Erfahrung zeigt immer wieder, dass viele Anhänger alternativer AD(H)S-Therapien nicht selten später noch eine Stimulanzientherapie beginnen.

Bezug nehmend auf den Artikel möchte ich noch bemerken, dass Methylphenidat kaum Nebenwirkungen macht, wenn man richtig damit umzugehen weiß. Dazu ist notwendig, dass

1. Die Diagnose stimmt
2. Der Betroffene ausreichend tagsüber isst und trinkt
3. Der Schlaf-Wach-Rhythmus im wesentlichen eingehalten wird

Es stimmt, dass Stimulanzien appetitlos machen können, was besonders bei schon immer schlecht essenden Kindern, die meist sehr mager sind, häufig vorkommt und unbedingt beachtet werden muss. Isst der Betroffene zu wenig, bekommt er Kopfschmerzen infolge Zuckermangels, denn alle Stimulanzien aktivieren den Stoffwechsel der Nervenzellen, die mehr Zucker verbrauchen, was den Blutzuckerspiegel senkt.

Es sollte auch ausreichend getrunken werden, damit das Blut flüssig genug ist, um in die kleinsten Gefäße der Gehirnzentren zu gelangen.

Die Methylphenidatwirkung hält ca. 4-12 Stunden vor, je nach verordneter Medikamentenform. Danach wird es zu 96-98 Prozent unverändert über die Nieren ausgeschieden. Nur die restlichen 2-4 Prozent werden in der Leber verstoffwechselt. Stimulanzien bewirken beim AD(H)S an sich keine Schlaflosigkeit, aber in der Rücklaufphase der Medikamentenwirkung kann es wieder zur inneren und äußeren Unruhe kommen mit teilweise erheblichen Einschlafstörungen. Deshalb sollte das Einschlafen in dieser Reboundphase unbedingt vermieden werden. Ist diese abgeklungen oder unter noch bestehender Medikamentenwirkung können Menschen mit AD(H)S meist deutlich besser einschlafen.

Atomoxetin dagegen baut einen kontinuierlichen Blutspiegel auf, es wirkt über 24 Stunden, wird in der Leber verstoffwechselt und gehört zur Gruppe der Antidepressiva.

Das in Kürze zu dem oben genannten Artikel einer Psychologin/Ärztin und Mutter, den ich im Interesse vieler Betroffener nicht unkommentiert lassen wollte und weil mir die erwähnten Studien auch bekannt sind. Hierbei wurden verhaltensauffällige Kinder ohne ärztliche AD(H)S-Diagnose von Lehrern ausgesucht und gemeinsam mit deren Eltern vor und nach der Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren in ihrem Schul- und Lernverhalten beurteilt.

Dr. Helga Simchen, Mainz

# Sind unsere Kinder kränker als früher?

## Betrachtungen aus der Sicht der Elternselbsthilfe

Myriam Menter

Vor ungefähr hundert Jahren starb noch jedes dritte Kind vor dem fünften Lebensjahr. Das ist heutzutage Gott sei Dank nicht mehr so. Aber unser Lebensumfeld hat sich in den letzten Jahrzehnten extrem verändert. Meine Kindheit war sicher anders als die, die meine drei Kinder erleben.

Die Krankheit ADHS – als Diagnose und Therapie in Deutschland seit ungefähr 30 Jahren bekannt – ist kein deutsches Problem. Quer durch Europa – egal, welches Gesellschaftssystem und welches Schulsystem man betrachtet – gibt es Eltern mit Kindern, die dasselbe Problem haben. In den letzten Jahrzehnten ist die Zahl der Diagnosen in die Höhe geschwollen, es scheint fast inflationär. Man schaut in die Zeitung und liest „hyperaktiv“ (bspw. über den neuen französischen Präsidenten Sarkozy). Heutzutage scheint jeder, der ein bisschen lebhafter ist, gleich „hyperaktiv“. Die Verallgemeinerung von ADHS ist ein zunehmendes Problem. Mit dem Wort wird oft unreflektiert umgegangen. Manchmal habe ich das Gefühl, alle Kinder, die irgendwie auffällig sind, erhalten das Label „ADHS-Kind“. Inzwischen sind 50 Prozent der Bevölkerung der Meinung, dass ADHS keine Krankheit im eigentlichen Sinne ist, eben weil so viel darunter zusammengefasst wird.

Von diesen Kindern möchte ich aber nicht sprechen. Ich möchte von den ADHS-Kindern sprechen, die eine neurobiologische Störung aufweisen. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung im medizinischen Sinne ist ein Störungsbild mit Dysfunktionen in Regelkreisen zwischen präfrontalem Kortex, parietooccipitalem Kortex, Basalganglien und Cerebellum auf dem Boden einer Transmitter-Funktionsstörung im Dopamin-System. Ebenfalls betroffen adrenerges und serotonerges System.

Die Folgen dieser Störung sind auffällig. Kinder mit ADS haben Schwie-

rigkeiten mit der Verarbeitung von Informationen, eine unzureichende automatisierte Selbstregulation und eine Störung der Impulskontrolle. Häufig sind sie auch hyperaktiv (ADHS). Diese Kinder sind von Anfang an anders. Schon die Ungeborenen im Mutterleib teilweise sehr unruhig, die Mütter können kaum schlafen. Die Säuglinge sind oftmals Schreibabys. Als Kleinkinder haben sie einen Motor, aber keine Bremse.

Eine Bekannte schildert das so:

*„Er ist 2½ Jahre alt, wir machen Morgentoilette. Er wird gewaschen. Eh ich mich versehe, hat er seinen Pullover ergriffen und taucht ihn ins Waschbecken. Ich drücke ihm die Zahnbürste in die Hand. Ich muss ihn beschäftigen, sonst beschäftigt er sich selber, und sage: „Du putzt jetzt deine Zähne, Mama holt schnell einen trockenen Pulli.“ Ich brauche keine zwei Minuten, doch als ich zurückkomme, hat er die Waschmaschine (sie ist in Betrieb) erstickt und seine Zahnbürste in den Waschmittelzugabebehälter gesteckt und kräftig nachgeschoben. Die Zahnbürste hängt zwischen Trommel und Gehäuse und die Maschine gibt mörderische Geräusche von sich. Maschine ausschalten, Pullover überstreifen, Sohnemann ins Kinderzimmer vor die Legokiste setzen („Du spielst jetzt brav!“), zurück ins Bad, Wasser abpumpen, Wäsche aus der Maschine holen, Mann anrufen: „Was soll ich tun?“ Er sagt, er kommt heim und schaut sich’s an. Zurück ins Kinderzimmer. Totales Chaos, er hat die Legokiste ausgeleert, ebenso die mit Bauklötzen und die mit den Sandsachen. Dazu die Schubfächer, in denen seine Unterwäsche und Socken sind, alles schön durchmischt am Boden. Aus den Kisten und Schubladen hat er eine Treppe gebaut, auf der hinauf er auf den Kleiderschrank klettert, um an der anderen Seite an der Kante herunter zu rutschen und rauf und runter. Er strahlt: Hat er das nicht fein gemacht? Ich packe ihn, setze ihn*

*mit samt Bilderbuch ins Bett. Er ist empört, brüllt aus Leibeskräften. Ich fange an, aus dem Chaos die Wäsche herauszuklauben. Voller Wut wirft er sein Buch aus dem Bett (es gelingt im dritten Anlauf, denn wir haben das Bett mit einem Kletterschutz versehen). Er steht im Bett. Was heißt „steht“: er hüpfet, hält sich am Kletterschutz fest und brüllt. Der Vater kommt mit Kollegen, ich zeig ihm, was passiert ist. Die Männer fangen an, die Maschine auseinander zu nehmen und „Halt uns den Jungen vom Leib“. Im Kinderzimmer verdächtige Stille, ich gehe hinein. Er hat sein Bettzeug durch den Kletterschutz hinaus auf den Boden befördert und dank des Kletterschutzes, der die Sache noch spannender macht, klettert er aus dem Bett und springt ins Bettzeug. Er hat mitbekommen, dass Papa da ist, er will dahin. Da ist Action, nicht bei Mama. Kurzer Entschluss: Wir gehen Einkaufen (Zahnbürste brauchen wir sowieso). Schlüssel, Geldbeutel in den Einkaufskorb, Kind anziehen. Blick in den Korb: Schlüssel ist weg. Er hilft eifrig suchen, ohne Erfolg. Ich zum Papa: „Mein Schlüssel ist verschwunden. Bitte mach mir auf, wenn wir wiederkommen.“ Mantel anziehen, Stiefel an – wir haben den Schlüssel gefunden. Der Weg zum SB-Markt ist aufgeblockt. Überall muss er hinauf, keine Pfütze auslassen, überall sieht und findet er was. Im Geschäft sitzt er widerwillig im Einkaufswagen. Mit einer Hand Wagen festhalten, damit er nicht herausklettert, möglichst mitten im Gang bleiben, damit er nicht an die Regale heranreicht, mit der anderen die benötigten Waren holen. Am Fleischerstand bekommt er ein Wienerle, ein Augenblick Ruhe. An der Kasse wird es schwierig. Kind fest unter den Arm klemmen, damit er nicht die Regale an der Kasse ausräumt, mit der anderen die Waren aufs Band legen und bezahlen. Großes Gebrüll untermalt von dem Kommentar der Umstehenden: „Das arme Kind, die arme Mutter, typisch antiautoritäre Erziehung, ein Klaps zur rechten Zeit.“ Diese Geschichte hat sich vor drei-*

Big Jahren zugetragen, aber es könnte auch eine Schilderung von heute sein. Diese Kinder sind immer nur in Bewegung. Spätestens wenn sie in den Kindergarten kommen, wird dies noch auffälliger, denn da besteht der Vergleich mit Kindern, die nicht diese neurobiologische Störung haben. ADHS-Kinder können sich nicht lange konzentrieren, lassen sich leicht ablenken, sind impulsiv, haben eine geringe Frustrationstoleranz, sind teilweise extrem unruhig und können in Gruppensituationen nur sehr schwer warten, an die Reihe zu kommen.

Nach Beginn der Einschulung kommt dann ein Anruf der Lehrerin, es gebe dringenden Handlungsbedarf: Die Kinder handeln spontan, ohne nachzudenken. Sie antworten, bevor Fragen vollständig gestellt werden, sie reden übermäßig viel, sie haben Schwierigkeiten, Aufträge (vollständig) auszuführen, wechseln häufig die Aktivitäten und scheinen nicht zuzuhören. Sie unterbrechen andere und drängen sich auf, können nur schwer sitzen bleiben und zappeln herum. Sie verlieren oft Gegenstände, die für die Aufgaben gebraucht werden. Mütter von Kindern mit ADHS können ein Lied davon singen, wie viel Turnschuhe, Bleistifte und sonstige Utensilien spurlos zwischen Schule und Zuhause verschwinden. Auch das Kind selbst merkt, dass es Probleme in der Schule hat. Wenn nicht vorher schon ein Arzt zu Rate gezogen worden war, wird oftmals jetzt auf Druck der Schule oder aus eigenem Leidensdruck ein Arzt aufgesucht.

**Eltern merken früh, dass mit dem Kind was nicht stimmt und suchen Hilfe. Oftmals wird das Verhalten des Kindes aber abgetan: falsche Erziehung, das wächst sich schon aus.**

Bei dem Thema ADHS sind es meist die Fachleute, die über die Betroffenen sprechen und weniger mit den Betroffenen. Nur die wenigsten sind bereit, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen.

Wir haben in Deutschland zu wenige Ärzte (in beiden betreuenden Fachgruppen: Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater), die sich mit den Symptomen und der Diagnostik von ADHS auskennen und die Eltern dementsprechend kompetent beraten. Dies hat vor allem zwei Gründe: Erstens ist es aufwendig, sich dieses Wissen anzueignen, und zweitens wird es nicht bezahlt. Die Behandlung eines ADHS-Patienten „lohnt sich nicht“, und bringt Praxen sogar in Existenzprobleme (hoher Zeitaufwand, minimale Honorierung, Regressandrohung wegen Budgetüberschreitung). Deshalb gibt es auch im Bereich der Kinder- und Jugendärzte zunehmend Nachwuchsprobleme. Junge Kollegen zeigen wenig Interesse, sich im Bereich ADHS fortzubilden oder überhaupt zu qualifizieren. Das ist natürlich ein Problem für Eltern, die lange nach einem guten Arzt suchen und diesen oftmals nicht finden. Finden sie ihn dennoch, müssen sie (wenn sie Glück haben) „nur“ sechs bis neun Monate warten, bis sie einen Termin für ein Erstgespräch bekommen.

Die Diagnostik ist aufwendig. Man kann nicht einfach Blut entnehmen oder ein Röntgenbild machen. Vielmehr gibt es Diagnosekriterien, die die Symptome beschreiben. Diese richten sich entweder nach dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV oder nach den internationalen Standards der Weltgesundheitsorganisation ICD-10. Um festzustellen, ob das Kind tatsächlich ein ADHS-Kind ist, ist eine sehr ausführliche Anamnese erforderlich. Man muss mit den Eltern sprechen, man muss Berichte aus dem Umfeld auswerten. Das Kind muss körperlich untersucht werden von Kopf bis Fuß, pädiatrisch, neurologisch, motoskopisch. Häufig sind weitere Tests erforderlich, um zu sehen, wie lange ein Kind sich konzentrieren kann, wie intelligent es ist.

Sehr wichtig ist eine Differentialdiagnostik, denn viele der typischen ADHS-Symptome können auch bei anderen Störungsbildern vorliegen, seien es Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, affektive oder Persönlichkeitsstörungen, Ticstörungen, Epilepsie, Autismus, Hirn-

verletzungen, Stoffwechselstörungen, Mangelzustände, Drogen- oder Alkoholkonsum, Über- und Unterforderung in der Schule, Lernbehinderungen, Lese- und Rechtschreibschwäche oder Dyskalkulie, aber auch sexuelle oder nicht sexuelle Gewalterfahrungen, posttraumatische Belastungsstörungen, emotionale Vernachlässigung, familiäre Probleme oder auch „lediglich“ übermäßiger Konsum von Bildschirmmedien. Ein Arzt muss also ganz genau hinschauen: Sind die Symptome wirklich Anzeichen von ADHS im medizinischen Sinne oder sind es vielmehr Ausdruck einer anderen Störung? Ist das Kind vielleicht überhaupt nicht gestört, sondern hockt einfach viel zu viel vor der Glotze bzw. vor dem Computer?

Nach der Diagnose folgen die multimodalen Therapien, für die es kein Patentrezept gibt. Im Hinblick auf eine medikamentöse Therapie von ADHS herrscht sehr viel Unkenntnis mit falschen Aussagen, beispielsweise die, dass Kinder damit ruhig gestellt werden und ihre Persönlichkeit verlieren. Sprechen Sie mit Kindern, die tatsächlich diese Störung haben und die das Medikament nehmen! Heranwachsende Jugendliche sind oft dankbar, dass dieses Medikament sie in die Lage versetzt, beispielsweise im Unterricht nicht mehr unkontrolliert hin und her zu wackeln. Es ist auch für die betroffenen Kinder nicht angenehm, sich nicht selbst steuern zu können. Das Medikament hilft ihnen, dies zu regulieren. Intelligente Kinder, die massivste Aufmerksamkeits-Konzentrationsstörungen haben, werden dadurch im Unterricht in die Lage versetzt, dem Lehrer zu folgen. Nicht jedes Kind mit ADHS braucht dieses Medikament, aber es gibt Kinder, die es dringend brauchen. Es gibt mit Sicherheit auch Falschdiagnosen durch Ärzte, die Kinder kaum angucken und ihnen einfach ein Medikament verschreiben, weil sie sich sagen: „Wenn es hilft, dann hilft es, und wenn es nicht hilft, wird es schon nicht schaden.“ Gegen eine solche Vorgehensweise wehren wir uns vehement. Wenn Sie den Beipackzettel eines solchen Medikaments lesen, wird klar, dass kein verantwortungsvoller Elternteil sei-

nem Kind ein solches Medikament ohne Not geben wird. Auf diese Eltern mit dem Finger zu zeigen und sie zu beschuldigen, sie seien unfähig, ihre Kinder zu erziehen, ist wirklich nicht angebracht.

Im Übrigen gibt es viel zu wenige Therapieplätze, und deswegen haben betroffene Eltern oftmals das Problem, dass ihren Kindern über Jahre hinweg nicht adäquat geholfen wird. Sie sehen, dass ihre klassischen Erziehungsmethoden, die bei ihren anderen Kindern wirken, hier versagen. Sie erfahren Ausgrenzung im Verwandten- oder Freundeskreis. Das ist der Punkt, an dem die Selbsthilfe ansetzt.

## ADHS ist keine Modekrankheit

Die erste Selbsthilfegruppe für ADHS-Erkrankungen hat sich vor genau 27 Jahren gegründet. Ich bin Vorstandsvorsitzende von ADHS Deutschland e.V., dem Zusammenschluss der beiden größten Selbsthilfeverbände in Deutschland (BV-AH e.V. und BV AÜK e.V.). Wir vertreten bundesweit die Interessen von 250 regionalen Gruppen, sechs Landesgruppen und über 5000 Mitgliedern. Unsere Ziele sind Erfahrungsaustausch und Hilfe zur Selbsthilfe. Man muss dafür nicht Mitglied bei uns sein, man kann einfach dazukommen und sich austauschen. Wir versuchen auch alle, die es interessiert, über ADHS zu informieren, um klar zu machen: es ist eben keine Modekrankheit.

Wir haben einen eigenen Fachverlag und geben eine Verbandszeitschrift sowie Fachbücher heraus, beispielsweise über den Umgang mit Schulproblemen. Wir haben ein kostenloses Telefonberatungsnetz aufgebaut, wo Betroffene tagsüber (und manchmal auch nachts) aus dem gesamten Bundesgebiet anrufen können. Und wir sind Teil des sich im Aufbau befindenden Zentralen ADHS-Netzes.

Wir legen Wert auf Qualität in der Selbsthilfe. Wir haben daher bereits vor zehn Jahren eine Selbstverpflichtungserklärung zur Wahrung unserer Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen unterschrieben. Des Weiteren haben wir interne Leitlinien für Regionalgruppenleiter, Aktive und Tele-

fonberater. Unsere Mitarbeiter müssen sich jedes Jahr fortbilden, und sie müssen sich umfassend informieren. Wir dulden keine Werbung, egal ob für Medikamente oder für andere Heilsversprechen. Unser jährlicher Haushalt wird im Jahresbericht von ADHS Deutschland e.V. offen gelegt. Im letzten Jahr haben wir beispielsweise Mitgliedsbeiträge in Höhe von 130.000 Euro eingenommen sowie eine Förderung durch Krankenkassen in Höhe von rd. 50.000 Euro. Zudem erhielten wir Spenden in Höhe von rd. 11.000, so gut wie ausschließlich von der Pharmaindustrie. Dieses Geld wurde ausschließlich zweckgebunden (ohne Bezug zur Pharmakotherapie) zur Verfügung gestellt.

## Nicht nur negative Seiten

ADHS-Kinder haben aber nicht nur negative Seiten, es gibt auch die positiven. Wenn diese Kinder die grundlegenden Fertigkeiten gelernt haben und ihre Nische im Leben finden, dann sind sie eine große Bereicherung für unsere Gesellschaft. Manches Mal, wenn ich im Fernsehen gewisse Persönlichkeiten sehe, dann denke ich mir schon: Der könnte durchaus auch betroffen sein. Aber diese Leute haben ihren Weg gemacht, denn all diese Schwächen haben auf der anderen Seite ihre Stärken. Wenn man den Kindern eine Chance gibt, an ihren Schwächen zu arbeiten und sie damit erwachsen werden lässt, dann haben sie auch eine gute Chance, als Erwachsene erfolgreich zu sein.

Deswegen habe ich eigentlich nur zwei Forderungen: Ich möchte endlich eine bessere Gesundheitsvorsorge für unsere Kinder, insbesondere eine flächendeckende adäquate Versorgung von ADHS-Betroffenen durch qualifizierte Ärzte. Und ich würde mich freuen, wenn wir so viel Leute wie möglich über ADHS informieren können, damit mehr Verständnis für diese Kinder vorhanden ist. Versetzen Sie sich in die Lage der Kinder, die hart an sich arbeiten und wissen, welche Defizite sie haben. Sie möchten gerne ein Teil unserer Gesellschaft sein. Wir müssen diese und andere Kinder in Deutschland mehr ernst nehmen. ←

## Kinder mit ADHS haben nicht nur in der Schule Schwierigkeiten

*Der Therapie-Erfolg ist auch an Sozialkontakten und am Selbstvertrauen zu messen*

*Berlin (gvg).* Die Wirksamkeit einer Therapie von Kindern mit ADHS wird vor allem am Erfolg in der Schule beurteilt. Für Betroffene sind aber auch Verbesserungen in ihren sozialen Beziehungen und emotionale Faktoren wie Selbstvertrauen wichtig. Gerade Eltern von Kindern mit ADHS sollten unbedingt wissen, dass Leistungsfähigkeit in der Schule nicht alles ist, sagte Professor Michael Huss von der Abteilung Kinderpsychiatrie der Universität Mainz. „Es geht auch darum, dass die Kinder glücklich sind und mit sich und ihrem Leben klar kommen“, so Huss. Um das zu erreichen, sei es wichtig, herauszufinden, wo beim einzelnen Kind – und nicht notwendigerweise bei den Eltern – der höchste Leidensdruck besteht. „Medikamentös behandelt wird nicht, wenn ein Kind unaufmerksam oder hyperaktiv ist, sondern nur dann, wenn das Kind unter den Folgen dieses Verhaltens leidet“, sagte Huss auf einer von Lilly unterstützten Veranstaltung beim DGPPN-Kongress in Berlin. Bei der Auswahl des Präparates sollte sich der Arzt von der spezifischen Problemsituation leiten lassen. Drohe ein Kind wegen seines ADHS von der Schule zu fliegen, halte er es für hilfreich, Methylphenidat zu verwenden, um einen raschen Erfolg zu haben, sagte Huss. Anders könne die Situation aussehen, wenn mehr Zeit ist. „Dann halte ich Atomoxetin für die Therapie der Wahl, gerade wenn es darum geht, dass die Kinder aktiv mit ihrem Problem umgehen sollen“, sagte die Kinderärztin Dr. Cornelia Busse. Durch Atomoxetin (Strattera®) ließen sich gerade Kinder, die in ihrem emotionalen und sozialen Verhalten eingeschränkt seien, erfolgreich und nachhaltig therapieren, so Busse. Das kann auch wissenschaftlich belegt werden, was in einer randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie nachgewiesen wurde.

*Mehr Informationen zu ADHS gibt es im Internet unter der Adresse [www.aerztezeitung.de](http://www.aerztezeitung.de)*

*Anmerkung:  
Siehe hierzu auch  
die Beiträge  
auf den Seiten 21ff.*

# Elterntraining bei ADHS und Störungen des Sozialverhaltens

Möglichkeiten für die Kinder- und Jugendärztliche Praxis

Rüdiger Penthin

Im Behandlungskonzept von **Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern** haben pädagogische Elterntrainings einen gesicherten Stellenwert (Kazdin 2000). Störungen des Sozialverhaltens treten jedoch häufig in Komorbidität zur ADHS auf. Auch in der Behandlung von Kindern mit **ADHS** (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) werden pädagogische Elterntrainings schon seit den 70er Jahren angewendet (Satterfield 1987). Im deutschsprachigen Raum wurden ebenfalls verhaltenstherapeutische Konzepte für Kinder mit ADHS entwickelt (z. B. **THOP**; Döpfner 1997), die auch ein begleitendes Elterntraining beinhalten. Die Überprüfung eines auf dem Boden dieses Therapieprogramms entwickelten Gruppenelterntrainings (10 Gruppensitzungen a 100 Min.) zeigte, dass im Verlauf dieses Trainings bei Kindern mit ADHS und Methylphenidat-Therapie im mittleren Dosisbereich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Elterntraining eine signifikante Reduktion des Hyperaktivitätsindex, der Verhaltensauffälligkeiten und der Lernschwierigkeiten im Elternurteil auftrat (Salbach 2005).

Im Rahmen der Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (**MTA-Study**) wurden u.a. auch verhaltenstherapeutische Behandlungsmaßnahmen, die ein umfangreiches

Elterngruppentraining beinhalteten, überprüft (Swanson 2001), (s. Abb. 1) Ein multimodales Therapiesystem mit verhaltenstherapeutischen Interventionen (Elterntraining, Interventionen in der Schule und kindzentrierte Problemlöse- und soziale Kompetenztrainings), regelmäßiger Beratung und gut überwachter medikamentöser Therapie wurde als das effektivste Behandlungsregime v. a. bei ADHS mit komorbider Störung des Sozialverhaltens und komorbider internalisierender Störung identifiziert (Jensen 2001).

Aktuellere Untersuchungen (**New York Montreal – Study**) zeigten jedoch, dass eine kombinierte Therapie mit Stimulantien und einer komplexen Verhaltenstherapie (incl. Elterntraining) einer isolierten hochdosierten Methylphenidat-Therapie hinsichtlich der Kernsymptome des ADHS aber auch hinsichtlich schulischen Verhaltens nicht signifikant überlegen war (Abikoff 2004, Hechtman 2004, Klein 2004). In diese Untersuchung wurden jedoch nur Kinder, die auf Methylphenidat ansprachen, aufgenommen. Die aufgenommenen Kinder wurden mit relativ hoher Dosis behandelt. Diese Ergebnisse sind somit kein Beleg dafür, dass Kinder, die nicht medikamentös behandelt oder nur mit niedrigen Dosierungen behandelt werden oder Kinder mit ausschließlichen oder zusätzlich zum ADHS vorliegenden Stö-

rungen des Sozialverhaltens nicht doch von einer begleitenden Verhaltenstherapie einschließlich Elterntraining profitieren.

Es ist außerdem zu beachten, dass multimodale Therapieformen das **langfristige** (8-9 Jahre) **Outcome**, z. B. hinsichtlich einer kriminellen Entwicklung, bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, deutlich besser zu beeinflussen scheinen als eine isolierte medikamentöse Therapie (Satterfield 1987). Elterntrainings sollten somit – neben den Verhaltens- und Konzentrationstrainings für die betroffenen Kinder – auch als wesentlicher Bestandteil des verhaltenstherapeutischen Konzeptes für Familien mit Kindern, die an einem ADHS leiden, angeboten werden.

**Inadäquate elterliche Verhaltensweisen** (überschießend hart, inkonsequent-gewährend oder vernachlässigend) können zu einer Reihe von Problemen in Bezug auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten führen (Patterson 1989, Petermann 1997): Zum einen erleben die Kinder elterliche Aggression als Vorbild für ihr eigenes Verhalten, zum anderen können sie für ihr unangemessenes Verhalten verstärkt werden, dadurch dass sie die elterliche Akzeptanz problematischen Verhaltens erleben oder dadurch dass elterliche Beschimpfungen und Drohungen als verstärkende Aufmerksamkeit empfunden werden (s. Abb.2). Kinder mit einem

Abb. 1

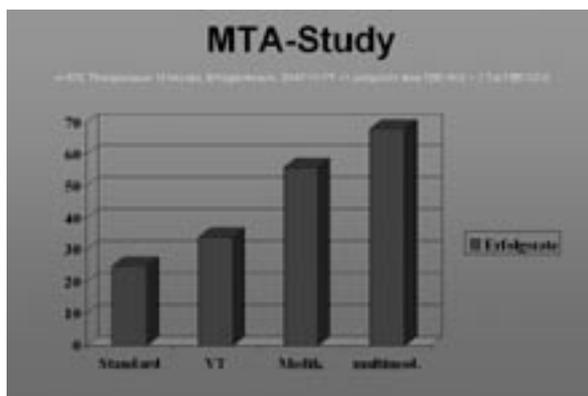
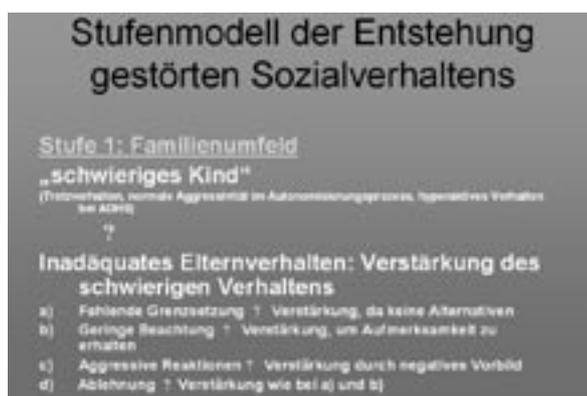


Abb. 2



ADHS zeigen häufig aggressive Verhaltensauffälligkeiten (Döpfner 1997). Somit sind die Eltern oft sehr belastet (Eisert 1993). Die Gefahr, im Rahmen der elterlichen Überforderung einen durch Aggression und überschießenden Druck geprägten Interaktionsstil zu entwickeln, der wiederum das problematische Verhalten des Kindes anheizt, ist groß (s. Abb.2). Außerdem ist zu bedenken, dass hinsichtlich der Ursache für das ADHS eine genetische Komponente zu berücksichtigen ist (Sullivan 2001). Somit muss man vermuten, dass ein **ADHS bei den Eltern** und die damit oft verbundene Impulskontrollproblematik in der Interaktion mit ihren Kindern manchmal komplizierend hinzu kommt. Sonuga-Barke et al. konnten in einer Untersuchung eindrucksvoll zeigen, dass die Effektivität eines Elterstrainings abhängig vom Ausprägungsgrad eines ADHS der teilnehmenden Mütter war (Väter wurden nicht untersucht): je ausgeprägter die mütterliche ADHS-Problematik, desto geringer waren die Effekte eines Elterstrainings (Sonuga-Barke 2002). In Familien, in denen Kinder mit einem ADHS leben, ist die Gefahr groß, dass sich ein Interaktionsstil des „Sich gegenseitig unter Druck setzen“ („coercive family model“) entwickelt (Eisert 1993). Hat sich auf dem Boden einer entsprechenden temperamentvollen, impulsivkontrollgestörten Veranlagung (z. B. durch eine ADHS) beim Kind und den dysfunktionalen, verstärkenden „Erziehungshaltungen“ bei den Eltern eine kindliche Störung des Sozialverhaltens etabliert, so kann diese auch durch ungünstige Interaktionsmuster in außerfamiliären Settings (Kin-

dergarten, Schule, Peer-Group) verstärkt werden (s. Abb.3 und 4).

**Behaviorale Elterstrainings** haben sich bewährt, diese ungünstigen elterlichen Verhaltensmuster zu verbessern (Kazdin 2000), dadurch, dass Eltern lernen ungünstige Verhaltensweisen (ständiges Schimpfen, strenge Strafe, Nichtbeachten der positiven Seiten ihres Kindes, Vernachlässigung etc.) abzubauen und funktionale Haltungen (Fokussierung der positiven Seiten des Kindes, Förderung der positiven Seiten des Kindes, Strukturierung des täglichen Miteinanders, Aufstellen von Regeln, Grenzsetzung mit fairen Mitteln etc.) aufzubauen. Die positiven Veränderungen des kindlichen Verhaltens sind jedoch vor allem dann zu erwarten, wenn die Intervention frühzeitig erfolgt, d.h. wenn sich noch keine tief greifende Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind entwickelt hat. Elterstrainings für Eltern von Jugendlichen mit problematischem Sozialverhalten sind nicht so effektiv (Patterson 1989). Somit erscheint es sinnvoll, Eltern von Kindern mit einem ADHS frühzeitig durch ein strukturiertes Elterntaining zu unterstützen.

Um möglichst vielen betroffenen Familien ein Elterntaining im Rahmen eines multimodalen Therapieprogrammes anbieten zu können, war es naheliegend zu überprüfen, ob **allgemeine Elterstrainings**, die nicht ausschließlich auf Familien mit ADHS-Problematik zugeschnitten, aber weitverbreitet verfügbar sind, ebenfalls zufriedenstellende Effekte bei Familien mit einer ADHS-Problematik zeigen.

In diesem Zusammenhang konnte im Rahmen eines **Triple-P-Elterstrainings** bei ADHS in einer australischen Untersuchung bei ca. 80 Prozent der Kinder eine Reduktion negativen Verhaltens beobachtet werden (Bor 2002). Eine eigene Studie zu dieser Frage mit der deutschen Version des Triple-P-Gruppenelterntrainings kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Sowohl bei Kindern ohne als auch mit ADHS konnte eine signifikante Besserung des Verhaltens der Kinder im Elternurteil nach einem 8-wöchigen Elterntaining eruiert werden. Ebenso konnten dysfunktionale elterliche Erziehungshaltungen wie inkonsequent-nachgiebige aber auch überreagierend-aggressive Haltungen reduziert werden. Dies gelang jedoch nicht bei allen Familien (Penthin 2005a).

Des weiteren untersuchten wir die Effektivität eines selbst entwickelten Elterntainings, welches im Buchhandel erhältlich ist (Penthin, R.: „... **Eltern sein dagegen sehr**“, Juventa-Verlag, 2004). Dieses Training greift bewährte Inhalte anderer Trainings, z. B. Triple-P (Sanders 1999, Sanders 2000) oder THOP (Döpfner 1997) auf, wurde jedoch außerdem durch ein Kommunikationstraining erweitert und durch gezielte Themensitzungen (Information zum ADHS, Medienerziehung, Freizeitgestaltung, Suchtprävention, Geschwisterkonflikte, Trennungskonflikte, entwicklungspsychologische Basisinformationen etc.) angereichert. Außerdem ist der zeitliche Umfang größer (12x 2 Zeitstunden) als z. B. beim Triple-P-Training und die Strukturierung der Gruppensitzungen ist so angelegt,

Abb. 3

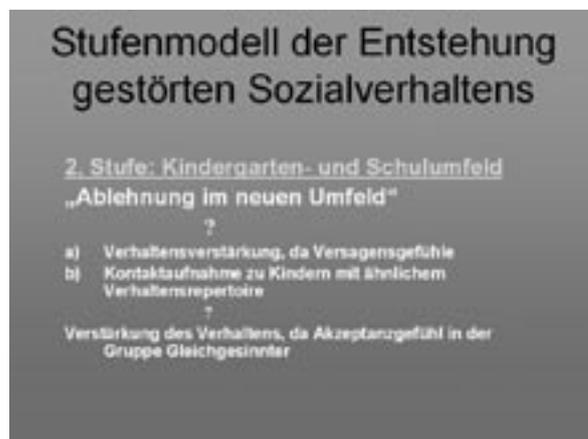


Abb. 4



dass genügend Freiraum für die Belange und Alltagserfahrungen der einzelnen Familien vorhanden ist. Die Erfahrungen mit diesem Training sind ausgesprochen gut. In der Studiengruppe zeigten sich im Elternurteil bei Familien mit und ohne ADHS-Problematik signifikante Verbesserungen des kindlichen Verhaltens, sowie signifikante Verbesserungen ungünstiger elterlicher Erziehungshaltungen. Bei allen Eltern konnte eine Reduktion unbeherrscht-aggressiver Haltungen dem Kind gegenüber dokumentiert werden. In der untersuchten Wartelisten-Kontrollgruppe konnten keine signifikanten Verbesserungen gefunden werden (Penthin 2005b). Zudem traten Besserungen bei der überwiegenden Mehrzahl der Familien sowohl auf Elternebene (inkonsequent-nachgiebiges Verhalten) als auch im Bereich des kindlichen Verhaltens auf, jedoch nicht bei allen Familien (Penthin 2005b). Auch an anderer Stelle wurde diese Beobachtung bereits für das Triple-P-Gruppenelterntrainings beschrieben (Bor 2002, Penthin 2005a).

Somit gibt es Familien, für die ein alleiniges Gruppenelterntraining nicht ausreichend ist. Diese Familien benötigen evtl. individualisierte Unterstützung (intensivierte Erziehungsberatung, Einzeltraining mit einem speziell für Eltern von ADHS-Kindern entwickelten Konzept (z. B. THOP), Familientherapie, evtl. medikamentöse Behandlung eines elterlichen ADHS etc.) und es ist immer zu überprüfen, ob die **therapeutischen Ansätze beim Kind** ausreichend sind. Neben verhaltenstherapeutisch orientierten Trainings sowie heilpädagogischen und anderen Fördermaßnahmen für die Kinder gehört zum **multimodalen Therapiekonzept**, wenn nötig, die **medikamentöse Therapie**. Diese ist im Rahmen einer guten Überwachung in Verbindung mit regelmäßigen Beratungen bei vielen Kindern mit ADHS deutlich effektiver als ein alleiniges verhaltenstherapeutisches Vorgehen (Übersicht bei Lehmkuhl 2003). **Ein Elterntraining ist aufgrund der in vielen Untersuchungen dokumentierten guten Erfahrungen jedoch ein Basisbaustein im Therapiemanagement bei ADHS und bei Störungen**

**des Sozialverhaltens, der gerade bei jüngeren Kindern gute Erfolge zeigt.**

Vielorts sind jedoch keine Elterntrainingsangebote verfügbar. Daher wäre es wünschenswert, wenn auch über **kinder- und jugendärztliche Praxen**, die Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens und ADHS betreuen, derartige Therapiebausteine vermittelt oder angeboten werden könnten.

Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene **Elterntrainingskonzepte, die gezielt für Eltern von Kindern mit ADHS und / oder einer Störung des Sozialverhaltens konzipiert wurden**: Mit Hilfe des **THOP** kann eine strukturierte Elternbegleitung bei ADHS und Störungen des Sozialverhaltens realisiert werden, die gute Effekte auf problematisches Verhalten der Kinder induziert (als Training für eine Familie oder als Gruppentraining) (Döpfner 1997, Salbach 2005). Auch für das **Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder** (Lauth 2005) konnten Verbesserungen der elterlichen Stress-Belastung dokumentiert werden (Grimm 2006). Das Absolvieren des **Opti-Mind®-ADS-Elterntraining** (Aust-Claus: [www.opti-mind.de](http://www.opti-mind.de)) führt ebenfalls zu einer Minderung elterlichen Stresses im Zusammenleben mit den betroffenen Kindern und zu einer im Elternurteil dokumentierten Verminderung der Problemschwere des Verhaltens der Kinder (Moosbrugger 2006).

**Allgemeine Elterntrainings, die nicht speziell für Eltern von Kindern mit ADHS konzipiert wurden**, wie das australische **Triple-P** oder unser **„... Eltern sein dagegen sehr“** können jedoch ebenfalls sehr gut als Basistherapiebaustein eingesetzt werden, wie die oben angeführten Untersuchungen belegen. Diese Trainings sind als Gruppentraining konzipiert und haben dadurch den Vorteil, dass die Eltern auch voneinander lernen können, dass die Eltern erleben, nicht allein mit ihrem Problem zu sein und dass zeitgleich mehrere Familien von einem/einer (Triple-P) oder zwei Trainer/innen („... Eltern sein dagegen sehr“) begleitet werden (bessere Nutzung der knappen Personalressourcen). Au-

ßerdem können diese allgemeinen Elterntrainings gut mit **gemischten Elterngruppen** (Eltern mit und ohne ADHS-Problematik bei ihren Kindern) durchgeführt werden und dadurch fast flächendeckend über Institutionen der Erziehungsberatung und Familienbildung angeboten werden. Die Erfahrung zeigt, dass Eltern mit sehr unterschiedlichen Problemen durchaus voneinander profitieren und sich gut gegenseitig stützen und bereichern können.

**Triple-P** wird in vielen Institutionen der Familienberatung eingesetzt und mittlerweile fast flächendeckend angeboten. Triple-P wird von ausgebildeten Trainerinnen und Trainern angeboten (Infos unter: [www.triplep.de](http://www.triplep.de)).

**„... Eltern sein dagegen sehr“** kann von allen therapeutisch oder pädagogisch vorgebildeten Professionellen anhand des verfügbaren Manuals angeboten werden. Dieses Programm hat zusätzlich noch wichtige Bausteine im Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation, Infobausteine zum ADHS, zur Medienziehung, zur Suchtprävention etc. Interessierte Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte können sich im Rahmen von Wochenendkursen in das Programm einarbeiten und dieses sodann vielleicht selbst in der eigenen Praxis oder in Zusammenarbeit mit Institutionen der Familienberatung anbieten. Informationen zu diesen Wochenendkursen sind über den Autor erhältlich. Auf dem Boden dieses Konzeptes wurde ein weiteres Manual für Kurse mit Eltern, deren Kinder unmittelbar vor oder in der Pubertät sind, entwickelt (Penthin 2005c).

Die Finanzierung von Elterntrainings erfolgt in der Regel nicht über die Krankenkassen (Ausnahme: Elterntrainings durch Verhaltenstherapeuten mit Kassenzulassung für die Gruppenbehandlung bei Erwachsenen oder Praxen, die den Status eines sozialpsychiatrischen Zentrums haben), so dass moderate Elternbeiträge notwendig werden oder auch eine Finanzierung über öffentliche Mittel (z. Z. schwierig) oder Sponsoring über Wirtschaftsbetriebe erfolgen kann. ←

*Literaturhinweise können bei unserer Geschäftsstelle erfragt werden (Red.)*

# Die vier Persönlichkeitstypen nach Riemann

und ihre Bedeutung für das Gespräch mit ADHS-Betroffenen

Kurt Hämmerling



**„Willst du ein guter Berater sein, dann schau in dich selbst hinein.“**

So lautet ein Zitat nach Fr. Schulz von Thun. (Anm. 1). Und jeder, der in einem beratenden oder auch erzieherischen Beruf tätig ist, weiß die elementare Bedeutung dieses Satzes einzuschätzen und auch welche große Bedeutung der Selbsterkenntnis zukommt. Unter Selbsterkenntnis verstehe ich, wie weit meine persönliche Struktur mit ihren Stärken und Schwächen, mit ihren bitteren und angenehmen Erfahrungen in den beratenden, erzieherischen oder auch therapeutischen Prozess mit der ADHS-Problematik hineinwirkt. Nur wenn ich um meine eigenen persönlichen Voreinstellungen weiß, können diese mir nicht (allzu) hinderlich im Wege stehen und das Problem weder in einem zu rosigen noch in einem zu dunklen Licht erscheinen lassen.

Ich war über zwanzig Jahre lang Leiter der Lübecker Telefonseelsorge und arbeite auch jetzt noch dort sowohl in der Ausbildung als auch in der Supervision mit. Hier habe ich immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die vier Persönlichkeitsstrukturen des Psychoanalytikers Fritz Riemann eine wichtige Hilfe zur Selbsterkenntnis sein können.

(Sein Buch „Grundformen der Angst“, 1961 erschienen (Anm. 2), hat jetzt schon über 37 Auflagen erlebt und ist mittlerweile in einer Auflagenzahl von über 800.000 Exemplaren erschienen. Wann hat jemals ein Buch aus dem psychologischen Bereich eine solche Wirkung gehabt? Vielleicht ist es auch eine Bereicherung für **neue AKZENTE**, wenn neben verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten, die ihre große Bedeutung haben, auch einmal tiefenpsychologische Aspekte zur Geltung kommen; das Phänomen von Übertragung und Gegenübertragung scheint in **neue AKZENTE** bisher wenig Beachtung gefunden zu haben.)

Diese vier Grundformen stehen in ei-

ner zweitausend Jahre alten Tradition. Um 100 n. Chr. haben die Ärzte Hippokrates und Galen eine Temperamentenlehre entwickelt, die auch heute noch in unserem Sprachgebrauch anzutreffen ist: der Melancholiker, der Sanguiniker, der Choleriker und der Phlegmatiker.

Diese alte Temperamentenlehre und auch alle anderen (etwa die von C. G. Jung oder E. Kretschmer) wollen nun auf keinen Fall einem Schubladendenken Vorschub leisten, sondern ganz im Gegenteil eine Verstehenshilfe für sich und auch andere sein, dass wir zum Beispiel Eigenschaften und Verhaltensweisen, die uns an uns selbst aber auch an anderen stören, besser verstehen und damit besser umgehen können. Zudem: Diese jeweils vier Grundformen treten nie in Reinkultur auf, sondern immer in einer Mischung, wobei allerdings meistens ein Charaktertyp dominant ist. So haben wir nach Riemann alle vorwiegend entweder eine schizoide, depressive, eine zwanghafte oder eine hysterische (heutiger medizinischer Sprachgebrauch: histrionische) Charakterstruktur, aber alle anderen Strukturen sind ebenfalls in uns vorhanden und bestimmen auch in entsprechenden Gesprächssituationen unser Fühlen und auch unser Verhalten mit. Diese Begriffe stammen aus dem klinischen Bereich und beinhalten genauso viel hilfreiche wie störende Anteile. Sie sind international anerkannt und gehören auch zum festen Bestandteil im ICD 10 (International clinical descriptions). Hieran ist leicht zu ersehen, welche fundamentale Bedeutung diesen Begriffen

und vor allen Dingen den Inhalten, die sie verkörpern, zukommt.

Da sie im normalen Sprachgebrauch aber fast alle sehr negativ besetzt sind – wer möchte schon als schizoid, depressiv, zwanghaft oder hysterisch bezeichnet werden? – werde ich sie durch Begriffe von Barbara Langmaack (Anm. 3) ersetzen (siehe unten). Ich möchte im Folgenden die einzelnen Persönlichkeitsstrukturen nach Riemann in aller Kürze darstellen und ihre Bedeutung für das Gesprächsverhalten mit dem Ziel der Selbsterkenntnis aufzeigen. **Dabei ist vom systemischen Blickwinkel aus zu beachten: Nicht nur Gleiches zieht sich an** (Gleiches gesellt sich gern zu Gleichem), **sondern auch Gegensätze ziehen sich an**. So kann sich der Distanztyp vom Nähetyp angezogen fühlen und umgekehrt; und der ordnende Typ vom schwungvollen und umgekehrt; (was bei all diesen Vorgängen bewusst oder unbewusst abläuft, was mehr auf Anlage oder Erziehung beruht, dazu ist Näheres bei Riemann zu lesen).

## A) Die vier Persönlichkeitstypen nach Riemann (Anm. 4)

### 1. Der Distanztyp

Im Vordergrund bei diesem Charaktertyp steht ein starker Drang nach Abgrenzung, Unabhängigkeit, Freiheit und Einmaligkeit. Er ist von einem tiefen Misstrauen gegenüber den Menschen erfüllt, fürchtet deshalb die Nähe, und kann sich nur schwer in Gefühlsbeziehungen einlassen und sich vertrauensvoll einem anderen



Definitionen nach Barbara Langmaack:

Schizoid =	Distanzierte Persönlichkeit	(abgekürzt: Distanztyp)
Depressiv =	Nähe suchende Persönlichkeit	(abgekürzt: Nähetyp)
Zwanghaft =	Ordnungsbewahrende Persönlichkeit	(abgekürzt: Ordnungstyp)
Hysterisch =	Überschwänglich schwungvolle Persönlichkeit	(abgekürzt: Schwungvoller Typ)

Menschen hingeben. Er versucht die Umwelt nicht durch emotionales Einfühlen zu verstehen, sondern vorwiegend durch intellektuelles Erfassen.

Seine Devise ist: „Wenn ich mich auf Nähe einlasse und mich anderen Menschen öffne, gerate ich in ein Gefängnis der Abhängigkeit und bin jeder Verletzung ausgeliefert. Deshalb fühle ich mich nur in der Distanz sicher.“

## 2. Der Nähetypp

Er bildet den Gegentyp zum distanzierten. Während der distanzierte die Nähe scheut aus Angst, seine Autonomie zu verlieren, wird sie vom



Nähetypp intensiv gesucht. Bei ihm steht der Wunsch im Vordergrund, zu lieben und geliebt

zu werden. Seine Angst ist, verlassen zu werden. Er kann sich gut in andere Menschen einfühlen und strebt im Kontakt nach Geborgenheit, Zärtlichkeit und Harmonie.

Seine Devise ist: „Ich bin nicht liebenswert; nur wenn ich mich für andere einsetze, werde ich geliebt.“

## 3. Der ordnend bewahrende Persönlichkeitstyp

Hier steht der Wunsch nach Dauer, Verlässlichkeit und Ordnung im Vordergrund. Seine Grundtendenz kann umrissen werden mit Begriffen wie: Planung,



Gesetz, Macht, Rationalität, Kontrolle. Er möchte durch Langfristigkeit in einer chaotischen,

unsicheren Welt Sicherheit erlangen.

Seine Devise ist: „Meine Umwelt und ich selbst sind voll von chaotischen, sündhaften und destruktiven Impulsen. Nur wenn ich mich anstrengende und an Regeln halte, kann ich das Unheil eingrenzen und Sicherheit erreichen.“

## 4. Der überschwänglich-schwungvolle Persönlichkeitstyp

Dieser stellt nun den Gegentyp zum vorhergehenden da. Während die Ordnungspersönlichkeit der Ordnung, dem Plan, der Dauer eine

große Bedeutung beimisst, legt der schwungvolle Persönlichkeitstyp den größten Wert auf Spontaneität,



Impulsivität, Leidenschaft, Kreativität, Fantasie, Verspieltheit. Er fürchtet die Festlegung und die Einengung. Er liebt den Charme

des Augenblicks und ist ein Künstler im Improvisieren und möchte überall bewundert werden.

Seine Devise ist: „Ich selbst bin nichts wert. Nur wenn ich im Mittelpunkt stehe und beachtet und bewundert werde, kann ich mich wertvoll fühlen.“

Aus diesen Persönlichkeitsstrukturen möchte ich nun vier Gesprächstypen ableiten, in denen wir alle uns mehr oder weniger stark wiederfinden können. Es gibt aber nicht den „richtigen“ oder den „perfekten“ Gesprächstyp. Jeder Gesprächstyp hat – wie leicht zu ersehen ist – seine Vor- und Nachteile und stellt sich folgendermaßen vor:

## B) Die vier Gesprächstypen

### 1. Der distanzierte Gesprächstyp

„Ich lege großen Wert auf Eigenständigkeit und Selbstbestimmung. Es fällt mir leicht, mich abzugrenzen, eine gute therapeutische Distanz zum Anrufer zu halten und Gespräche rechtzeitig zu beenden. Ich schätze Gespräche, in denen ich lange zuhören und schweigen kann und nur kurze Kommentare und Anregungen zu geben brauche. In Konflikte lasse ich mich nicht gerne verwickeln; ich schweige dann lieber und ziehe mich zurück. Methodisch liegt mir sehr, lange zuzuhören, ab und zu eine Frage zu stellen und den anderen viel reden zu lassen. Ich setze darauf, dass ich durch kurze, sehr überlegte sachliche Anregungen viel mehr erreichen kann als durch langes Reden. Übertriebene Gefühlsäußerungen sind mir zuwider. Mein Wahlspruch lautet, Ganz sachlich und ruhig die Probleme angehen.“

Meine Freunde sagen, dass ich mich gut zurücknehmen und ab-

grenzen kann, aber manchmal etwas zu kühl, zu abstrakt, zu distanziert in Gesprächen bin und auf die Gefühle der anderen nicht gut eingehen kann. Ich würde leicht eine Kühleatmosphäre verbreiten.“

### 2. Der Nähe suchende Gesprächstyp

„Ich lege in Beratungsgesprächen großen Wert auf Harmonie, eine warme Atmosphäre und ein gutes Verstehen. Ich kann mich sehr gut in andere Menschen einfühlen. In Konfliktfällen versuche ich, schnell zu beschwichtigen und einen Kompromiss zu finden. Ich habe aber oft die Schwierigkeit, ein Gespräch zu beenden, weil ich den Eindruck habe, ich müsste noch mehr geben, das Angebotene sei zu wenig. So kann ich mir selbst nicht sagen: „Ich habe meine Grenzen und kann nur so viel geben, wie es mir im Augenblick möglich ist!“, sondern ich versuche immer noch mehr zu geben, als ich eigentlich kann, um dem anderen zu helfen und letztlich auch, um gemocht zu werden. Am Ende des Gesprächs brauche ich den *guten* und *harmonischen* Gesprächsabschluss, dass der andere sagen kann: „Sie haben mir sehr geholfen!“ Nein zu sagen, zu fordern, zu konfrontieren und die Gespräche gut einzugrenzen, fällt mir schwer, weil ich die Ablehnung fürchte. Ich tröste eher und neige zu hilfreichen Lösungsvorschlägen als dass ich Spannungen aushalten und abwarten kann, was geschieht. Meine Freunde sagen, dass ich mich sehr gut einfühlen kann. Ich würde aber oft zu viel für die anderen tun und nicht gut für mich sorgen; ich hätte eine Neigung zur Überverantwortlichkeit.“

### 3. Der ordnend bewahrende Gesprächstyp

„Ich lege großen Wert darauf, dass meine Gespräche eine klare Struktur haben und ein klares Ziel, was das Anliegen des anderen ist. In meinen Gesprächen versuche ich methodisch sauber und korrekt vorzugehen, um keine Fehler zu machen. Mir liegt sehr viel an der richtigen Gesprächsmethode. Meine Gespräche sind sehr rational. Es geht mir in den Gesprächen mehr um sachlich

rationale Lösungen als um emotionale Einfühlung in den andern. Ich lege großen Wert darauf, den andern von der Richtigkeit meiner Anschauungen zu überzeugen. Wenn ich ein Problem nicht lösen kann, muss ich oft lange nachgrübeln. Ich lege großen Wert darauf, auf möglichst alle angebotenen Probleme einzugehen und die einzelnen Probleme gründlich rational durchzuarbeiten. In Konflikten fällt es mir schwer, neben meiner eine andere Meinung stehen zu lassen, ich werde dann leicht rechthaberisch. Meine Freunde sagen, dass ich die Gespräche gut strukturieren kann, dass ich aber in Gesprächen z.T. etwas zu verbissen bin, oberlehrerhaft wirke und nicht auch mal fünf gerade sein lassen kann.“

#### **4. Der überschwänglich-schwungvolle Gesprächstyp**

„Ich schätze die Spontaneität und die Emotionalität in den Gesprächen. Die Gespräche sollen für die Gesprächspartner aber auch für mich interessant und spannend sein. Ich bin voller Ideen und kann mich nur schwer an vorgegebene Methoden halten. Das zu starre Halten an Gesprächsmethoden finde ich auch überholt und zu mechanistisch, ebenso Gespräche möglichst auf wenige Themen zu beschränken und sie zeitlich genau zu begrenzen. Das alles bedeutet eine Einengung der Spontaneität und Kreativität, sowohl meiner als auch die der anderen. Es gilt aus dem Augenblick heraus, gewissermaßen aus dem Bauch heraus, das optimale Gesprächsverhalten zu kreieren. Ich strebe gerne rasche Erfolge an und genieße es, wenn die andern in mir den ‚großen Heiler‘ bewundern können. Meine Freunde sagen, dass ich andere gut mitreißen und begeistern kann, aber ich sei manchmal etwas zu sprunghaft in Gesprächen, und ich hätte wenig Geduld, ein Problem gründlich durchzuarbeiten, ich sei ein schneller Brüter.“

Im Folgenden möchte ich nun die Bedeutung dieser Gesprächsstile für das Gespräch mit ADHS-Betroffenen aufzeigen. Zum besseren Verständnis fasse ich noch einmal die Kardinalsymptome von ADHS zusammen.

Als **störende Kardinalsymptome** von ADHS gelten allgemein folgende Verhaltensauffälligkeiten:

#### **1. Aufmerksamkeitsstörungen:**

Die Fähigkeit von ADHSLern, sich auf eine Sache zu konzentrieren, Ablenkungen abzuwehren oder Störreizen zu widerstehen, ist z.T. gering. Sie beachten häufig Einzelheiten nicht, machen viele Flüchtigkeitsfehler und sind sehr vergesslich.

#### **2. Impulsivität:**

ADHS-Betroffene sprechen z.B. häufig dazwischen und unterbrechen die Unterhaltung anderer. Sie können nicht warten, bis sie „an der Reihe sind“. Sie können durch aggressives und unberechenbares Verhalten in der Gruppe auffallen. Darüber hinaus können sie Schwierigkeiten haben, die Folgen ihres Handelns einzuschätzen.

#### **3. Hyperaktivität:**

Persönlichkeiten mit ADHS können nicht lange stillsitzen, wirken ruhelos und zappelig. Sie suchen ständig nach neuen Anregungen, haben viele Projekte gleichzeitig im Kopf, können diese aber nicht geduldig umsetzen und verlieren schnell wieder das Interesse daran. Dies alles kann begleitet sein von Depressionen, Angstzuständen und schnellen Stimmungswechseln.

Als **positive Kardinalsymptome** gelten allgemein folgende Verhaltensweisen:

ADHS-Persönlichkeiten sind in der Regel neugierig, kontaktfreudig und zugewandt. Außerdem sind sie sehr hilfsbereit. Sie haben viele Ideen, häufig besondere Begabungen, sind witzig und begeisterungsfähig und nach Misserfolgen immer wieder zu einem Neuanfang bereit.

### **C) Die vier Gesprächstypen und ihre Wirkung auf ADHS-Persönlichkeiten.**

#### **1. Die distanzierte Persönlichkeit im Gespräch mit der ADHS-Persönlichkeit**

Sie gibt viel Raum, hört lange zu, übt keinen Druck aus und redet wenig. Sie kann geduldig *trial and error* geschehen lassen. Sie durchschaut schnell, wie tief die Problematik von

ADHS-Betroffenen geht. Sie kann ADHSler ermutigen, zu ihrer besonderen persönlichen Art zu stehen und sich gegenüber anderen Menschen abzugrenzen. Ihre Schwierigkeit besteht darin, dass sie sich oft nur wenig einfühlen und die Wirkung ihrer Worte nicht richtig einschätzen kann. So deckt sie die Schwächen mitunter zu schonungslos auf und verbreitet eine Atmosphäre kühler Distanz. Das kann ADHSler sehr entmutigen, denn sie sind ja fast überall einer harten Kritik ausgesetzt. Dazu kann noch kommen, dass die Distanzpersönlichkeit von der „Exaltiertheit“ von ADHSLern schnell genervt sein kann, denn sie mag keine Übertreibungen im Gespräch. Sie hat aber die Fähigkeit, schnell ihre Grenzen einzusehen und ADHS-Betroffene zum Arzt oder Therapeuten zu schicken.

#### **2. Die Nähe suchende Persönlichkeit im Gespräch mit der ADHS-Persönlichkeit**

Sie kann sich liebevoll in die Problematik von ADHSLern einfühlen, kann auffangen, wenn depressive Verstimmungen und tiefsitzende Selbstwertprobleme auftauchen. Sie kann auch gut die Ressourcen erkennen, die bei ADHS-Betroffenen zu finden sind und ihre Fähigkeiten lobend anerkennen, was für diese von größtem Wert ist. Sie hat Ausdauer und arbeitet mit ADHS-Betroffenen aufopfernd.

Auf der aggressiven Ebene hat sie aber ihre Schwierigkeiten und es fällt ihr oft schwer zu konfrontieren, eine bestimmte und notwendige Härte einzubringen und deutlich auf die Konsequenzen des ADHS-Verhaltens hinzuweisen. Sie will zu viel Harmonie und scheut die Auseinandersetzung, die für ADHSler unbedingt notwendig ist.

#### **3. Die ordnend bewahrende Persönlichkeit im Gespräch mit der ADHS-Persönlichkeit**

Diese Persönlichkeit scheint mit ihrem Gesprächsstil ideal für ADHSler zu sein, denn sie liebt die „Ordnung“, die Regeln und Normen für das Zusammenleben, hat viel Ausdauer bei schwierigen Problemen, kann gründlich arbeiten und ist in der

Lage, ihre Emotionen und Impulse gut zu zügeln; alles Fähigkeiten, die den ADHSlern oft fehlen. Sie kann sehr deutlich auf die Konsequenzen des Verhaltens aufmerksam machen, was ja gerade bei ADHS oft notwendig ist.

Sie verkörpert gewissermaßen den Gegenpol zu ADHS-Menschen. Wenn dieser Gegenpol nicht zu rigide agiert wird und noch andere Persönlichkeitsanteile in der Arbeit mit ADHSlern zum Zuge kommen, kann dies eine sehr erfolgreiche Zusammenarbeit werden, zumal Gegensätze, wenn sie nicht zu ausgeprägt sind, eine hohe gegenseitige Faszination ausüben können in dem Sinne „Gegensätze ziehen sich an“. Wird aber der Ordnungsimpuls zu stark agiert, wird sehr viel Protest von ADHS-Betroffenen kommen und sehr viel Widerstand, denn ADHSlern werden sich nicht in das Prokrustesbett einer strengen Ordnung einzwängen lassen.

#### 4. Die schwungvolle Persönlichkeit im Gespräch mit der ADHS-Persönlichkeit

Es ist wirklich ein sehr auffallendes Phänomen, dass nahezu alle charakteristischen Merkmale von ADHS auch bei der schwungvollen Persönlichkeit anzutreffen sind, zwar in abgeschwächter Form, aber doch recht deutlich, sowohl was das Aufmerksamkeits-, das Impulsivitäts- als auch das Hyperaktivitätsverhalten und die positiven Kardinalsymptome betrifft, besonders die Kontaktfreudigkeit, den Witz, die Begeisterungsfähigkeit und den Ideenreichtum. Deshalb werden die schwungvollen Persönlichkeiten mit ihrem Gesprächsstil sehr schnell einen guten Kontakt zu ADHS-Menschen finden. Beide werden sehr schnell voneinander begeistert sein, gleichsam eine Zeit seelischer Flitterwochen erleben. Es können sich dabei auch schnell Anfangserfolge einstellen, aber auch bald Enttäuschungen, weil weitere Erfolge ausbleiben; denn die schwungvolle Persönlichkeit braucht den schnellen Erfolg und die Bewunderung und hat wenig Durchhaltevermögen bei schwierigen Aufgaben. Es fällt ihr schwer, konsequent zu sein und auf die Kon-

sequenzen des Verhaltens hinzuweisen. Sie springt sehr schnell von einem Thema zum anderen. Außerdem kann sie sich schwer an vorgegebene Ordnungen halten und hilfreiche Regeln aufstellen, was für den Umgang mit ADHSlern grundlegend wichtig ist.

So kann es bald zu Enttäuschungen und gegenseitigen Schuldzuweisungen kommen.

#### D) Fazit

„Gnoti seauton“, „erkenne dich selbst“, so lautete der Wahlspruch des Tempels in Delphi vor rund dreitausend Jahren. Dieser Wahlspruch hat auch

heute noch für alle Therapie, Beratung, Supervision, ja für alles tiefer zwischenmenschliche Verstehen nichts von seiner fundamentalen Bedeutung verloren.

Mit meinen Ausführungen möchte ich erreichen, dass wir den eigenen Gesprächsstil genauer erkennen, seine Vor- und seine Nachteile, so dass wir im Gespräch mit ADHS-Betroffenen unsere Stärken bewusst einsetzen und unsere Schwächen besser steuern können.

Ich hoffe, dass dieser Artikel etwas dazu beitragen konnte. ☞

#### Anmerkungen:

1. Schulz von Thun, Klar kommen mit sich selbst S.24, roro 2004
2. Fritz Riemann, Grundformen der Angst, Ernst Reinhard Verlag München Basel
3. Barbara Langmaack/ Michael Braune-Krickau, „Wie die Gruppe laufen lernt.“ Weinheim 2000, S.180 (Die Abkürzungen stammen von dem Verfasser dieses Artikels)
4. Die Zeichnungen sind dem Buch: Schulz von Thun, Miteinander reden, Bd. 2 entnommen; roro 1990

## Musterkind auf Rezept?

### Fachgespräch zum Umgang mit der Diagnose ADHS

*pm/Bündnis 90/DIE GRÜNEN*

Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN veranstaltete am 17. September 2007 ein von Dr. Harald Terpe MdB initiiertes Fachgespräch zur Diagnose und Behandlung der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Defizit-Störung (ADHS). Hinter dem provokanten Titel „Musterkind auf Rezept“ verbarg sich die ernsthafte Fragestellung, welche Ursachen die in den letzten Jahren steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose hat und ob eine medikamentöse Behandlung nicht erst dann versucht werden darf, wenn alle anderen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Zu Beginn schilderte **Dr. Myriam Menter**, Vorsitzende des Selbsthilfeverbandes ADHS Deutschland e.V., die Schwierigkeiten von betroffenen Eltern und warb um Verständnis für solche Eltern, die eine medikamentöse Therapie nicht ablehnen. Sie forderte eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen und wies darauf hin, dass es einen Mangel an spezialisierten Ärzten gebe und aufwendigere Therapieverfahren oft von den Krankenkassen nicht ersetzt würden. (Wortlaut des Vortrages s. diese Ausgabe S. 12ff)

**Dr. Ingrid Schubert** von der Universität Köln gab einen Überblick

über die steigenden Verordnungszahlen von Methylphenidat in den letzten Jahren und wies darauf hin, dass die Steigerung verstärkt in der Gruppe der 9-14 Jährigen zu beobachten sei, während die Zahl der verordneten Tagesdosen bei jüngeren Kindern zurückging. Vermehrt könnten auch Verordnungen durch Ambulanzen beobachtet werden. Im Anschluss wurde über die Ursachen einer ADHS-Erkrankung diskutiert.

Der Kindertherapeut **Wolfgang Bergmann** beschrieb die sozialen Hintergründe, die eine Hyperaktivität bei Kindern auslösen können. Er sieht diese Verhaltensauffälligkeiten als eine Reaktion auf Verunsicherung, Bindungslosigkeit und fehlerhafte (Selbst-) Wahrnehmung der Kinder.

Unterstützt wurde er von **Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber**, stellvertretende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts Frankfurt/M., die die Bedeutung von gesellschaftlichen Ursachen bei der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten unterstrich. Sie warnte vor einer vorschnellen medikamentösen Therapie, auch weil den behandelten Kindern dadurch die Gelegenheit genommen würde, sich seelisch ohne Hilfsmittel zu entwickeln. Sie stellte die Er-

gebnisse der Frankfurter Präventionsstudie vor, nach der Verhaltensauffälligkeiten, insb. Aggressivität, bei Kindern durch eine frühzeitige Intervention maßgeblich verringert werden konnten.

Unterstützung erhielt sie durch Prof. **Dr. Manfred Döpfner** von der Universität Köln, der den entscheidenden Einfluss von Umweltfaktoren, insb. in der Familie, auf die Entwicklung von ADHS betonte, ohne dabei eine genetische Veranlagung der Kinder außer Acht zu lassen. Er wies auf die Schwierigkeiten einer ADHS-Diagnose hin, da die Übergänge zu einem (noch) normalen kindlichen Verhalten fließend seien.

Einig waren sich alle Experten, dass noch erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der Langzeitwirkungen einer medikamentösen Therapie und ihres Einflusses auf die Hirnentwicklung der Kinder und Jugendlichen besteht. Zudem forderten sie eine Verbesserung bei der Diagnostik, auch durch eine bessere Qualifizierung der Ärzte. Insbesondere aber ist der erhebliche Mangel an psycho- und sozialtherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zu beheben, damit Eltern nicht dadurch gezwungen würden, auf eine Therapie mit Medikamenten zurückzugreifen. Dafür muss die Zahl der Kinder- und Jugendtherapeuten erhöht werden.

Moderiert wurde die Veranstaltung von Ekin Deligöz MdB, Elisabeth Scharfenberg MdB und Dr. Harald Terpe MdB. ↩

Quelle: <http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/198/198717.htm>

*Im nachfolgenden Beitrag setzt sich Gerhild Drüe, Mitglied von ADHS Deutschland e.V. und Leiterin der Regionalgruppe Osnabrück, die selbst Mitglied von Bündnis 90/DIE GRÜNEN ist, in einem „Fiktiven Brief an einen GRÜNEN“ gerichtet an Harald Terpe, MdB mit einigen Aussagen und Tendenzen dieses Fachgesprächs kritisch auseinander.*

## Statt eines Kommentars zum Fachgespräch:

# Wer will ein „Musterkind auf Rezept?“

### Fiktiver Brief einer GRÜNEN an MdB Dr. Harald Terpe



Lieber Harald, unter den Mitgliedern von Bündnis 90/DIE GRÜNEN ist es üblich, sich zu duzen. Da ich seit etwa einem Vierteljahrhundert Parteimitglied bin, erlaube ich mir, Dir diesen etwas persönlichen Brief zu einem Thema zu schreiben, das mich wegen familiärer Betroffenheit existenziell betrifft und bewegt, Dich als Politiker aber vermutlich eher aus wohlmeinender Sorge und grundsätzlichen ethischen Erwägungen interessiert.

Als Du dich in der Pathologie der Uni Rostock mit Gewebeproben Kranker befasstest, quälte ich mich mit meinem ADHS-Kind durch den Alltag und habe mit ADHS ein Handicap kennen gelernt, wie ich es früher nicht für möglich gehalten habe. Da ich am „Fachgespräch zum Umgang mit der Diagnose ADHS“ in Deiner Fraktion am 17. September 2007 teilnahm, möchte ich Dir dazu meine Gedanken mitteilen:

Der Bundesverband ADHS Deutschland e.V. befand sich noch in seiner Gründungsphase, als die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/DIE GRÜNEN zu dem dreistündigen Fachgespräch mit dem vielsagenden

Titel „Musterkind auf Rezept?“ einlud. Von Dir als Abgeordnetem von Bündnis 90/DIE GRÜNEN war die Veranstaltung mit dem herausfordernden Titel initiiert worden.

Wir Eltern in der Selbsthilfe allerdings glaubten die Zeit schon überwunden, da von den oberen Rängen der Politik Steine herabgeworfen wurden, die uns Betroffenen in den Weg zu rollen drohten. Zur Erinnerung:

Die Bonner Konsensuskonferenz im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMG) 2002 hatte im Ergebnis Eckpunkte erbracht, die von den teilnehmenden Selbsthilfeverbänden mitgetragen wurden. (nachzulesen in: „BV-AH-Jahrbuch 2002“, S. 86ff; *die AKZENTE* Nr. 58, S. 17ff und auch im BMG).

Marion Caspers-Merk (SPD), damals Drogenbeauftragte im BMG, schrieb in ihrer Pressemitteilung vom 27.12.02: „Ich erhoffe mir auch, dass die öffentliche Diskussion nicht weiterhin mit widersprüchlichen und unverantwortlichen Botschaften zur medikamentösen Behandlung behaftet ist.“ Die Drogenbeauftragte hatte viel gelernt. Einen Nachhall bis

in die Bundestags-Fraktionen scheint die große Konferenz damals jedoch nicht ausgelöst zu haben. Und nun sollte eine dreistündige Veranstaltung mit fünf Referenten wenigstens in Deiner GRÜNEN-Fraktion Klarheit zur Verordnung von Methylphenidat bringen ...

Bereits der griffige Titel „Musterkind auf Rezept?“, enthielt für uns Eltern ADHS-betroffener Kinder nach Kenntnis Deiner Pressemitteilung „Psychopharmaka für Kinder ...“ (22.11.2006) die vielgehörte Botschaft dubioser ADHS-Kritiker: „Machen Eltern ihre ADHS-Kinder mit Medikamenten nach ihrem Willen formbar?“

Wir wissen aus Erfahrung: Das geht nicht mit Medikamenten und nicht ohne sie.

Ungeachtet der erwiesenermaßen genetischen Hauptursache von ADHS bilden seit einigen Jahren psychoanalytisch urteilende Fachleute und Laien, esoterisch Denkende und auch Scientologen eine bunte ADHS-Gegnerschaft mit ihren eigenartigen Theorien zur medikamentösen ADHS-Therapie, die heute noch von Nicht-ADHS-Experten verschie-

dener Berufssparten gerne aufgegriffen werden. Ohne den Glauben an derlei Behauptungen wäre auch die ADHS-Veranstaltung Deiner Fraktion wohl kaum oder zumindest ganz anders geplant worden und die „Musterkind“-Überschrift nicht mehr praktikabel gewesen. Vermutlich wären dann sogar ADHS-Experten aus der Medizin, der Suchttherapie, der Genforschung und der Pharmakologie miteingeladen worden.

Deine Zielrichtung des „Musterkind“-Fachgesprächs schien eine andere zu sein: Kann es, darf es sein, dass Kinder ein genetisch verursachtes Selbststeuerungsproblem haben und von Medikamenten profitieren? Die geladenen Referenten, deren Profession in der psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Therapie liegt, mochten das noch immer nicht wahrhaben. Andere als genetische Gründe lassen sich ja ausdenken und ins Feld führen, denn oft genug ist die Umwelt ADHS-betroffener Kinder und Jugendlicher tatsächlich denkbar ungünstig. Prof. Manfred Döpfer berichtete jedoch in seinem Vortrag, dass Gene mit 60 bis 80 Prozent an der Verursachung der ADHS beteiligt seien. Diese Zahlen sind wesentlich, auch wenn es noch höhere Zahlen dazu gibt, und sie sind einer Veröffentlichung wert.

Du bist Obmann im Gesundheitsausschuss des Bundestages und Drogen- und suchtpolitischer Sprecher der Fraktion. Du setzt dich für die Vermeidung von Neuinfektionen mit HIV/AIDS und eine Verbesserung der medikamentösen Versorgung HIV-Betroffener ein, für die Probleme der Ärzte sowie für die Heroinbehandlung Drogenabhängiger und die Legalisierung von Cannabis.

Zu Letzterem schriebst Du kürzlich: „(...) Viele Patientinnen und Patienten verschaffen sich Cannabis angesichts der für sie unbefriedigenden Situation daher auf andere Weise. (...) Der lindernde oder gar heilende Effekt von Cannabis ist für eine Reihe von Diagnosen und Symptomen belegt.“ (in: „Cannabis in der Apotheke?“ 22.08.2007). Das ist angesichts der Hetze gegen Methylphenidat (MPH) als „Droge“ sehr mutig.

Schon seit Jahrzehnten ist der stark lindernde Effekt von MPH bei

ADHS und Narkolepsie belegt. Heilend ist es leider nicht, wie stets bei genetisch bedingten Erkrankungen. Aber das weißt Du als Mediziner ja selbst.

Vielleicht weißt Du aber noch nicht, dass Süchte, insbesondere Alkohol- und Drogensucht, auch als verfehlte Selbstmedikation vieler nichttherapierter ADHS-Betroffener in ihrer unbefriedigenden Situation zu werten sind. Bei ADHS-Experten ist dies längst nicht mehr umstritten. Über ihre kiffenden Kinder und Jugendlichen mit ADHS und das oft verharmlosende Abwiegeln von Drogenberatern, die ADHS kaum verstehen, berichten Eltern mit großer Sorge in der Selbsthilfe. Spielsucht, die auch für Dich ein Thema in der Gesundheitspolitik ist, hat, wie alle Süchte, oft ADHS als Grundlage. Wie sehr ein zu langes Zögern in der ADHS-Therapie, besonders auch der medikamentösen, die Gefahr steigert, süchtig und suchtmittelabhängig zu werden, und dass der frühzeitige Einsatz von MPH diese, wie auch die Gefahr, kriminell zu werden, reduzieren hilft, ist durch Studien und durch Erfahrung der Eltern, hinreichend belegt. Dies ist in der Fachliteratur ADHS-kompetenter Autoren nachzulesen.

Dass Medikamente allein Sucht nicht verhindern können, ist ebenso unstrittig, auch in der Selbsthilfe. Ein gutes soziales Umfeld bleibt Grundlage für eine gute Kindesentwicklung mit und ohne ADHS, bei ADHS ist es aber in viel stärkerem Maß nötig. Deshalb plagen sich viele Eltern ADHS-betroffener Kinder mehr, als es sich andere Eltern vorstellen können.

Deine Pressemitteilung zur Heroinbehandlung vom 21.9.2007 indes lässt hoffen, dass Du die oft hochproblematische Realität der ADHS und ihrer schwerwiegenden Sekundärprobleme wie Drogensucht in Zukunft wahrnehmen können wirst:

„Die Entscheidung des Bundesrates für eine gesetzliche Regelung der Heroinbehandlung ist ein gutes Signal für schwer abhängige Patientinnen und Patienten. Es ist in vielen Fällen die letzte Chance, diese Menschen für eine Suchtbehandlung zu erreichen. Diese Initiative von uni-

onsgeführten Bundesländern ist Ausdruck eines politischen Realitätsbewusstseins, das wir nun auch von der Unionsfraktion im Bundestag erwarten. Die zuständigen Abgeordneten in der Union müssen endlich ihre allein ideologisch motivierte Ablehnung der heroingestützten Behandlung aufgeben. Die von ihr ins Feld geführten Behauptungen zur Heroinbehandlung wurden auch in der Anhörung des Gesundheitsausschusses (...) nochmals klar widerlegt. (...)“.

Musterkind auf Rezept? – Die Frage stellt sich so nur jenen, denen die Realität mit einem schwer und von entsprechender Komorbidität betroffenen ADHS-Kind völlig fremd ist, und die das frühe Suchtverhalten vieler ADHS-Betroffener nicht kennen.

Hilfreich für die ADHS-Betroffenen wäre es gewesen, wenn das Berliner „Musterkind“-Gespräch zu einer Stärkung des Realitätsbewusstseins in der bündnisgrünen Fraktion geführt hätte, damit ADHS-Betroffene zukünftig nicht erst dann, wenn sie in der tiefsten Stufe der Sucht, beispielsweise Heroinsucht, angekommen sind, auf Verständnis und sogar einen politischen Einsatz für ihre medikamentöse Therapie hoffen können.

Die ADHS-Selbsthilfe erhofft allerdings von allen Fraktionen ein politisches Realitätsbewusstsein: Akzeptanz der genetischen Verursachung der ADHS, Akzeptanz der Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie, Akzeptanz auch der Tatsache, dass ein gutes soziales Umfeld eine leichtere, schwere und/oder komorbide ADHS-Betroffenheit nicht verursachen, verhindern oder gar rückgängig machen kann.

Mit vielen guten Wünschen  
Gerhild Drüe

*Mitglied von ADHS Deutschland e.V.  
und Vorgängerverbänden seit 1996,  
Leiterin der Regionalgruppe Osnabrück  
seit 2000)*

# ADHD Europe

## Erste konkrete Schritte zu einem Dachverband

Detlev Boeing



Zum dritten Mal trafen sich nach 2005 und 2006 im April 2007 in Brüssel Vertreter von Eltern- und Betroffenenverbänden aus vielen europäischen Ländern, um die Schaffung eines europäischen ADHD-Dachverbandes weiter voranzutreiben. Erstmals dabei waren Teilnehmer aus Malta, Zypern und Polen. Deutschland war vertreten durch Myriam Menter und Detlev Boeing von ADHS Deutschland sowie Esther Rohde Köttelwesch für den BVAD.

Rita Bollaert von der flämischen Organisation Zit Stil, welche bisher mit großem persönlichen Einsatz die Vorbereitung und Durchführung der bisherigen Treffen von ADHD Europe erfolgreich verantwortete, musste aus familiären Gründen diese Aufgabe zum großen Bedauern aller abgeben. Daher übernahmen Myriam Menter und Detlev Boeing die Leitung des diesjährigen Treffens.

Wie immer war die Tagesordnung reichhaltig bestückt mit informativen, anspruchsvollen, aber auch kontroversen Themen. Das wichtigste Ergebnis war die Wahl eines vorläufigen Vorstandes, der die Arbeiten an den noch offenen Fragen wie z.B. Rechtsform, Satzung, Logo oder Webseite bis zum nächsten Treffen im Frühjahr 2008 voranbringen soll.

Nachdem viele Teilnehmer bereits am Freitagnachmittag ange-reist waren und die Gelegenheit zu einem Abendbummel mit Abendessen in Brüssel nutzten, konnte Myriam Menter die Sitzung am Samstag pünktlich eröffnen. Zu Beginn tauschte man sich über wichtige Aktivitäten und Konferenzen der Verbände in den jeweiligen Ländern im abgelaufenen Jahr aus. Hervorzuheben sind u.a. Wohltätigkeitsveranstaltungen mit bekannten Künstlern in London (ADDISS), Förderung von ADHD-Erwachsenen an spanischen Universitäten (ADANA) oder in den

Niederlanden die Veröffentlichung neuer Medien (DVD/Buch) zu ADHD bei Erwachsenen (Impuls). Auf europäischer Ebene konnte ADHD Europe erstmals einen wichtigen Erfolg verbuchen: zum Grünbuch der Europäischen Kommission zur seelischen Gesundheit wurde eine umfassende Stellungnahme abgegeben, welche sich auch im Bericht der Kommission zu den Ergebnissen dieser europaweiten öffentlichen Konsultation widerspiegelt (siehe *die AKZENTE* Nr. 69/70, 2005).

Im Anschluss daran diskutierten die Teilnehmer über die weiteren Schritte, die für eine bessere Vertretung der ADHD-Interessen auf europäischer Ebene notwendig sind. Alle waren sich einig, dass nach zwei Jahren der Diskussion über die ehrgeizigen Ziele endlich Taten folgen und konkrete Schritte hin zu einem europäischen Verband unternommen werden müssen. Um die weiteren Arbeiten zu beschleunigen und effizienter zu gestalten, wurde in geheimer Wahl ein vorläufiger geschäftsführender Vorstand aus den Reihen der anwesenden Teilnehmer bestimmt, der u.a. noch im Laufe dieses Jahres einen Satzungsentwurf ausarbeiten, grundlegende Rechtsfragen (Rechtsform, Sitz) klären und mit der Öffentlichkeitsarbeit (insbesondere Einrichtung einer Webseite) beginnen soll.

Von den insgesamt elf Teilnehmern, die sich zur Wahl stellten, wurden die folgenden fünf Personen gewählt: Myriam Menter (Deutschland), Isabel Rubio (Spanien), Alexander Lange und Bernard de Vries Robles (Niederlande) sowie Joanne Norris (England/Belgien). Obwohl Rechtsform und Satzung noch auszuarbeiten sind, hat ADHD Europe damit eine erste handlungsfähige Struktur, welche das weitere Vorgehen erleichtern sollte.

Aus den vielen Themen, die in Brüssel außerdem besprochen wur-

den, sind die folgenden besonders erwähnenswert:

Zu dem Entwurf eines Verbandslogos (Vater und Kind mit einem Lenkdrachen, um den 12 kreisen), welches von einer Designerin in den Reihen des irischen Elternverbandes im Anschluss an das Treffen in 2006 entwickelt wurde, teilte die Europäische Kommission mit, dass aus Gründen der Verwechslungsgefahr mit dem offiziellen EU-Emblem mindestens Änderungen an Farbgebung oder Zahl der Sterne notwendig sind.

Ein Internationaler oder Europäischer ADHD-Tag würde zu einer stärkeren Sensibilisierung der europäischen Öffentlichkeit, Politiker und Medien beitragen. Der amerikanische Elternverband CHADD hat vorgeschlagen, sich dem von ihm in den USA proklamierten ADHD-Tag im September jeden Jahres anzuschließen. Die Teilnehmer waren sich einig, dass ein gemeinsamer Tag sicher Vorteile hätte, die Einzelheiten wie Namensgebung und Kampagnen aber vorher abzuklären wären.

Was die Finanzausstattung des künftigen Verbandes angeht, so wird der Vorstand dazu Vorschläge erarbeiten. Ohne Mitgliedsbeiträge der teilnehmenden Verbände und evtl. Spenden wird ADHD Europe kaum tätig werden können, da keine öffentlichen Gelder zur Verfügung stehen. Dies könnte sich erst bei einer späteren Projektbeteiligung an europäischen Programmen ändern, wie neben vielen anderen vor allem das Beispiel Autism Europe zeigt. Mehrere Teilnehmer warnten, dass die Annahme von Spendengeldern der Industrie Probleme in der öffentlichen Diskussion nach sich ziehen könnten, wie die Erfahrungen in manchen Ländern wie Deutschland immer wieder bestätigen. Es sollten dafür klare Regeln bzw. ein Verhaltenskodex ausgearbeitet werden. Die Vertreter von Impuls (NL) stellten ADHD Europe spontan und bedingungslos

1.000 Euro zur Verfügung, um die Arbeiten aufnehmen zu können.

Eine längere Debatte entspannt sich am zweiten Tag zu dem von der Industrie geförderten ADHD Global Network (AGN), auch im Hinblick auf eine eventuelle Zusammenarbeit mit ADHD Europe. ADHD Europe kann nur erfolgreich sein, wenn die Kommunikation zwischen den einzelnen nationalen Verbänden sowie mit und innerhalb des Vorstands funktioniert. Vorläufig gibt es lediglich eine moderierte nicht-öffentliche Mailingliste, von der die Mehrzahl der un-

gefähr 50 eingetragenen Mitglieder aus ca. 20 nationalen oder regionalen Verbänden und Initiativen regen Gebrauch macht. Die Liste dient vor allem dem Austausch von Informationen und nicht der Selbsthilfe oder Beratung betroffener Eltern oder Erwachsener. Der Vorstand wurde gebeten, eine dauerhafte Lösung in Form einer Webpräsenz unter der Domäne [www.adhd-europe.org](http://www.adhd-europe.org) zu schaffen.

Im Hinblick auf eine Stärkung der Lobby-Arbeit auf europäischer Ebene wurde der Vorstand außerdem

beauftragt, Kontakt zu größeren Brüsseler Netzwerken oder Dachorganisationen im Gesundheitsbereich aufzunehmen, wie z.B. der Europäischen Allianz für öffentliche Gesundheit EPHA oder das Europäische Forum Behinderung EDF.

Zum Schluss waren sich alle Teilnehmer einig, das mit dem vorläufigen Vorstand und der geplanten Sitzung wichtige Schritte zur Schaffung eines europäischen ADHD-Verbandes eingeleitet wurden. Das nächste Treffen soll im Frühjahr 2008 stattfinden. 

## Pressemitteilung Europäisches Parlament (Oktober 2007) bearbeitet und ergänzt von Detlev Boeing

# EU-Abgeordnete fordern: Diskriminierung vermeiden!

Störungen der Sprachentwicklung, der zielgerichteten Körpermotorik, Legasthenie, Rechenschwäche und Aufmerksamkeitsstörungen: Probleme, unter denen viele Kinder leiden und die zu lebenslangen Schwierigkeiten und zur Ausgrenzung führen können, wenn sie nicht früh erkannt und behandelt werden. Die EU-Abgeordneten haben kürzlich in einer Plenartagung eine Erklärung dazu angenommen, mit der das Parlament fordert, „Dys-Kinder“ besser zu unterstützen und die Früherkennung zu verbessern.

### Es geht um

Dysphasie, Dyspraxis, Dyslexie, Dyskalkulie – Begriffe, die Probleme beschreiben, von denen (zusammen mit der krankhaften Störung der Aufmerksamkeit) schätzungsweise jedes zehnte Kind in Europa betroffen ist.

### Was fordert das Europaparlament?

Die Europa-Abgeordneten wollen, dass Dys-Kindern und den Dysfunktionen im Rahmen der Kinderrechtsstrategie der EU besondere Aufmerksamkeit zuteil wird. Sie fordern den Ministerrat und die EU-

Kommission auf, eine „Charta für dysfunktionale Kinder“ zu erstellen.

Besonders wichtig seien „frühzeitige Beachtung, Früherkennung, systematische Diagnostik und Betreuung“, denn in vielen EU-Staaten blieben die Dysfunktionen zunächst unerkannt und führten später zu Integrationsproblemen und zur Diskriminierung. Auch sollte ein europäisches multidisziplinäres Netz für spezifische Lernschwierigkeiten geschaffen und gefördert werden, so das Europaparlament.

Die vorliegende *schriftl.* Erklärung war von den Abgeordneten von Marie Panayotopoulos-Cassiotou, Richard Howitt, Kathy Sinnott, Roberta Angelilli und Anna Záborská im Juni 2007 initiiert worden und hat insgesamt 432 Unterschriften anderer EP-Abgeordneter erhalten.

Den Wortlaut finden sie unter URL: [http://www.europarl.europa.eu/news/public/story\\_page/066-11636-288-10-42-911-20071012STO11623-2007-15-10-2007/default\\_de.htm](http://www.europarl.europa.eu/news/public/story_page/066-11636-288-10-42-911-20071012STO11623-2007-15-10-2007/default_de.htm)

Darüber hinaus war das Thema „Gegen „Dys“kriminierung von Kindern und Ausschluss von „Dys“Menschen“ am 26. September auch Gegenstand einer mündlichen Anfrage mit Diskussion im Plenum des EP. Allerdings

bezogen sich die meisten Wortmeldungen auf die durch Legasthenie verursachten Probleme. ADHS wurde nur kurz gestreift.

So bestätigte EU-Kommissar Figel, dass die Arbeitspläne der Kommission im Bereich öffentliche Gesundheit für 2005, 2006 und 2007 besonders den Bedarf an weiteren Informationen und der Definition von Indikatoren hinsichtlich Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, kognitive Entwicklungsverzögerungen und Störung von Bewegungs-, Wahrnehmungs-, Sprach- und sozio-emotionalen Funktionen hervorgehoben haben. Mehrere Aufforderungen zur Einreichung von Projektvorschlägen seien veröffentlicht worden, um so die Forschung zu „dys“ bezogenen Problemen zu unterstützen. Trotzdem hat die Kommission keinen einzigen Projektvorschlag in diesem Bereich erhalten.

Die deutsche Europaabgeordnete Hiltrud Breyer zeigte dagegen in ihrer Wortmeldung wenig Verständnis für die ADHS-Problematik. So forderte sie: „Ein Anliegen ist mir, dass wir Dyslexie nicht mit ADS verwechseln. Es wäre wirklich fatal, dies in einen Topf zu werfen. Wir wissen auch, dass ADS in engem Zusammenhang mit übermäßigem Fernsehkonsum, mit übermäßiger Reizüberflutung steht.“ Offenbar besteht bei manchen Abgeordneten weiterhin Aufklärungsbedarf. 

### Schriftliche Erklärungen:

Eine schriftliche Erklärung ist ein kurzer Text (von höchstens 200 Wörtern), den einzelne Abgeordnete (höchstens 5) ihren Kollegen zur Unterschrift vorlegen. Wenn die Erklärung von der Hälfte aller 785 EU-Abgeordneten unterschrieben wurde, gilt sie mit der Feststellung des Präsidenten, dass die Mindestzahl erreicht wurde, als vom Europäischen Parlament angenommen. Sie wird ins Protokoll der aktuellen Plenarsitzung aufgenommen und im Amtsblatt veröffentlicht.

# Off-label-use bei ADHS-Arzneimitteln

Reinhard Wissing

Es war eigentlich zu hoffen, dass sich dieser Beitrag erübrigen würde, nachdem die Fa. Medice sich seit Frühjahr 2005 mit den entsprechenden Tests und Nachweisen beim Bundesarzneimittelamt um die Zulassung von Medikinet retard® für die Behandlung von ADHS bei Erwachsenen bemüht und damit die Voraussetzungen schaffen würde, dass zumindest zunächst Medikinet retard® auch für die Behandlung Erwachsener in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen würde.

Man kann als Betroffener nun einwenden, man erhalte doch auch als Erwachsener sein Methylphenidatpräparat auf Kassenrezept verschrieben, ohne dass hier die Krankenkasse Ärger macht.

Dies ist aber der Ausnahmefall und hängt von der Großzügigkeit der einzelnen AOK, BKK oder Ersatzkasse ab und ist keineswegs selbstverständlich. Ein Arzt, welcher ohne Abstimmung mit der jeweils betroffenen Krankenkasse ein derartiges Präparat (wozu auch Strattera® als Atomoxetin gehört) auf Kassenrezept verschreibt, läuft Gefahr, wegen eines „sonstigen Schadens“ von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung in Regress genommen zu werden und alle Kosten tragen zu müssen, welche den Kassen durch diese fehlerhafte Verschreibungspraxis entstanden ist.

Damit ergibt sich die Frage, ob Krankenkassen nicht auf rechtlichem Wege gezwungen werden können, diese nach dem Arzneimittelgesetz nur zur Anwendung bei Jugendlichen zugelassenen Präparate auch für die betroffenen Erwachsenen zu finanzieren.

Die derzeit geltende Grundlage ist das Urteil des Bundessozialgerichts (B 1 KR 27/02 R), vom 19.10.2004, wonach Arzneimittel, welche in Deutschland arzneimittelrechtlich nicht zugelassen sind und über kei-

ne zentrale europaweite Zulassung verfügen, nicht in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, selbst wenn sie in einigen anderen Ländern bereits zugelassen sind.

Dieser Grundsatz wurde auf Grund einer Verfassungsbeschwerde (1 BvR 347/98) vom 6.12.2005 vom Bundesverfassungsgericht relativiert, als es hier ein Urteil des Bundessozialgerichts als verfassungswidrig aufhob und den Fall zur Neuentscheidung an das Bundessozialgericht zurückverwies.

Das Bundessozialgericht hatte jedoch bereits in seinem Urteil (B 1 KR 37/00 R) vom 19.03.2002 selbst diese Ausnahmefälle gesehen und geurteilt, dass Arzneimittelverordnungen in einem von der Zulassung nicht umfassten Anwendungsgebiet (= off-label-use) dann von den gesetzlichen Krankenkassen zu bezahlen sind, wenn es

1. um die Behandlung einer schwerwiegenden, lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung geht,
2. keine andere Therapie verfügbar ist,
3. aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Bezüglich der Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten hat hierzu das Bayerische Landessozialgericht in seinem Urteil (L 5 KR 93/06) vom 13.06.2006 wohl die umfassendsten Ausführungen gemacht, zumal es auf diesem Gebiet sonst kaum höhergerichtliche Entscheidungen gibt, insbesondere keine Entscheidung des Bundessozialgerichts bisher vorliegt.

Das Bayerische Landessozialgericht führt in seiner Entscheidung aus, dass in Hinblick auf Ziff. 2 dieser Voraussetzungen für ADHS-Patien-

ten in der Tat derzeit keine anderen, gleichwertigen Therapien als Methylphenidat zur Verfügung stehen.

Atomoxetin (welches ebenfalls nicht zur Behandlung Erwachsener zugelassen ist) sei auf Grund einer Stellungnahme der Bundesärztekammer lediglich als Medikament zweiter Wahl anzusehen. Die Kassen dürften im Übrigen auch nicht die Versorgung mit dem für Erwachsene nicht zugelassenen Methylphenidat verweigern und gleichzeitig auf das ebenfalls nicht zugelassene Atomoxetin verweisen.

Zu Ziff. 3 dieser Voraussetzungen stellt das Gericht fest, dass seit der Veröffentlichung der Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung im Bundesärzteblatt vom 26.12.2005 diese geforderte Voraussetzung für eine zulassungsübergreifende Verordnung von Methylphenidat für Erwachsene erfüllt sei.

Daher kann sich ein erwachsener ADHS-Patient ab dem 27.12.2005 darauf berufen, dass ihm für die Behandlung keine andere Therapie zur Verfügung steht und daher die gesetzliche Krankenkasse ab diesem Zeitpunkt (aus rechtlichen Gründen nicht schon früher!) Methylphenidatpräparate zu bezahlen hat.

Die Hürde, welche jetzt jedoch noch zu überwinden ist und in jedem Einzelfall anders ist, ist der individuelle Grad der Betroffenheit, welcher in Ziff. 1 der Bundessozialgerichtsentscheidung verlangt wird.

## Patient in Nachweispflicht

Nur wenn es dem Patienten gelingt, nachzuweisen, dass er an einer schweren Form der ADHS leidet, hat er Erfolg mit seinem Antrag (oder einer Klage zum Sozialgericht) auf Kostenübernahme. Hierzu sind konkrete Nachweise auf die Schwere der Erkrankung und ihre Auswirkung im täglichen Leben notwendig, aber dann auch hinreichend. Die Schwere der ADHS muss sich also durch eine konkrete Ausprägung zeigen, welche durch den Lebenslauf dokumentiert werden kann und natürlich fachärztlich unterlegt werden muss, ggf. durch klinische Gutachten.

Das Bayerische Landessozialge-

richt führt dazu beispielhaft eine psychosoziale Dekompensation, schwerwiegende Kommunikationsstörungen im sozialen Umfeld, Nähe zu Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder sonstige Persönlichkeitsstörungen auf.

Soweit also gesetzliche Krankenkassen nach Beratung mit ihrem

Medizinischen Dienst (MDK) eine Kostenübernahme ablehnen, wird wohl auch in Zukunft nur der Klageweg bleiben und der Nachweis der individuellen Schwere der ADHS-Erkrankung als dem „Knackpunkt“ für den Ausgang des Verfahrens zu führen sein. ←

ständigen Gericht übertragen können. Dieses hat keine Befugnis zu einer Sachentscheidung, nämlich das Ob und Wie zu bestimmen, sondern kann nur die Entscheidungskompetenz einem der beiden Elternteile übertragen. Maßgebend ist hier, ob es gerechtfertigt ist, die Entscheidungskompetenz demjenigen zu übertragen, mit dem das Kind zusammenlebt. Dies ist in der Regel der Fall, dieses Elternteil hat die alltäglichen Probleme mit dem Kind zu bewältigen.

Nur wenn offensichtlich ein dem Wohle des Kindes zuwiderlaufendes Verhalten dieses Elternteils erkennbar ist, könnte eine andere Entscheidung angebracht sein. Dies kann aber nicht darin gesehen werden, dass dieser Elternteil (nach ärztlicher Verordnung) Methylphenidat verabreichen will. Wenn der betreuende Elternteil den ärztlichen Empfehlungen folgen will, so ist dies von Gerichtsseite nicht zu beanstanden. (Fundstelle: OLG Bamberg in FamRZ 2003, 1403 f)

Im Ergebnis heißt dies, dass für die Entscheidung, ob ein ADHS-Kind mit Medikamenten therapiert werden darf, jeweils der dieses Kind überwiegend betreuende Elternteil zuständig ist. Sollte der andere Elternteil dies nicht einsehen wollen, müsste man sich diese Kompetenz durch das Familiengericht bestätigen lassen. ←

## Wer entscheidet über die Behandlung unseres Kindes?

Reinhard Wissing

Diese Frage wird immer wieder gestellt, wenn sich die Eltern eines Kindes zwar das elterliche Sorgerecht teilen, jedoch nicht mehr zusammenwohnen, das Kind somit nur bei einem Elternteil lebt und Streit über eine medikamentöse Behandlung herrscht.

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) sieht für diesen Fall in § 1671 vor, dass ein Elternteil sich durch einen Antrag zum Amtsgericht – Familiengericht – einen Teil der elterlichen Sorge übertragen lassen kann, nämlich das alleinige Entscheidungsrecht über die Gesundheitsfürsorge.

Es ist dies dann eine partielle Alleinsorge, nur auf diesen Bereich beschränkt. In allen übrigen An-

gelegenheiten gilt die gemeinsame elterliche Sorge dagegen weiter. Eine vollumfängliche Übertragung des Sorgerechts nur auf einen Elternteil ist dagegen ohne Zustimmung der Gegenseite nach der derzeitigen Rechtssituation nur selten zu erreichen.

Das Oberlandesgericht Bamberg hat hierzu in einem veröffentlichten Beschluss vom 26.8.2002 (Az.: 7 UF 94/02) bezüglich der Behandlung des hyperkinetischen Syndroms eines Kindes festgehalten, dass bei Konflikten der Eltern über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eines Kindes und ggf. welcher Art, die Eltern die ihnen obliegende Verantwortung nicht dem zu-

Anzeige



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

**HEBO** ...mit Freude erfolgreicher lernen  
die Privatschule

### ABITUR und MITTLERE REIFE

Auch bei Versetzungs- und Aufnahmeproblemen an öffentlichen Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.

KLEINE KLASSEN, FÖRDERUNTERRICHT, HAUSAUFGABENBETREUUNG, AG's, INDIVIDUELLE FÖRDERUNG + BETREUUNG, INTENSIVFÖRDERUNG bei ADHS und TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN, SCHULPSYCHOLOGISCHE TESTUNG, JOB COACHINGKURSE, MITTAGESSEN, auf Wunsch soz. pädag. Wohneinrichtung/ Internat

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule

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



# ADHS im StudiVZ

## Regel Informationsaustausch auf der Studentenplattform

Markus Lebe

FES-Stipendiat Markus Lebe schreibt über ADHS im StudiVZ – und hat auf der Studentenplattform im Internet eine ganz spezielle Gruppe eröffnet. Viel wurde schon über StudiVZ geschrieben. Für die Wenigen, denen die Dimensionen des Phänomens noch nicht ganz bekannt sind, hier zwei nackte Zahlen: etwa zwei Millionen Nutzer gibt es allein im deutschsprachigen Raum, und Anfang des Jahres verkauften die studentischen Startup-Gründer um Ehsan Dariam ihr Portal für 50 bis 100 Millionen Euro (es gibt nur Schätzwerte) an die Georg-von-Holzbrinck-Verlagsgruppe. Die Expansion scheint unaufhaltsam.

### Gruppen sind das Wichtigste

Das vielleicht spannendste Feature der Studentenplattform ist die Gruppenbildung. Egal ob aus purem Jux, zum Beispiel „Vegetarier essen meinem Essen das Essen weg“, oder mit ernsthafte organisatorischem Hintergrund, wie der „Ökumenische Skatclub Tübingen“ – jeder kann sich

dort mit Gleichgesinnten zusammenfinden.

Ein Bekannter von mir aus Bielefeld kam auf die gute Idee, mit „ADS/ADD – Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ eine erste, seriöse Gruppe zum Thema ADHS auf StudiVZ zu gründen. Sie hat inzwischen über 300 Mitglieder. Daraufhin folgten ungefähr zwanzig weitere Gruppen Gründungen, und die gesamte Bandbreite von Freud („ADHS und hochintelligent“) und Leid („ADHS-Bitte helf mir!“) beim Thema ADHS wird abgedeckt.

Was mir als Gemeinsamkeit bei all diesen Gruppen sofort auffiel, waren die Solidarisierung und der Zusammenhalt, was in den oftmals ausgeprägten Forumsbeiträgen am besten sichtbar wird: egal ob Medikation, Strategien beim Lernen für und Verhalten in Prüfungen, die Suche nach passenden Ärzten oder Bewältigung von Problemen im Alltag – über all dies wird rege diskutiert, von Hamburg bis München, und von Köln bis Dresden.

### ADHS in Münster

Ich selbst habe dann die Gruppe „ADHS@Münster“ angelegt, und auch wir haben inzwischen über zwanzig Mitglieder. Aufgrund der lokalen Nähe sind für Interessierte neben dem Informationsaustausch im Netz auch private Treffen möglich. Egal ob Kneipenabend, Kinobesuch, Pokern oder Grillparty – all dies haben wir hinter uns. Leute desselben Studiengangs tauschen Informationen aus oder schließen sich zu Lerngruppen zusammen. Handwerklich Unbegabte finden handwerklich hochbegabte Hilfe.

Wer meinen Artikel langweilig findet, darf ihn gerne sofort wieder vergessen. Mache ich auch öfters. Wer ihn interessant findet, ist sicher von jedem der neunzehn ADHS-Gruppen Gründer im deutschen StudiVZ eingeladen, sich entsprechende Gruppen anzusehen und in sie einzutreten. ←

## „Ich habe ihnen eine Synapse mitgebracht“

Selbsthilfegruppe Sassenburg (Niedersachsen) begrüßte in der Mühlenstadt Gifhorn bereits zum dritten Mal ADHS-Experten aus Hannover

Frank Häusler

Margit Tütje-Schlicker, vor fünfeinhalb Jahren Mitbegründerin des ADHS-Gesprächskreises Sassenburg, hatte ganz bewusst auf zu viele Begrüßungsworte verzichtet. „Sie warten“, sagte die Sassenburgerin im gut besuchten Saal des Gifhorer Morada Hotels, „auf den Vortrag von Doktor Wolff.“ Wenig später eröffnete der Diplom-Psychologe aus Hannover sein Referat „Multimodale Therapie des AD(H)S bei Erwachsenen“ – zum Auftakt mit einem überraschenden Eingeständnis. Welches freilich 32 Jahre zurückliegt.

Denn 1975 begann Dr. Georg Wolff sich mit der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu beschäftigen. „Es gab Familien“, so Wolff, „die ich bis dahin falsch behandelt hatte, seither hat mich ADHS nicht mehr losgelassen.“ Was in den 70er Jahren noch als hyperkinetisches Syndrom (HKS) bezeichnet wurde, nennen Fachleute heutzutage ADHS. Wobei der vorletzte Großbuchstabe für Hyperaktivität steht und nicht bei jeder Diagnose vorkommt. Wolff sprach in seinem Referat der Einfachheit halber nur von

ADHS. Meinte aber beide – die Impulsiven und auch die Verträumten. Sozusagen die zwei Seiten von ein und derselben Medaille. Lapidar allerdings bezeichnete der Psychotherapeut an dem Gifhorer Abend die Menschen mit ADHS häufig als „Hypies“. Wohl gemerkt: Der Hannoveraner hielt sich strikt an neueste, wissenschaftliche Erkenntnisse. Schließlich war sein mittlerweile dritter Auftritt in Gifhorn als offizielle Ärzefortbildung anerkannt. Womit klar sein dürfte, warum er häufig aus einer 2006-Schrift der Bundesärzte-

kammer zitierte oder zumindest darauf verwies. Laut Dr. Georg Wolff, „der goldene Standard“ für Fachleute. Von zu trockener und unverständlicher Fachsimpelei konnte derweil keineswegs die Rede sein.

„Ich habe ihnen eine Synapse mitgebracht, davon haben wir Hundert Milliarden in der Birne“, verdeutlichte der Dozent und prompt erschien via Beamer die entsprechende Zeichnung an der Wand. Hauptinteresse galt einem synaptischen Spalt, sowie dem Botenstoff namens Dopamin. Was, wenn in diesem Bereich die Reizweiterleitung nicht funktioniert? Was folglich tun, wenn die Diagnose ADHS vorliegt? „Dann empfiehlt“, so Dr. Georg Wolff, „die Bundesärztekammer den Wirkstoff Methylphenidat, denn ADHS ist im Grunde eine Regulationsstörung.“ Schnell wurde deutlich, dass langes Drumherumreden an diesem Abend nicht angesagt war. Nach über 30 Jahren als Psy-

chologe könne er nicht auf die medikamentöse Behandlung verzichten. „Es sei denn“, meinte der 68-Jährige, „man möchte sich unterlassener Hilfeleistung schuldig machen.“

Selbst bei 65 bis 75 Jahre alten Patienten stellte Dr. Wolff schon die ADHS-Diagnose, doch beeindruckt ist er immer wieder wenn ihm Kinder verblüffende Schilderungen abliefern. „Seitdem ich“, schrieb ein Achtjähriger, „Tabletten nehme sprudeln die Ideen noch wie früher.“ Aber gleichzeitig befinde sich jetzt noch ein Inhaltsverzeichnis im Kopf. Das saß. Viele teils Selbstbetroffene der knapp 100 Zuhörer im Saal fanden sich schnell verstanden. „Ich finde es einen Vorteil“, meinte eine Zuhörerin, „wenn ich drei Sachen auf einmal machen kann.“ Häufig aber konfrontiert mit beunruhigenden Fragen, entstehe „bei den Hypies ein Gefühl von Gestört sein.“ Anhand einiger Beispiele verdeutlichte Wolff den

bei einem ADHS-Patienten chronischen Zustand des noch nicht ganz Wachseins.

Mittlerweile betreut der Experte aus Hannover selbst Dauer-Patienten seit über 20 Jahren. Langzeitfolgen? Fehlanzeige: „Ich sehe kein Indiz, dass die Dauer der Indikation schädlich sein soll.“ Erschreckend hingegen sei etwas ganz anderes. „30 Prozent der Erzieher sind immer noch der Meinung“, bedauerte der Diplom-Psychologe, „dass die Medikamente Schaden machen.“ Dabei müsste vor allem Kindern und Jugendlichen viel häufiger vermittelt werden, „dass diese kleinen weißen Pillen ihre Helfer sind.“ Nichtsdesto trotz sei ADHS nur eine Diagnose – keine Entschuldigung. Wolff: „Den Zahn müssen wir den Patienten ziehen.“

Info: ADHS Gesprächskreis Sassenburg, Leiterin Margit Tütje-Schlicker, Telefon 05371-63329, E-Mail [mtuetje-schlicker@web.de](mailto:mtuetje-schlicker@web.de)



Dr. Georg Wolff

## Selbsthilfegruppe Köln – Rechtsrheinisch

# ADHS – eine medizinische und pädagogische Herausforderung

Karin Knudsen

Unter diesem Thema veranstaltete die SHG Köln-Rechtsrheinisch im November eine Fortbildung für ErzieherInnen in Kindertagesstätten und GrundschullehrerInnen.

Mit einem Einführungsvortrag

■ **„Medizinische Aspekte von ADHS“** Dr. Alexander v. Stülpnagel, Facharzt f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Krefeld  
weiteren Workshops

■ **Möglichkeiten der Früherkennung im Kindergarten- und Grundschulalter** Dr. Rosemarie Berthold, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin

■ **Diagnostik und Therapie-Angebote – Was ist möglich, was ist sinnvoll?** Dr. Alexander v. Stülpnagel, Facharzt f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Krefeld

■ **ADHS – Tipps für den Schulalltag**

Ulrike Vlk, Leiterin einer Grundschule im Kreis Viersen und einer kurzen anschließenden Diskussionsrunde im Plenum war das Programm bestens durch die fachlich qualifizierten und sehr lebendigen Vorträge der Referentinnen und des Referenten bestückt.

Nicht alle Anmeldungen konnten berücksichtigt werden, weil selbst die großzügigen Räume des Evangelischen Stadtkirchenverbandes in Köln sonst überfüllt gewesen wären.

Aber wegen der großen Nachfrage der pädagogischen Fachkräfte fand Dank Unterstützung der Referentinnen, Dr. Rosemarie Berthold und Ulrike Vlk drei Tage später ein Zusatzworkshop statt.

Hier noch einmal ein ganz herzliches Dankeschön für diesen besonderen Einsatz!

Somit konnten immerhin ca. 160

Interessierte teilnehmen und Wissen, Broschüren, Bücher und Ergebnisse der Fachgespräche in ihre Einrichtungen tragen.

Es gab sogar hinterher sehr positive Rückmeldungen aus Schulen und Kindertagesstätten per E-Mail.

Wer hätte das gedacht ... vor 10 Jahren, als ich noch händeringend einen Lehrer meines Sohnes davon zu überzeugen versuchte, dass hier eine ganz besondere Problematik vorlag ...

Alles hat seine Zeit! – Es war mir daher eine besondere Freude, wieder einmal LehrerInnen einzuladen und zu erkennen, dass auch wir jetzt – immer öfter – g e m e i n s a m auf dem Weg sind.

Karin Knudsen, Köln

# Coaching

## Seminar der ADS-Erwachsenenselbsthilfegruppe Münster

Walter Beerwerth

### Vorbemerkung

ADS ist eine Erkrankung, die das gesamte Leben begleitet. Ursache ist das Fehlen eines Botenstoffes, des Dopamins. Das ist vergleichbar mit der Zuckerkrankheit, da ist es das Insulin, das fehlt. Wie beim Diabetes verlangt die Behandlung eine Fülle von lebensbegleitenden Maßnahmen um ein erfolgreiches (Über-)Leben zu ermöglichen. Diese Maßnahmen sind beim ADS der Erwachsenen noch nicht entwickelt, geschweige denn erprobt. Seit Jahren sieht die Selbsthilfegruppe Münster ihren Schwerpunkt

Die Mecklenbecker Bürger haben ihr Stadtteilzentrum, den Hof Hesselmann, für „'n Appel und 'n Ei“ zur Verfügung gestellt und dafür sogar eine Hochzeitsfeier ausgeladen. Die Eosklinik hat mit ihrem Beamer ausgeholfen. Eine Reihe „Zuhörer“ kamen trotz Herbstferien auf Einladung, damit aus allen Lebensbereichen Erfahrungen eingebracht werden konnten. Wir danken!

### Konzept

Es sollte zunächst das Elterntraining vorgestellt werden. Das ist die bisher am besten bewährte Unterstüt-

gen der anspruchsvollen Zuhörer mit Bedacht gewählt. Frau Hillebrand macht ein modernes und überdies erfolgreiches Elterntraining, das bes-te weit und breit. Frau Lehr ist eine gestandene Theaterpädagogin, die mit Theater Tonno ein Meisterstück an Persönlichkeitsförderung von jungen Männern (vorwiegend ADSlern) geleistet hat. Frau Beerwerth hat das Coaching bei ADS mit entwickelt und publiziert.

### Pleiten, Pech und Pannen

Ich sollte mitschreibend dokumentieren und einen trockenen Bericht verfassen. Die Ereignisse haben mich dann zum Teilnehmer an einem nicht ganz freiwilligen Experiment gemacht. Das ist nicht allein mir so gegangen. Objektiv berichten alleine geht also nicht. Machen wir aus der Not eine Tugend: Damit es nicht langweilig wird, schreibe ich ab jetzt immer mal wieder als Ich-Erzähler, man merkt es gleich *am anderen Schrifttyp*.

*Neun Uhr durch und keine Frau Lehr in Sicht. Sie sollte die Bande und die erste Referentin, Frau Hillebrand, „warm machen“. Wer noch nie vor dieser Zuhörerschaft gesprochen hat, bekommt sonst ein Problem. Zehn Uhr, keine Frau Lehr, keine Abmeldung. Hoffentlich ist nichts Schlimmes passiert! Sanna, die die Kasse usw. übernehmen sollte, sitzt zunächst völlig derangiert im Nebenraum, macht dann wirre Hektik. Total verpeilt die Ärmste. Nach der OP am Fuß vor zwei Wochen kann sie sich nicht mehr ausreichend bewegen. Die Einstellung auf Medikamente ist daher völlig durcheinander. Substitutionstherapie mit Insulin und Methylphenidat hat vieles gemeinsam. Ändern sich die Lebensumstände, ist alles durcheinander. Wenn Verwirrtheit messbar wäre, wie der Blutzuckerspiegel... Der Coach als Messfühler? Helga übernimmt trotz Hexenschuss, kam nur mit Hilfe aus dem Auto. Wo bleibt die Theaterpä-*



Walter Beerwerth  
„in Aktion“,  
(v. l. Helga Rethmann,  
Karin Knudsen)  
Er verabschiedet sich  
als stellv. Gruppen-  
leiter in Münster mit  
Ende des Jahres.  
Wir danken ihm für  
die bisher geleistete  
Arbeit.

in der Entwicklung solcher Instrumente. Die Veranstaltung, über die hier berichtet wird, steht in dieser Tradition.

Zu unserer Freude haben wir bei dieser Arbeit Unterstützung, was auch bei dem aktuellen Seminar deutlich geworden ist. Die Stiftung Siverdes hat die Finanzierung übernommen. Alle Referenten haben sich trotz denkbar geringer Aufwandsentschädigung mehreren vorbereitenden Treffen unterzogen. Frau Hillebrand hat sogar ihren Familienurlaub verschoben. Frau Knudsen, stellvertretende Vorsitzende des ADHS-Deutschland, ist eigens angereist.

zung für Kinder mit ADS, ohne die weitere Maßnahmen wie Medikation in's Leere laufen. Es hat Pate gestanden für das Coaching, wie es im Umfeld der Münsteraner SHG entwickelt wurde. Dann sollte ein neues Element eingebracht werden, das Theaterspiel. Bei alledem musste die Zusammensetzung des Publikums beachtet werden. Das waren in erster Linie erwachsene ADSler, das anspruchsvollste, unruhigste aber dankbarste Publikum, das man sich denken kann. Zu diesem Zweck sollte das Improtheater als Mittel der Erwachsenenbildung eingesetzt werden. Die Referenten waren we-

dagogin? Zeit gewinnen. Grußwort vorziehen! Nach vorne stellen, für Ruhe sorgen, Karin Knudsen hereinspielen.

### 10:05 Begrüßung

durch Dr. Walter Beerwerth.

**10:15** Der Ehrengast, **Karin Knudsen**, überbringt als stellvertretende Bundesvorsitzende des ADHS Deutschland e.V. die Grüße des Vorstandes. Sie unterstreicht die Bedeutung gesellschafts- und gesundheitspolitischer Arbeit der Selbsthilfe. Dazu ist ein mitgliederstarker Verband unabdingbar. Dann geht sie auf die Bedeutung einzelner SHGs als Ideenschmieden ein.

*Eugen unser eigener Improfreak hängt wohl noch auf der Autobahn. Er weiß noch gar nichts von seinem Glück als Notnagel. Christine kann ich nicht finden, wurde von Helga anderweitig eingespannt. Zeitverzug jetzt – und die Gruppe geht in die Luft. Die Unruhe der Organisatoren hat sich auf die Gruppe übertragen. Unfreiwillige Demonstration der Bedeutung von Schwingungen. Die Grundmelodie des Tages, Emotionen, hätte ich lieber anders angestimmt gesehen. Ungern, was aber bleibt?! Warmmachen fällt aus. Ab ins kalte Wasser mit Frau Hillebrand. Die Ärmste. Aber siehe da, die Frau ist nicht nur bestens vorbereitet, sie schlägt sich auch wacker in ihrer ersten Raubtiernummer. Das macht sie auf wirklich sympathische Weise. Die Frau ist gut! Auf jeden Fall wieder als Referentin einladen! Das Problem mit diesem Publikum ist: entweder keiner hört zu, tuschelt nervig rum, oder alle wollen gleichzeitig lauthals diskutieren. Verflucht sei unsere Mischung aus Aufmerksamkeitsstörung, Aggressivität und Impulsivität! Versuche der Referentin, die Arbeit ein wenig zu erleichtern, hänge den Gruppenleiter raus: ein wenig Zwischenfragen an der einen Stelle und Ausbremsen des Publikums an der anderen. Frau Hillebrand kommt gut über die Runde. Der anschließend überreichte Blumenstrauß ist mehr als verdient. Sie fährt direkt von der Veranstaltung mit der Familie in den Urlaub. Ob der Strauß bis zur Ferienwohnung welk ist?*

### 10:30 Ute Hillebrand

#### „Elterncoaching“

Zunächst werden die Ziele dargestellt:

- ▮ Verständnis über die besondere Art der Kinder wecken.
  - ▮ Erwartungen der Eltern den Möglichkeiten der Kinder anpassen.
  - ▮ Ermutigen zu erziehen. Selbstvertrauen der Eltern stärken.
  - ▮ Organisation für Aktivitäten wie medizinische Hilfe, Jugendhilfe, Schulkonferenzen usw. aufbauen.
- Zum Setting: sie bietet ein Einzelcoaching für ein Elternpaar an mit einem Umfang von 2 x 3 Stunden plus Telephonerminen, wahlweise eine Gruppenschulung von 7 x 1 ½ Stunden plus Telephonermin.

Dann kommt sie zum Kern der Sache. Dieses Coaching hat sich aus der Elternschulung entwickelt. Es ist zweigeteilt. Auf der einen Seite geht es um Einstellungen, Erwartungen und Emotionen der Eltern, auf der anderen Seite um konkrete Erziehungshilfen, sozusagen um Kochrezepte. Je länger sie im Geschäft ist, umso mehr rückt der erste Teil in den Vordergrund. Wenn ein Kind mit ADS erzogen werden soll, ist Schulung der Erziehenden nach „Kochrezepten“ ohne eine freundliche, zugewandte, gelassene Stimmung der Eltern wirkungslos. Das stellt das Coaching Erwachsener und das Familientraining in eine Linie.

Dann werden bewährte Bausteine dazu vorgestellt, wie die Familienkonferenz, Belohnungssysteme, Aufklärung der Eltern, gemeinsames Handeln der Eltern, usw. Um die Eltern in die Lage zu versetzen, sich mit dem nötigen Seelenfrieden diesen sehr schwierigen Kindern zu widmen, muss man die Phasen bei der Auseinandersetzung mit der neuen Diagnose kennen:

- ▮ Verleugnung
- ▮ Erleichterung
- ▮ Wut
- ▮ Trauer
- ▮ Akzeptanz

Es kommt heraus, wie erleichternd das Wissen um die neurobiologischen Zusammenhänge sein kann. An dieser Stelle steht Angela auf und erzählt von ihrem fast zwei Jahrzehnte währenden Kampf mit den Besonderheiten ihres Adoptivsohnes.

„Fachleute“ hatten seine Auffälligkeiten auf traumatische Ereignisse rund um die Adoption und falsche Erziehung durch Angela und ihren Mann geschoben. Erst mit der späten Diagnose ADS eröffneten sich Möglichkeiten für die Familie, damit umzugehen. Tatsächlich hatte die Familie mit einer liebevollen aber konsequenten Art des Umganges richtig gelegen.

Zu guter Letzt wird noch das ABC der Problemanalyse besprochen „Auslöser – Bewertung – Konsequenz“ als Schlagworte. Immer wieder streicht Frau Hillebrand die Bedeutung von Lob und Belohnung heraus.

*Organisationspause. Essenswünsche aufnehmen. Die Theatertruppe „die jungs“ ist da, allein es fehlt die Chefin. Was machen die jungen Leute? Sie spielen eine Improshow in eigener Regie!*

### 12:00 Improshow mit „die jungs“.

Es werden Übungen aus den Improsport vorgeführt, die wie maßgeschneidert zur Theaterpädagogik bei ADS sind. Die Binsenweisheiten bei ADS, „Macht's keinen Spaß, macht's keinen Sinn.“ und „Nichts hilft so gut wie Lachen.“ werden für alle nachfühlbar demonstriert.

*Das Publikum lacht schallend. Die Stimmung ist auf einmal bestens. Emotionale Instabilität, diesmal, endlich positiv. Mittagessen und Zeit für Organisation. Helga bekommt trotz Schmerz ein Lächeln hin und spannt Teilnehmer, Referentin, Ehrengast ein, um sich dann abholen zu lassen. Sie kann nicht mehr gehen, nicht stehen, vom Sitzen ganz zu schweigen. Eugen ist eingetroffen und wird das geplante Theaterspiel des Publikums leiten. „die jungs“ werden das Warmmachen von Publikum und Referenten vor dem nächsten Vortrag übernehmen. Jan Siebenbrock, einer aus der Theatertruppe, wird im improvisierten Spiel den Teil von Frau Lehr übernehmen. Mein Job dabei, Stichwortgeber. Löcher gestopft, Stimmung gewendet. Puuuh!*

**12:30 Mittagspause** mit Pizza und lebhafter Unterhaltung der Teilnehmer. Es ist günstig, dass derartig vie-

le Lebensbereiche vertreten sind, so lassen sich lohnende Kontakte knüpfen.

**13:30 Improtheaterschau mit „die jungs“**, zweiter Teil. Anschließend wird das Publikum von „die jungs“ mit kunterbunten Übungen „warm“ gemacht. Mit entspannter Miene und gut gelaunt begibt sich darauf die Zuhörerschaft zum nächsten Vortrag.

*Lauter lachende Gesichter. Der nächste Teil wird nicht am unterschwellig aggressiven Publikum leiden. Auch die Referenten wirken gelöst, nur Jan hat Lampenfieber. Unvorbereitet, ohne Probe, aus dem Stand! Ob er das schafft? Auch ich habe Zweifel, denn er muss bei ADS-Publikum mindestens 20 Dezibel lauter sein als alle Nebengeräusche! Und das bis in den letzten Winkel. Andernfalls müssen die sich so sehr konzentrieren, dass sie Bauchweh bekommen. Wer Bauchweh hat, wird knurrig; bitte, bitte, nicht das schon wieder. Reizoffenheit hat ihre Tücken. Gut, dass ich bei der Generalprobe von Janina und Christine dabei war, und eine Vorstellung davon habe, was zur Sprache kommen soll. Auf denn!*

*Christine berichtet im Sitzen, da trägt die Stimme nicht weit. Jan und ich stehen und sind in der Tat so laut, dass es kein Problem gibt. Kurze Fragen, „wie ist das in den Proben?“ „wie löst Janina das Problem?“ beantwortet er mit lebendigen Erzählungen, dass die Rasselbande wie gebannt an seinen Lippen hängt. So eingestimmt und Hyper(!)fokussiert wird auch Christines sehr viel leiserer aber humorvoller Grundlagenvortrag hochgespannt aufgenommen. Man könnte eine Nadel fallen hören. Nicht nur das, es kommt eine Fülle von wertvollen Beiträgen aus dem Publikum. Es läuft, endlich, hurra! In der Pause Impro mit Eugens charmantem Humor. Ruhe und Entspannung kehrt ein. Eugen, du bist ein Schatz!*

**14:00 Christine Beerwerth, Jan Siebenbrock und Walter Beerwerth: „Auf einer Linie“** Coaching und Theaterpädagogik, Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Die Theatergruppen, aus denen sich die Formation „die jungs“ kurzfristig bildete, bestehen zum überwiegenden Teil aus

Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADS. Ihre Entwicklung ist durch die Theaterarbeit positiv beeinflusst worden. Das war Anlass, die pädagogischen Konzepte bezüglich der Gesetzmäßigkeiten des Coaching bei ADS abzuklopfen. Vortragstechnisch wird das folgendermaßen gelöst: Christine Beerwerth berichtet entlang der Kernsymptomatik des ADS über die Möglichkeiten des Coaching. Das wird zu jedem Punkt ergänzt durch ein kurzes Interview mit Jan Siebenbrock. Die Interaktion zwischen Vortragender, Berichterstatter und Fragendem nimmt Züge des Stegreiftheaters an.

In der Sache wird verhandelt:

- ▮ Vor und Nachteile des Hyperfokus. Ausbremsen desselben durch Coaching/Regiearbeit. Nutzen desselben im Beruf und in der Theaterarbeit.
- ▮ Entschlusschwäche als großes, lebensbestimmendes Manko. Wege, dem im Coaching und in der Theaterarbeit beizukommen. In beiden Fällen: Einige wenige Alternativen probieren und gemeinsam entscheiden.
- ▮ Impulsive Schnellschüsse als zerstörerische Kraft. Berichtet wurde, wie man sie durch Teamarbeit reduzieren kann. Das Improtheater nutzt sie und beherrscht sie gleichzeitig durch geeignete Spielregeln.
- ▮ Emotionale Nulllinie, also Phasen ausgeprägter Hypoaktivität, wird in ihren Facetten beleuchtet. Hier hat das Theater mit seiner Kraft zur Begeisterung mehr Möglichkeiten als das Coaching.

## 15:00 Kaffeepause

### 15:30 Eugen Kühn und Christine Beerwerth: Improtheater mit Teilnehmern.

Unter reger Beteiligung des Publikums werden einige Übungen aus dem Improsport durch Freiwillige gespielt. Improvisation gemischt mit Rollenspiel, das trifft die Bedürfnisse der Anwesenden.

### 16:00 Vortrag „Auf einer Linie“ Teil zwei.

- ▮ Emotionale Instabilität wird als Motor des Improtheaters beschrie-

ben. Das schnelle Wechseln und die Heftigkeit der Emotionen kommen zur Sprache, also „himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“ oder „Gefühlsstürme“. Coaching und Theater haben jeweils eigene Mittel, sich dessen positiv zu bedienen. In beiden Fällen geschieht das über die Anwesenheit anderer Menschen. Dorothea berichtet zwischendurch über die lähmende Kraft besonders heftiger Gefühle, speziell des Schamgefühls.

- ▮ Personenbezogenheit wurde als Mittel herausgestellt, die Behinderung – insbesondere in der Selbstwahrnehmung – mit Hilfe anderer Menschen zu überlisten. Spiegeln ist eine Kerndienstleistung des Coaching und ebenso eine wesentliche Methode des Theaters. Das wurde aus dem Stegreif von Jan Siebenbrock und Noah vorgeführt. Eindrucksvoll!
- ▮ Schusseligkeit als offensichtliches Zeichen der Konzentrations- und Organisationsschwäche und deren Überlistung durch geeignete Organisation wird besprochen. In diesem Zusammenhang wird zuletzt auf Pläne als Notfallhilfe eingegangen.

## 17:30 Ende der Veranstaltung

*Was habe ich gelernt bei dieser Veranstaltung? Die Tücken, mit denen wir als Erwachsene mit ADS im Beruf zu kämpfen haben, sind auch für eine solche Veranstaltung ein Risiko. In diesem Fall führte das zu einem anfänglichen Zusammenbruch der gesamten Organisation. Aber eine völlig verfahrenere Kiste wieder flott zu bekommen, das geht eben auch. Die bekannte Stärke eben. Teuer erkaufte! In den nächsten Tagen habe ich zumindest vor Verwirrtheit und Stimmungsschwankungen nichts Rechtes zustande bekommen. Das war für meine Familie nicht lustig. Frau Hillebrand wird sich auch nicht allzu gut amüsiert haben.*

*Wie stimmungsabhängig die Teilnehmer sind, im Guten wie Schlechten, immer wieder frappierend! Das ist in den Familien nicht anders. Wie richtig doch die Schwerpunktfrage von Frau Hillebrand ist! Bedingungen schaffen, in denen positive Emotionen möglich werden. Dann können sich Eltern und Kinder von diesen tragen lassen. Wenn*

das aber z.B. wegen organisatorischen Versagens nicht gelingt, gibt es ein Problem, siehe erste Veranstaltungshälfte. Das gibt es genauso in Familie, Schule oder Beruf. Wenn es gelingt, wie in der zweiten Veranstaltungshälfte, ist ein großer Wurf möglich.

Theaterschulung ist zur Persönlichkeitsentwicklung kaum zu toppen. Ironie des Schicksals, erst durch ihren Ausfall konnten Frau Lehrs Zöglinge zeigen, von welcher Qualität ihre Arbeit gewesen war. „die jungs“ brauchen viele Kollegen!

### Nachbemerkung

Elternschule a' la Ute Hillebrand ist ein wichtiges Gebiet des Coaching. Das von der SHG und Christine Beerwerth propagierte Coaching Erwachsener ist dessen Fortschreibung mit anderen Mitteln. Der Coach simuliert sozusagen eine positiv gestimmte Familie. Die Theaterpädagogik bietet, wie durch Verlauf des Seminars eindrucksvoll bewiesen, gute weitere Möglichkeiten. Zur Erwachsenenbildung bei einem Publikum mit ADS ist es als „Stimmung führend“ und „Aufmerksamkeit herstellend“ ebenfalls erste Wahl.

Deutlich geworden ist darüber hinaus, dass die Theaterarbeit einen Boden bietet einzuüben, wie Coaching abläuft. Des Weiteren werden Selbstbewusstsein, Auftreten, soziale Fähigkeiten und Selbstwahrnehmung ideal geschult. Davon konnte sich jeder Zuschauer von „die jungs“ und von Jan überzeugen. Es lohnt sich, diese Spur zu verfolgen. Theaterpädagogik wird sich voraussichtlich als wesentlicher Baustein in der Förderung von Menschen mit ADS jeden Alters erweisen. Weil es so viel Freude macht, lässt es sich lebensbegleitend durchführen und erfüllt damit eine wesentliche Forderung, die an Hilfsangebote bei einer lebenslangen Behinderung gestellt werden muss. ←

## „ADHS verstehen lernen“

gut besuchte Veranstaltung  
mit nützlichen Informationen

Am 6. November fand zum 11. Mal der bundesweite ADHS-Kongress der VHS Böblingen-Sindelfingen in Kooperation mit dem ADHS Deutschland e.V. und dem Ads e.V. statt. Über 330 Teilnehmer informierten sich unter dem Titel „ADHS verstehen lernen“ über das Themengebiet. Über den aktuellen Forschungsstand und die Diagnostik berichteten Herr Dr. Oberle, Frau Dr. Krause und Herr Professor Krause, weitere Vorträge und Workshops von Herrn Professor Huss, Frau Rudolf, Frau Arthen, Frau Ruf und Herr Dr. Gelb beschäftigten sich mit pharmazeutischen Therapien sowie pädagogischen Ansätzen zur Förderung von ADHS-Patienten.

Einig waren sich alle Redner über die besondere Bedeutung der fami-

liären Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie. Die genaue Beobachtung durch Eltern und Erzieher ist die Grundvoraussetzung für eine frühe Erkennung von ADHS. Moderne Kinderzimmer, mit einer überdurchschnittlichen Reizüberflutung durch Fernsehen, Video und einem Überangebot an Spielzeugen, fördern das Aufmerksamkeitsdefizit der betroffenen Kinder. Diese Reizüberflutung kann von an ADHS erkrankten Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend verarbeitet werden. Wichtig sind daher eine frühe Erkennung des Aufmerksamkeitsdefizits und eine enge Zusammenarbeit von Eltern, Medizinern und Erziehern bei der Therapie. ←

## Liebes Tagebuch ...

*Gestern stand ich wieder einmal im Stau. Scharf gebremst, fast einem hinten drauf geknallt. Böse Blicke. Stillstand. Nichts geht mehr vorwärts. Da steht man dann und darf über das Leben an und für sich nachdenken. Keiner hat Zeit, aber alle müssen warten. Mein nächster Termin auch. Und wenn man da so steht und wartet und es geht und geht nicht vorwärts – da fangen schon die kleinen Alltäglichkeiten an zu nerven: Boah, guck mal, was die Tante vor mir für einen Müll in ihrem Wagen hat! Als wenn das nicht völlig egal wäre. Der Typ hinter mir kriegt vor Ungeduld auch fast einen*

*Infarkt. Ständig lässt er seine Karriere ein paar Zentimeter vor- und zurückrollen, vor und zurück.*

*So jetzt geht es mal etwas weiter. Zwei Meter. Toll. Man sollte einfach ausscheren, nicht mehr mitspielen. Aber nein, alle bleiben brav stehen. Selbst wer innerlich kocht, versucht, gleichmütig zu schauen. Niemand muckt auf, keiner rastet aus. Oder? Doch – ich! „Hey! Kann mal jemand hier eine zweite Kasse besetzen? Ich habe keine Lust, meinen Lebensabend im Supermarkt zu verbringen!“ Na also. Geht doch.*

Friedhelm Ebbecke-Bückendorf

Die Hauptaufgabe des Lehrers ist nicht, Bedeutungen zu erklären, sondern an die Tür des Geistes zu klopfen.

Rabindranath Tagore

## Liebe Mitglieder,

Sie halten nunmehr bereits die dritte Ausgabe unserer *neueAKZENTE* in Händen, das Jahr neigt sich dem Ende ... Zeit für einen Rückblick.

Das Jahr 2007 war bestimmt durch die Umsetzung der Verschmelzung. Zwei in knapp 30 Jahren gewachsene Verbände mit unterschiedlichen Strukturen galt es zusammenzuführen. Intern ist dies so gut wie abgeschlossen. Ich möchte an dieser Stelle insbesondere unseren Damen in den beiden Geschäftsstellen, Frau Festini, Frau Lugert, Frau Matthes, Frau Schüpferling, Frau Weiß sowie Herrn Lüdke, unserem Computerfachmann, ganz herzlich für Ihr Engagement danken.

**Neuerungen** für den alten BV-AH e.V. sind die dreimal im Jahr erscheinende Zeitschrift statt eines Jahrbuches und die Telefonberatung, für den alten BV AÜK e.V. das jährlich erscheinende Fachbuch sowie das nur für Mitglieder zugängliche *Intranet*. Dort finden unsere Gruppenleiter Nützliches wie Briefköpfe, Visitenkarten, die neue Gruppenleitermappe sowie alle Mitglieder, interessante Informationen zum Thema ADHS. Ab Mitte November gibt es darüber hinaus ein von Frau Hinkel *moderiertes Forum*, schauen Sie mal vorbei, es lohnt sich. Sollten Sie Probleme mit dem Anmelden haben, können Sie sich über die Geschäftsstelle bei Herrn Lüdke melden.

Am 09.10.2007 fand auf Einladung der Bundesregierung durch Frau Bätzing, der Drogenbeauftragten, und Frau Caspers-Merk ein Gespräch mit Professor Döpfner, Dr. Johanna Krause und mir zum **Thema „Zulassung von Medikamenten für Erwachsene“** statt. Man teilte uns mit, dass die von einer Pharmafirma durchgeführte Studie von der Expertenkommission nicht akzeptiert worden sei, immerhin habe es kein negatives Votum gegeben. Vielmehr wolle man zwei noch laufende Studien abwarten, um anschließend über eine Zulassung zu entscheiden. Diese Entscheidung sei jedoch nicht vor Ende 2008 zu erwarten. Des weiteren wurde uns berichtet, dass die Krankenkassen zugesagt hätten, für junge Erwachsene, die bereits als Kinder medikamentös behandelt worden seien, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen weiterhin die Kosten für Medikamente zu erstatten und Ärzte nicht in Regress zu nehmen.

Da wir zu diesem Thema sehr unterschiedliche Rückmeldungen in unserem Verband haben, wurde beschlossen, eine entsprechende **Umfrage** unter betroffenen jungen Erwachsenen durchzuführen. **Wir möchten Sie ganz herzlich bitten, den in dieser Zeitschrift befindlichen Fragebogen auszufüllen** und an die Bundesgeschäftsstelle zurückzusenden bzw. den Fragebogen aus dem Internet von unserer Seite [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de) auszudrucken und an Betroffene weiterzugeben.

Die Bundesregierung hat mit Wirkung zum 1.1.2008 eine **Festbetragsregelung** für Methylphenidat beschlossen. Der Verband war im Vorfeld involviert und hat seine Bedenken zum Ausdruck gebracht. Am 15. Dezember werden wir erfahren, ob alle Produkte weiterhin kostenfrei für Kinder und Jugendliche erhältlich sein werden oder ob ggfs. bei einem oder mehreren Medikamenten eine Zuzahlung erforderlich wird. Unser Verband wird dann entsprechend reagieren.

Des Weiteren war der ADHS Deutschland e.V. bei der Bundestagsfraktion der GRÜNEN zu einem **Fachgespräch** mit dem Titel „Musterkind auf Rezept“ eingeladen, Beiträge hierzu finden Sie auf den Seiten 12, 21 und 22.

Die **Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** plant einen Mustervertrag für Ärzte, die Kinder und Jugendliche mit ADHS behandeln, um die Qualität zu sichern bzw. zu verbessern. Wir konnten eine Stellungnahme zu dem Vertragsentwurf abgeben, unsere Anregungen bzw. Forderung waren u.a. Elterntrainings kostenneutral zu ermöglichen sowie der Datenschutz in Hinblick auf mögliche spätere Versicherungsleistungen.

Der Bundesverband hat im Oktober eine bundesweite Gruppenleiterfortbildung in Hirschaid durchgeführt, daneben fanden in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen auf Landesebene entsprechende Fortbildungen statt.

Auf allen größeren Veranstaltungen zum Thema ADHS in Deutschland war es dank Ihrer tatkräftigen Unterstützung möglich, einen Informationsstand zu besetzen. Dafür an alle Aktiven herzlichen Dank!

Seit dem 22.08.2007 sind wir *als Verein eingetragen*. Die nächste **Mitgliederversammlung**, verbunden mit einem **Symposium** und einer **bundesweiten Gruppenleiterfortbildung** findet **am 12./13.04.2008** in Friedrichsdorf statt.. Thema des Symposiums ist „ADHS bei Heranwachsenden und Erwachsenen“, als Referenten konnten wir Herrn Dr. Claus, Herrn Dr. Müller-Monning, Frau Neuhäus und Frau Dr. Neuy-Bartmann gewinnen. Auf dieser Mitgliederversammlung wird der gesamte Vorstand neu für eine Dauer von drei Jahren gewählt (*siehe Kandidatenvorstellung*). Ich würde mich freuen, Sie dort zahlreich begrüßen zu dürfen.

Im Namen des gesamten Vorstandes und der Mitarbeiter wünsche ich Ihnen Frohe Weihnachten und einen guten Rutsch ins Neue Jahr!

Ihre



Myriam Menter



# Unsere aktiven Regionalgruppen berichten

**Gute Traditionen sollen nach der Verschmelzung zweier großer Verbände fortgeführt werden. Nur die Form passt sich den neuen Gegebenheiten an. Die Jahresberichte der Regionalgruppen, die der BV AH e.V. früher in einem Jahrbuch zusammenfasste, bekommen auch in *neue AKZENTE* ihren Platz. Wir veröffentlichen interessante Beispiele aus einigen Berichten, einen Beitrag veröffentlichen wir in gekürzter aber ausführlicherer Form. Alle Berichte der Regionalgruppen aber erscheinen ungekürzt auf unseren internen Internetseiten. So ist weiterhin dafür gesorgt, dass die Erfahrungen aus den Regionen nicht ungenutzt bleiben.**

## **Regionalgruppe Konstanz/Bodensee:**

*Petra Wange*

Für mich ist jeder Abend eine neue Herausforderung, da immer wieder neue Menschen zu uns stoßen, man teilweise immer wieder „das Rad neu erfinden“ muss und auch manches Mal durchgreifen muss, wenn die Diskussion aus dem Ruder zu laufen droht. Signifikant ist außerdem, dass immer mehr Menschen aus ganz BW bei mir anrufen, sich Informationen geben lassen, und dann nie wieder von sich hören lassen. Auch hier gibt es eine Art „Mitnahmentalität“, nach dem Motto: Mal schnell ein Problem lösen...

## **Regionalgruppe Nürnberg:**

*Christine Ranzijn*

Mir ist es ein großes Anliegen, dass in der Öffentlichkeit ADHS mehr beachtet wird, deshalb habe ich auch mehrmals das Gespräch mit Politikern gesucht, in der Hoffnung, ein Umdenken zu bewirken. Daneben beschäftige ich mich damit, unsere Vereinsfusion vielen Ansprechpartnern persönlich mitzuteilen und für unsere Anliegen zu werben.

Im laufenden Jahr lernte ich auch einige Fachleute kennen, die die Therapie von ADHS unterstützen: Es gibt inzwischen einige Elterntrainings-Angebote, neue Lerntherapeutinnen haben sich niedergelassen. Außerdem habe ich neue Bücher angeschafft, in Zeiten, in denen man zunehmend sparen muss, ist es mir wichtig, dass die Teilnehmer die Bücher wenigstens lesen, deshalb er-

scheine ich zu den Treffen immer mit zwei schweren Einkaufstaschen.

Eine Aufgabe für das kommende Jahr wird für mich darin bestehen, dass ich nach Helfern für unsere Gruppe Ausschau halte, trotz der Informationsfülle verschafft es doch auch Freude und Befriedigung, für eine Selbsthilfegruppe tätig zu sein, also: Ran an den Speck, Ihr Freiwilligen!

## **Regionalgruppe Wächtersbach:**

*Dolores Schloessler*

Leider war im letzten Jahr nicht sehr viel Information vom BV AH an uns Regionalgruppenleiter weitergeleitet worden, aber dies ist bestimmt damit zu entschuldigen, dass alle mit der Verschmelzung genug Arbeit hatten, was sehr positiv in meinen Augen ist. Deshalb wird im neuen Verband bestimmt mehr Information in Zukunft laufen.

In diesem Sinne werden wir auch unsere Arbeit fortsetzen. Und hoffen auf mehr Verständnis in der Öffentlichkeit für ADS/ADHS.

## **Regionalgruppe Braunschweig:**

*Claudia Fricke*

Da der Bedarf an Austausch, Beratung & Hilfestellung sehr groß ist, wird derzeit daran gearbeitet, einen Newsletter über Termine, Vorträge & Neuigkeiten in Bezug auf ADHS zu erstellen und diesen in regelmäßigen Abständen per Mail oder in Einzelfällen per Post, an die Gruppenmitglieder beider Gruppen zu versenden. Dadurch haben wir während der Gruppentreffen mehr Zeit für den Austausch.

## **ADHS Erwachsenen-selbsthilfegruppe Ostfildern:**

*Birgit und Karl-Heinz Fuchs*

Dem Engagement von Frau Dr. Menter sind die folgenden beiden Aufgabenbereiche anzurechnen: Bärbel Sonnenmoser/Erwachsenenselbsthilfegruppe BB und Karl-Heinz Fuchs sind seit 2007 kommissarisch ADHS-Landesgruppenvorsitzende des Landes Baden-Württemberg.

Bärbel Sonnenmoser und Birgit Fuchs sind seit diesem Jahr Ansprechpartnerinnen für ADHS-Selbsthilfe beim Ministerium für Kultur, Jugend und Sport des Landes Baden-Württemberg. Sie gestalten zusammen mit Karl-Heinz Fuchs, als Eltern 2008 aktiv das Fortbildungssymposium für ADHS in Böblingen mit.

## **Regionalgruppe Helmstedt:**

*Monika Lehmann*

Durch die freundliche Unterstützung der Krankenkassen ist es uns auch dieses Jahr wieder möglich gewesen, erstklassige Referenten für unsere Abende zu gewinnen. Auch konnten wir die Teilnahme an den Bildungsabenden für Jedermann kostenlos anbieten.

Besonders die Vorbereitungen zur Mitgliederversammlung im März 2007 haben die Aktiven unserer Gruppe sehr zusammen geschweißt. Wir bedanken uns nochmals bei allen, die uns tatkräftig unterstützt haben. Nicht zuletzt dadurch ist dieser Tag bei allen gut im Gedächtnis geblieben. Wir freuen uns seitdem über eine noch bessere Pressearbeit. Der Kontakt zu ortsansässigen Ärzten und benachbarten Regionalgruppen ist gut, so dass wir auch für die kommenden Jahre wieder viel Freude und Elan für unseren neuen Verband ADHS Deutschland e. V. einsetzen werden.

*Eine Veranstaltung dieser SHG befasste sich in einem interessanten und lehrreichen Vortrag mit dem seltener aufgegriffenen Thema „Frauen und ADHS“ (Anmerkung der Red.)*

Selbsthilfegruppe Hanau-Großauheim:

## Aha-Erlebnisse und SHG-Neugründung

Patricia Tremp

Nachdem ich im letzten Jahr auf dem Symposium in Wächtersbach mit dabei war, lernte ich die Referentinnen Frau Dietz aus Frankfurt und Frau Cordula Neuhaus kennen.

Mir wurde die Wichtigkeit des rechtzeitigen Trainings mit AD(H)S-Kindern bewusst und die absolute Notwendigkeit der guten Information seitens der Eltern über das Spektrum des ADS-Syndroms und eine beständige Ermutigung der Betroffenen. Gleichzeitig befürchtete ich auch, dass es viele Nöte in den Familien gibt. Sie erleben Ausgrenzung in der Nachbarschaft, in der Schule oder in der Verwandtschaft. Diese Isolierung innerhalb unserer Gesellschaft verstärkt die ganze Problematik zusätzlich.

Mir wurde es wichtig, solchen betroffenen Familien eine Unterstützung im Sinne der SHG-Tätigkeit anzubieten und so setzte ich mich mit dem damaligen BVAH in Forchheim in Verbindung. Zu Beginn des Jahres stand ich zur Verfügung, eine SHG zu gründen.

Von Januar bis März 2007 bereitete ich mich auf mein Vorhaben der SHG vor: Wie leite ich eine Gruppe, welche Hilfe erfahre ich von Selbsthilfekontaktstellen, wie unterstützt mich der Krankenkassenverband, etc.?

Nach dieser Vorbereitungszeit, startete ich die „AD(H)S-SHG-Hanau-Großauheim“. Beginn war der 19. April 2007, abends 20 Uhr. Zu diesem Abend kamen gleich 6 Personen.

Ich stellte der Gruppe mich selbst vor, sprach über meine Beweggründe (s.o.), und welches Konzept mir für die SHG vorschwebt.

**Mein Konzept** sieht folgendermaßen aus:

- Beginn: 20 Uhr Begrüßung der Gruppe, kurze Vorstellung neuer Leute
- 2.Teil: Vorstellung des aktuell zu behandelnden Themas für diesen Abend
- kurze Pause (10 Minuten)

- 3.Teil: Austausch über das Thema im Verhältnis zur persönlichen Situation

### Mein Programm für die SHG Hanau-Großauheim:

Der erste Abend als Start für die SHG lief sehr gut, die Betroffenen konnten sich schon mal austauschen und sich etwas kennen lernen. Abgerundet wurde das Treffen durch einen Kurzinfilm über AD(H)S.

Im Mai 2007 trafen wir uns zu dem Thema: „Diagnosebögen/Fragebögen zur Abklärung/Diagnoseerstellung bei AD(H)S.“

Einige Betroffene konnten diesbezüglich noch viele Fragestellungen zu diesem Thema sehen, die ihnen vorher unbekannt waren. Es kamen drei neue Leute dazu.

Im Juni 2007 sahen wir uns den Comic-Film: „Little feed“ an, der sehr treffend das Leben eines ADS-Kindes darstellen könnte (als Metapher zu verstehen).

Im Juli 2007 gab es wegen der Sommerferien keine Veranstaltung.

Im August 2007 fanden wir uns wieder zusammen. Das Thema lautete: „Die Ursachenforschung des AD(H)S-Syndroms (vom Beginn der Forschung bis zum heutigen Wissensstand, biochemische Prozesse, Hirnforschungsergebnisse)“.

Im September 2007 lud ich eine Referentin, Frau Trebing, zu dem Thema ein: „Positives Erziehungsprogramm für Kinder und /oder Jugendliche.“ (kurz: „PEP for kids or teens“)

Es ist ein Kursangebot welches sich über 4 Treffen neben den SHG-Treffen platziert. Es bietet ein wertvolles, pädagogisches Vorgehen mit ADS-Kindern an. Die Referentin leitet selbständig eine Ehe- und Familienberatungsstelle und zusätzlich eine ADS-Beratungsstelle. Sie selbst ist betroffene ADS-Mutter von 4 erwachsenen Kindern, von denen drei ADS haben! Kursbeginn ist der 25.10.07

Im Oktober 2007 fand das Thema:

„Lernen mit AD(H)S-Kindern statt. Hier referierte ich aus dem Buch von Aust/Claus: „Top-fit beim Lernen“, und aus der Lektüre von Janssen über das praktisch-orientierte Lernen bei ADSlern.

Im November 2007 sprach ein Referent in unserer Gruppe über seine Arbeit mit Kindern mit AD(H)S und Kindern mit LRS oder Dyskalkulie.

### Mein bisheriges Fazit:

Mir persönlich macht diese Arbeit sehr viel Spaß und es bereitet mir Freude, diese Gruppe aufbauen und leiten zu dürfen. Am meisten profitiere ich durch die Arbeit im Prinzip selbst, da man sich natürlich viel intensiver mit der Thematik des ADS-Syndroms auseinandersetzen muss. Momentan nehme ich auch eine Ausbildung zur ADS-Trainerin wahr. Aber ich denke auch, dass es den SHG-Mitgliedern gut tut und es Ihnen wichtig ist zu kommen. Es kommen im Schnitt 6 bis 10 Personen regelmäßig, andere schnuppern mal rein, andere sind privat verhindert.

Ab nächstes Jahr möchte ich auch die Krankenkassen um Unterstützung bitten, so dass ich mehr in die Presse gehen und dadurch mehr Werbung betreiben kann.

Jedoch glaube ich auch, dass sich diese Gruppe in dieser Größe stabilisiert, was dem gegenseitigen Vertrauen als gute Dynamik dient.

Ich freue mich schon auf das bevorstehende Jahr 2008! ←

## VORANKÜNDIGUNG

### 3. Symposium

„Raus aus dem Chaos“

am 25. Oktober 2008  
in Wächtersbach

Weitere Infos unter:  
[www.ads-waechterbach.de](http://www.ads-waechterbach.de)

## Wir bedanken uns für die Fördergelder der Krankenkassen im Jahre 2007



Symbolische  
Scheckübergabe  
der BARMER-  
Fördergelder  
in Berlin  
(Schatzmeisterin  
Karin-Gisela  
Seegers, 3.v.l.)

**Insgesamt erhielten wir (BV AH und BV AÜK) auf Bundes- sowie auf Landesebene folgende Pauschal- und Projekt-Fördermittel nach § 20c Abs. 4 SGB V für unsere Selbsthilfearbeit:**

Förderstelle	Förderart	BV	LG Bayern	LG Berlin	LG NRW	LG NS
AOK	Pauschal + Proj. Pauschal	5.500,00 € 5.500,00 €		800,00 €	Westf.-L. 1.040,00 € Rheinl. 1.100,00 €	
BEK	Pauschal + Proj. Pauschal	3.000,00 € 8.000,00 €		100,00 €		
DAK	Pauschal	7.800,00 €	900,00 €	100,00 €	500,00 €	
Fördergemeinschaft der Ersatzkassen - VdAK	Pauschal Projekt Pauschal + Proj.	4.000,00 € 2.000,00 € 5.500,00 €			1.800,00 € 350,00 €	
Förderpool	Pauschal	8.000,00 €				
Vereinigte IKK und IKK Nordrhein	Pauschal Pausch. + Proj.			500,00 €	394,00 € 338,00 €	
GEK	Pauschal			100,00 €		
TK	Pauschal			100,00 €		
HMK	Pauschal			100,00 €		
Landw. KK	Pauschal				200,00 €	
BKK	Pauschal + Proj.				2.300,00 €	
Knappschaft	Pauschal + Proj.				1.200,00 €	
Insgesamt:						
BV AH	Pauschal + Proj.	22.800,00 €	900,00 €	--	3.016,00 €	1.600,00 €
BV AÜK	Pauschal + Proj.	26.500,00 €	--	1.900,00 €	6.228,00 €	--

### Spenden

ADHS Deutschland e.V.  
erhielt 2007 folgende  
Spenden (kein Sponso-  
ring) zur Unterstützung  
unserer Selbsthilfearbeit,  
für die wir uns herzlich  
bedanken:

Freie Spenden	3.297,05 EURO
<b>Pharmafirmen für Projekte (zweckgebunden)</b>	
Lilly (Verschmelzung)	5.000,00 EURO
Janssen-Cilag (ADHD Europe)	400,00 EURO
Janssen Cilag (Telefonberaternetz)	1.000,00 EURO
UCB (Telefonberaternetz)	1.500,00 EURO
Medice (Telefonberaternetz)	500,00 EURO

# Vorstellung der Kandidaten für die Vorstandswahlen im April 2008

## ... für den geschäftsführenden Vorstand



### Dr. jur. Myriam Menter

1. Vorsitzende

41 Jahre alt, verheiratet, drei Jungen im Alter von 14, 12 und 9 Jahren (mindestens zwei betroffen)

Jurastudium mit Schwerpunkt Steuerrecht und Promotion im Arzthafnungsrecht. Magisterabschluss in Europäischen Wissenschaften (M.E.S.). Verschiedene Publikationen und Mitarbeit in universitären Instituten. Hobbys: Lesen, Fahrrad- und Skifahren.

Seit über 10 Jahren aktive ehrenamtliche Arbeit für den Deutschen Kinderschutzbund, u. a. Rechtsberatung, Vorsitzende des Landesverbandes Bayerns, derzeit Kinderbeauftragte der Stadt Erlangen. Seit der Diagnose meines Sohnes Mitglied im BV-AH e.V., 2003 Mitglied des Innovationsteams, seit 2004 Vorsitzende.

*Durch den Verein bekomme ich aktuelle Informationen über ADHS und kann mich mit anderen Betroffenen austauschen. Dies hilft unserer Familie, den Alltag mit ADHS erfolgreich zu gestalten – und diese Erfahrungen können wir dem Verband auch wieder zurückgeben. Mit meinem Engagement im Vorstand möchte ich dazu beitragen, dass der Verband sich auf nationaler und internationaler Ebene sowohl Gehör verschafft als auch entscheidend in die Entwicklungen mit eingreifen kann.*



### Karin Knudsen

2. Vorsitzende

geboren 1949, Mutter zweier erwachsener Söhne

*Beruflich geprägt haben mich Tätigkeiten im international karitativen Bereich und in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eines Verbandes. Im Anschluss an die Familienzeit folgte neben meinem Job in der Ev. Kirche die Ausbildung Psych. Beratung/Psychotherapie (HPG).*

*Soziales Engagement, z.B. als Gründungsmitglied und ehemalige Vorsitzende des „Lichtblick – Frauennotruf Puderbacher Land e.V./WW.“, hatte stets einen wichtigen Stellenwert.*

*Seit 2003 Mitglied im bisherigen BV AÜK e.V.; je eine Eltern- und Erwachsenen-SHG in Köln, Telefonberatung für NRW und Mitarbeit in der Lenkungsgruppe des ADHS-Kompetenznetzwerkes Köln. Seit März 2006 2. Vorsitzende im Bundesvorstand des BV AÜK bzw. ADHS Deutschland e.V.*

*Bewusst wurde mir erst im Kindesalter meiner Söhne, dass ADHS schon immer eine Rolle in unserer Familie spielte, – ein lebenslanger und facettenreicher Lernprozess...*

*Ziele innerhalb dieser ehrenamtlichen Verbandsarbeit sind für mich Informations- und Wissensvermittlung, Ermunterung von Eltern und Stärkung ihrer Ressourcen, insbesondere auch dann, wenn ADHS nicht in den Kinderschuhen stecken bleibt.*



### Karin-Gisela Seegers

Schatzmeisterin

geboren 1941, verheiratet, drei Kinder, davon eine betroffene ADHS-Tochter

Sie ist das „dienstälteste“ Vorstandsmitglied und die „gute Seele“ des Vereins, seit 1986 im Verband aktiv mit einer Selbsthilfegruppe, seit 1989 die fachkompetente Schatzmeisterin im Bundesvorstand.

Keiner kennt den Verband so gut wie sie: die Entstehung, die Entwicklung von der Phosphatliga zum jetzigen Bundesverband. Sie sorgte u.a. für die Etablierung der Bundesgeschäftsstelle von Hannover nach Berlin.

*Ich möchte neben der Leitung der Landesgruppe Berlin sowie meiner SHG auch weiterhin für den neuen Verband die Bundesgeschäftsstelle in Berlin unterstützen und für ihn als Schatzmeisterin im Bundesvorstand tätig sein.*



### Hartmut Gartzke

Schriftführer

Diplom Wirtschaftsmathematiker, verheiratet, 3 Söhne (13, 17, 18)

1959 geboren, 1979 Abitur, anschließend Bundeswehr und Studium der Wirtschaftsmathematik in

Ulm, Unternehmensberatung für Betriebswirtschaft und IT, Vertrieb und Service von Computern, seit elf Jahren bei der Versicherungsgruppe Hannover angestellt, aktuelle Tätigkeitsfelder: Revision, Datenschutz, IT-Sicherheit.

Hobbys: Familie, Tischtennis (sportlich und ehrenamtlich), Computer, Reisen

Kommissarischer Landesgruppenleiter Niedersachsen/Bremen seit dem 14.11.2006

*Seit 2004 bin ich aktives Mitglied im Bundesverband. Gemeinsam mit meiner Frau und weiteren Gründungsmitgliedern haben wir in Burgwedel bei Hannover eine ADHS-Elterninitiative gegründet, die Regionalgruppe Burgwedel. Mittlerweile betreuen wir etwa 150 Betroffene und haben über unsere in 2006 gestartete Vortragsreihe sehr viele Kontakte (Betroffene, Ärzte, Therapeuten, Kindergärten, Erzieher, Presse, Stadtverwaltung) knüpfen können (siehe Gruppeninfo). Unsere Vorträge durch erfahrene Referenten fanden überregional Aufmerksamkeit bei Betroffenen, Presse und Radio.*

*Warum investiere ich meine Zeit in die ehrenamtliche Tätigkeit beim ADHS Deutschland e.V.?*

*Der Bundesverband hilft mit seinen Aktivitäten und evidenzbasierten (und damit glaubwürdigen) Informationen tausenden von ADHSlern. Meine Familie hat diese Hilfe erfahren dürfen – auch helfen die Veröffentlichungen des Verbandes bei jedem Gruppentreffen den vielen Betroffenen, die sich an uns wenden. Neben den Informationen selbst benötigen die Betroffenen aber auch eine starke Lobby, denn bis zu einer angemessenen und ausreichenden Akzeptanz des ADHS und Unterstützung der Betroffenen in unserer Gesellschaft ist es noch ein weiter Weg. Dieses lohnt es sich einfach zu unterstützen.*

## ... für den erweiterten Vorstand



### Herta Bürschgens

geboren 1949, verheiratet, ein betroffener erwachsener Sohn, bis zur Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen im Jahre 2000 berufstätig als Diplomverwaltungswirtin im Kommunaldienst.

*Ich bin seit 1987 Mitglied im bisherigen BV AÜK, habe 1989 erstmals die Leitung einer Selbsthilfegruppe übernommen – heute drei Elterngruppen und eine ADHS-Erwachsenengruppe in der Region Aachen.*

*Weil mir Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit sehr am Herzen liegt veranstaltete ich bereits 1999, 2000 und 2002 große ADHS-Symposien in Aachen, im Jahre 2000 einen „Pädagogischen Tag“ zum Thema ADHS in Zusammenarbeit mit den Schulämtern der Region Aachen, Ziel: Fortbildung der Lehrer, Netzwerke schaffen. Ich vertrete den Verein in verschiedenen interdisziplinären Arbeitskreisen und bin Initiatorin und Mitbegründerin des regionalen Netzwerkes „ADHS-Netzwerk Region Aachen“, gemeinsam mit meinem Sohn 2001 Aufbau und Unterhaltung der Internetseiten des BVAÜK bis zur Verschmelzung, außerdem seit 1997 Landesgruppenleiterin in NRW, 2001-2004 stellv. Vorsitzende, 2005 bis 2007 1. Vorsitzende des BVAÜK. Seit 2007 Patientenvertreterin zum Thema ADHS im UA Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses.*

*Im August 2005 habe ich ehrenamtlich die Redaktionsleitung der Vereinszeitschrift **die AKZENTE** bzw. **neue AKZENTE** übernommen, die ich auch im neuen Vorstand als Beisitzerin weiterhin übernehmen würde, solange meine Erkrankung dies zulässt.*



### Dr. Klaus Skrodzki

Jahrgang 1948, verheiratet, 2 Kinder, ein betroffener Sohn, Medizinstudium, Staatsexamen in Erlangen, Dissertation 1973.

Facharztausbildung für Kinderheilkunde und für Kinderkardiologie. Seit 1982 niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis in Forchheim/Oberfranken.

Seit 1977 Beschäftigung mit dem Thema Hyperaktivität.

1. Vorsitzender der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Mitglied im Selbsthilfeverband „Elterninitiative zur Förderung hyperaktiver Kinder“ seit 1988, seit 1993 im Vorstand des „Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung-Hyperaktivität e.V.“,

Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Dozent an der Humboldt-Universität Berlin, Rehabilitationswissenschaften, Herausgeber und Mitautor mehrerer Bücher zum Thema Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität

*Seit vielen Jahren ist meine Aufgabe in der organisierten Selbsthilfe die Verbesserung der Versorgung von Betroffenen und ihren Familien sowie die Information der Öffentlichkeit. Auch in Zukunft will ich, dass sowohl Veröffentlichungen als auch Forderungen an Politik und Wissenschaft auf dem Boden praktischer Erfahrung und fachlichem Wissen sachgerecht sind. Für die Durchführung werde ich mich einsetzen.*

*Ich stelle mich daher für den neuen Vorstand als Beisitzer zur Verfügung.*



**Dr. Johannes Streif**

Diplompsychologe, Mitglied im BV-AH seit 2002.

Geboren 1968 und aufgewachsen im badischen Oberkirch – als „Familienmonster, Plage der Nachbarn und Schrecken der Lehrer“ (Zitat der weitgehend mündlich tradierten Familienchronik, deren Autoren den Begriff ADHS damals noch nicht kannten). Nach Abitur und Bundeswehr Studium der Germanistik, Geschichte, Philosophie und Psychologie in München. 1995 Auslandspraktikum in den USA. 1999 Diplom in Psychologie und Promotion in Mediävistik. Zwei Jahre Tätigkeit als klinischer Psychologe in der Heckscher-Klinik München (Kinder- und Jugendpsychiatrie). Seit 2002 selbstständig als Psychologe vornehmlich im Bereich Elternterapie sowie als Gerichtssachverständiger. Mitbegründer und psychologischer Kopf der Jägerburg, eines Projektes für Familien mit verhaltensauffälligen Kindern. Mitglied im BV-AH, der Tourette-Gesellschaft Deutschland und im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (bdp).

*Hiermit kandidiere ich für den Posten eines Beisitzers im neuen Vorstand des ADHS Deutschland e.V. Im Fall meiner Wahl würde ich mich freuen, das Thema ADS im Allgemeinen sowie den Verein im Besonderen durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit nach außen hin zu vertreten.*



**Detlev Boeing**

geboren 1956, verheiratet, zwei Kinder, Volljurist, seit 1996 EU-Beam-

ter. Er hat Freude am Segeln und Skifahren, außerdem am Musizieren (Brussels Choral Society), Malen und an Architektur (Jugendstil), auch wenn es die Zeit viel zu selten erlaubt.

*Wegen eines betroffenen Kindes erster Kontakt zu deutschen und internationalen ADHS-Verbänden im Jahr 2000, seit 2002 Vorstandsmitglied des BV AÜK (Öffentlichkeitsarbeit, europäische Kontakte). Gründung des deutschen ADHD-Elternkreises Brüssel. Berufsbedingt mehrsprachig, unterhält er Kontakte zu zahlreichen anderen Verbänden in Europa und engagiert sich für deren Vernetzung in ADHD Europe.*



**Sabine Hinkel**

geboren 1955, math.-techn. Assistentin, 5 Kinder zwischen 13 und 27 Jahren, viele Hobbys, vor allem Computer, Internet, Musik und alles, was kreativ ist.

*Von ADHS hörte ich das erste Mal 1995 bei der Diagnose eines meiner Kinder. Es folgte dann allmählich die Erkenntnis, dass sich die Symptome in der ganzen Familie wieder finden. Aus einem Referat über ADHS entstanden im Jahr 2000 meine ersten Webseiten zu diesem Thema, die ADLerseiten. Ein Jahr später kam ein Forum, der-Drugstore, dazu.*

*Seit 2006 habe ich nicht nur eine virtuelle, sondern auch eine reale Selbsthilfegruppe.*

*Ich sehe einen Schwerpunkt meiner Selbsthilfearbeit im Erschließen neuer Technologien für die Aufgaben der Selbsthilfe, um auch die Menschen zu erreichen, die nicht in eine Gruppe kommen können. Für den ADHS Deutschland möchte ich das tun, was ich am besten kann: die Internetpräsenz betreuen und dort ein zusätzliches, qualitativ hochwertiges Angebot für unsere Mitglieder schaffen.*



**Dr. med. Astrid Neuy-Barthmann**

geboren 1958 verheiratet seit 1981 mit Dr. Stephan Bartmann, Mutter von 5 Kindern (Sarah geb. 1983, Niklas geb. 1986, Anna geb. 1991, Marie geb. 1994, Lea geb. 1998 ), davon 3 betroffen.

Nach dem Abitur Studium der Humanmedizin in Mainz und Heidelberg von 1977-1983 mit Stipendium der deutschen Studienstiftung, Doktorarbeit in Heidelberg.

Facharzt Ausbildung an der Universitätsklinik Mannheim zur Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, 1986 Niederlassung in eigener Praxis, seit 10 Jahren Spezialisierung auf AD(H)S bei Kindern und Erwachsenen, 2005 Buchveröffentlichung „ADS – erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder“, Entwicklung von ambulanten Therapieprogrammen für die Behandlung des AD(H)S bei Erwachsenen, seit 18 Jahren Stadträtin in Aschaffenburg.

*Ich möchte mich im neuen Vorstand als Ansprechpartnerin und Lobbyistin für medizinische Fragen bei Erwachsenen-ADHS engagieren.*



**Carl Albert Schell**

38 Jahre alt, Bautechniker in der Straßenbauverwaltung, verheiratet, 3 Kinder, davon eines ADHS betroffen, wohnhaft in Forchheim/Oberfranken.

Leiter der Regionalgruppe Forchheim, seit Sept. 2006 Landesgruppenleiter Bayern, Mitarbeit im ADHS-Netzwerk im Landkreis Forchheim.

Seit der Diagnose meines ältesten Sohnes im Jahre 2000 beschäftige ich mich mit der ADHS. Ich kam zur Selbsthilfe, weil sich hier die Informationsflut von Ärzten, Klinik, "Experten" und sonstigen am besten auf das Wichtigste eingrenzen ließ und man sich unter Gleichgesinnten befindet, die fast die selben Probleme mit den Kindern haben, wie man selber.

Im neuen Vorstand würde ich gerne die Betreuung der Regional- und Landesgruppen übernehmen.



#### Reinhard Wissing

geboren 1952, verheiratet seit 1980, 2 betroffene Kinder, selbständiger Rechtsanwalt in Bamberg, seit 1989 Mitglied in BV-AH.

Ich habe seit Beginn meiner Mitgliedschaft die rechtlichen Probleme des BV-AH begleitet und, soweit nötig, auch in Prozessen vertreten. Ich stehe auch weiterhin zur Verfügung, die juristische Beratung des Vorstandes des neuen Verbandes, als Mitglied im erweiterten Vorstand (Beisitzer) zu unterstützen und, falls notwendig, vor Gericht zu vertreten. Diese Vertretung, wie auch juristische Beratung, bezieht sich auch auf die Mitglieder unseres neuen Gesamtverbandes, welche sich selbstverständlich in ADHS-Problemen an mich wenden können.



### Herzliche Glückwünsche

an Margarete Gatzen zum 70. Geburtstag

Unserem Redaktionsmitglied Margarete Gatzen gratulieren der Vorstand und die Redaktion sehr herzlich zur Vollendung des 70. Lebensjahres, sagen nochmals Dank für ihre über zwanzigjährige aktive Selbsthilfearbeit in unserem Bundesverband. Wir wünschen ihr vor allem Gesundheit, weiter Schaffenskraft und Freude an der engagierten Mitarbeit im Verband und in ihrem privaten Leben.



### neue AKLENTE

Nr. 78

erscheint Ende April 2008

Der Redaktionsschluss ist bereits der 1. März 2008

Bitte vormerken:

### Symposium, Mitgliederversammlung und bundesweite Gruppenleiterschulung unseres Verbandes

12. und 13. April 2008  
in Friedrichsdorf/Hessen

Rechtzeitige Einladungen  
erhalten Sie im Frühjahr

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!

## Karin-Gisela Seegers erhielt Verdienstmedaille

### Besonderes Engagement für Kinder mit ADHS

Der Vorstand des ADHS Deutschland e.V. freut sich, dass unsere Schatzmeisterin Karin-Gisela Seegers die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland erhalten hat. Die vom Bundespräsidenten verliehene hohe Auszeichnung überreichte die Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Katrin Lompscher im September. Sie würdigte das ehrenamtliche Engagement von Karin-Gisela Seegers. Sie habe sich große Verdienste in der



Selbsthilfe von ADHS-Betroffenen und deren Angehörigen erworben. Zwei Jahrzehnte lang hatte die Berlinerin aktiv im Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e. V. mitgearbeitet und ist jetzt im Nachfolgeverband ADHS Deutschland e. V. das dienstälteste Vorstandsmitglied. Ihre Arbeit trug maßgeblich dazu bei, dass heute die ADHS-Selbsthilfe in Berlin etabliert ist und ratsuchende Eltern, von denen sehr viel Kraft gefordert wird, dort Entlastung und Unterstützung finden.

Die Senatorin unterstrich, wie wichtig es für den schwierigen Umgang mit Betroffenen sei, dass Eltern, Erzieher und Lehrer sowie auch die Ärzteschaft nach dem neuesten Stand der Wissenschaft über die Erscheinungs- und Behandlungsformen der ADHS informiert sind. Auch dafür habe Frau Seegers sich erfolgreich eingesetzt.



# Gruppenleiter-Fortbildung im Oktober in Hirschaid

Sabine Hinkel, Carolin Zasworka

Das Programm war vielversprechend, aber eine Erkrankung sorgte gleich beim ersten Vortrag für eine Änderung. Nach der Begrüßung durch Dr. Menter hörten wir statt Marlene Rupprecht, MdB, die aus gesundheitlichen Gründen absagen musste, einen Vortrag von Birgit Ruf, die als Kindergärtnerin und Heilpädagogin von ihrer Arbeit berichtete. Obwohl sie kurzfristig eingesprungen war, hatte sie Interessantes zu berichten im Hinblick auf Frühförderung. Sie ging auf die schulspezifischen Pro-



Dr. Menter  
empfiehlt Literatur

bleme ein, auf die Einschränkung der Kinder im Beziehungsaufbau, bei der Regelakzeptanz, etc., zeigte mögliche Folgen im Positiv- oder Negativkreislauf auf, vergaß aber auch nicht die Ressourcen von ADHS.

Ausführlich erklärte sie die Interventionsmöglichkeiten, die Kindergarten und Schule in dieser Altersgruppe haben, z. B. in der Gestaltung von Rahmenbedingungen, Strukturieren und Vereinfachen von Aufgaben, Einsetzen von Verstärkern, der Möglichkeiten Störverhalten bereits im Vorfeld zu vermeiden, Krisenmanagement, Beziehungsaufbau zu den Kindern und nicht zuletzt die Zusammenarbeit mit den Eltern. Vor allem, was sie von finnischen Kindergärten und Schulen zu erzählen hatte, war aufschlussreich. Davon würde man gerne noch mehr erfahren. Einzelheiten ihres Vortrags sind dem-

nächst hier unter dem Titel „ADHS im Vorschulalter und in der Schulanfangsphase“, nachzulesen.

Dann folgte die Mittagspause, die trotz ihrer Länge zu kurz war. Man hatte sich so viel zu erzählen.

Im nächsten Vortrag lieferte uns Dr. Helga Simchen die medizinischen Grundlagen für die pädagogischen Konzepte, die wir am Vormittag kennen gelernt hatten.

Sie berichtete sowohl über Neues (Studienerfassung steht teils noch aus) als auch über Erfahrungen aus der Praxis, darunter solche, die viele von uns bestätigen können, jedoch noch längst nicht überall genauso gesehen werden.

Hochinteressant und nachvollziehbar die Aussage, dass ADHS Ausgangspunkt für viele Erkrankungen ist, bzw. einen Zusammenhang zu solchen aufweist, gerade auch später im Erwachsenenalter. Als Beispiele nannte sie neben LRS und Rechenschwäche, Depression, Zwangskrankheiten, Asperger, Essstörungen, Allergien, bzw. Autoimmunerkrankungen.

ADHS, so führte Frau Dr. Simchen aus, bedeutet Stress von Anfang an, und Stress führe bei ADHS automatisch in die Komorbidität. Die Reizüberflutung des Gehirns durch die Filterschwäche verursache den Stress, folglich ist es eine unserer wichtigsten Aufgaben, den Kindern zu zeigen, wie man sich entspannen und abreagieren kann.

Großen Wert legt Frau Dr. Simchen zu Recht auf Früherkennung, Frühdiagnostik sowie Frühbehandlung, wobei dies für sie in erster Linie Dinge wie Reizregulierung, Wahrnehmungsfähigkeit verbessern, Grenzen, Rituale, Strukturen schaffen, Selbstvertrauen durch Erfolge, Entwicklung von sozialer Kompetenz fördern, etc. bedeutet.

Wichtig ist die frühe „Gedächtnisbahnung“ im Gehirn.

Nachzulesen ist ihr Vortrag mit

dem Titel „Neurobiologische Ursachen des ADHS mit und ohne Hyperaktivität und seine große Vielfalt in der Symptomatik“ demnächst auch im Mitgliederbereich unserer Webseiten.

Eine Anekdote am Rande: Durch eine Überlappung der Funkfrequenzen in der Mikrofonanlage kam eine Beerdigungsgesellschaft in der nahegelegenen Friedhofkapelle ungewollt ebenfalls in den Genuss dieses Vortrags.

Im Anschluss an Dr. Simchens Vortrag verteilten die Damen aus der Geschäftsstelle in Forchheim die neuen Gruppenleitermappen, die demnächst auch als Download im Gruppenleiterbereich des Intranet verfügbar sein werden. An dieser Stelle sei Carl Schell, Landesgruppenleiter aus Bayern, und seinen fleißigen HelferInnen ganz herzlich gedankt für die viele Arbeit und Mühe, die sie beim Zusammenstellen der Mappe hatten.

Am zweiten Tag stellte uns Carl Schell die neuen Funktionen im Intranet vor. Dafür hatte er seinen Laptop, mit dem er Internetzugang hatte, an den Beamer angeschlossen und wir bekamen eine Vorführung der neuen Mitgliederverwaltung.

Alle Mitglieder können/sollen ihre Daten online verwalten. Es wurde noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass jedes Mitglied nur seine eigenen Daten einsehen und ändern kann und dass die Übertragung sensibler Informationen wie Passwort oder Bankverbindung verschlüsselt stattfindet (erkennbar daran, dass die Internetadresse mit https:// statt http:// beginnt).

Die Gruppenleiter wurden gebeten, bis Ende Oktober ihre Daten einzusehen und ggf. zu korrigieren, weil dann die neuen Gruppenlisten in Druck gehen sollen. Diese werden künftig automatisch aus der Datenbank erstellt, was den Mitarbeiterinnen in den Geschäftsstellen Ar-

beit erspart und der Aktualität zu Gute kommt.

Jede Regionalgruppe kann sich eine Mailadresse geben lassen. Diese hat die Form `rg-musterhausen@adhs-deutschland.de`. Wahlweise ist die Einrichtung einer echten Mailbox oder einer Weiterleitung möglich. Details zur Konfiguration des Mailprogramms folgen umgehend.

Weiterhin gibt es im Downloadbereich für Gruppenleiter bald Vorlagen für Briefe, Visitenkarten und mehr. Es wird darum gebeten, diese Vorlagen nicht weiter zu verändern als an den vorgesehenen Stellen, damit der ADHS-Deutschland nach außen ein einheitliches Erscheinungsbild bietet.

Den letzten Vortrag unserer diesjährigen Fortbildung hielt Herr Biegert, vielen bekannt als Schulleiter aus Bonn. Sein Thema lautete »Über

das Lernen an sich und bei ADHS im Besonderen« und es ging dabei um die neurobiologischen Grundlagen des Lernens. Auch von diesem Vortrag gibt es demnächst eine Zusammenfassung hier im Intranet.

Hans Biegert forderte noch einmal gründlich unsere grauen Zellen mit seinem Thema: »Über Lernen an sich und bei ADHS im Besonderen – Was wir aus der Neuropädagogik über einen wirksamen pädagogischen Umgang – auch für Kinder mit ADHS – lernen können.«

Er ging mit uns der Frage nach wie das Gehirn Fähigkeiten repräsentiert, sprach über die besondere Funktion des Frontalhirns und wie Lernen funktioniert. Dabei ging es im Einzelnen um den Erwerb von Fähigkeiten, den Erhalt und die Verbesserung derselben, was Angst oder Erfolg beim Lernen und Behalten be-

wirken, die Wichtigkeit von Vorbildern und die Übertragbarkeit dieser Erkenntnisse auf den Umgang mit ADHS-Kindern.

Klarheit, Adaptiertheit und positive emotionale Rahmenbedingungen (was wir mit viel Gelächter im Vortrag selbst erlebt haben!) sind grundlegende Voraussetzungen für erfolgreiches Lernen.

Den Damen aus der Geschäftsstelle in Forchheim gilt unser herzlichster Dank für ihren unermüdlichen Einsatz vor, während und nach der Veranstaltung. Denn sie haben für uns auf ihr arbeitsfreies Wochenende verzichtet.

Mit neuen Büchern, drei CDs, »Störfälle? I bis III«, einer neuen Gruppenleitermappe und viel Werbematerial im Gepäck ging es müde aber zufrieden auf die Heimreise. ←

## Regionalgruppenleiter-Fortbildung im November in Burgwedel

*Sabine Hinkel*

Zu einem Erfahrungsaustausch und anschließendem Symposium trafen sich die Regionalgruppenleiter aus Niedersachsen und Bremen an einem regnerischen November Samstag im malerischen Burgwedel bei Hannover. Vom Harz ebenso wie aus dem Emsland und von der Küste waren Gruppenleiter/innen ange-reist, und auch wenn man sich nicht kannte, fand man doch sofort einen Draht zueinander.

Wir begannen mit einer Vorstellungsrunde und jeder erzählte von seiner Gruppenarbeit. Dann folgte eine Ideensammlung, was man bei Gruppentreffen tun und was man besser vermeiden sollte. Mit Hilfe von Karten und Bewertungspunkten wurde schnell anschaulich, wie wichtig der eine oder andere genannte Punkt ist. Für mich nehme ich als wichtigste Erkenntnis mit, dass es nicht an mir liegt, wenn Betroffene

nur sporadisch zu Gruppentreffen kommen. Dieses Phänomen scheint syndromtypisch zu sein und tritt in vielen Gruppen auf.

Wir hörten als nächstes einen Vortrag von Frau Dr. Margarethe Wegenast, Geschäftsführerin vom Frauennotruf Langenhagen, die über Gewalt in der Familie, Hintergründe, Beratungsangebote und Handlungsmöglichkeiten berichtete. Das ist ein Bereich, mit dem wir in unserer Selbsthilfearbeit sicherlich häufiger mal in Berührung kommen, und es ist gut zu wissen, wie man Betroffenen weiterhelfen kann.

Am Nachmittag fand dann das Symposium statt mit Vorträgen von Dr. Astrid Neuy-Bartmann (ADHS bei Erwachsenen) und Dr. Johannes Streif (ADHS: Andere Menschen, andere Familien?). Den ganzen Tag über wurden wir gut betreut um nicht zu sagen verwöhnt von einem Team, das uns mit Getränken versorgte, die mitgereisten Kinder betreute und sich auch um alles andere kümmerte. Ich möchte hiermit ganz herzlichen Dank sagen an die Familie Gartzke und an alle anderen, die mitgeholfen haben, diesen Tag zu gestalten. ←

*Landesgruppenleiter Hartmut Gartzke dankt Frau Dr. Wegenast für Ihren Vortrag*



# Erstes Treffen der NRW-Gruppenleiter des ADHS Deutschland e.V. im September

Walter Beerwerth

Wir haben uns in der Jugendherberge Hagen getroffen. Die Organisation vor Ort hat das ehemalige Landesleitungsteam des BV-AH vorbildlich gemeistert. Nach der Begrüßung durch Herta Bürschgens ging es im Seminarraum, wie immer bei solchen Gelegenheiten, zunächst um die Bestellung des Schriftführers und andere Formalitäten, wie der Feststellung, dass die Landesgruppe NRW – seitdem der ADHS Deutschland e.V. am 22.8.07 eingetragen ist – nun in neuer Form besteht. Die Leitung hat bis zur ersten Wahl die bisherige Vorsitzende des BV AÜK und Leiterin dessen NRW-Landesgruppe übernommen. Die ersten Wahlen des Bundesvorstandes finden im Frühjahr 2008, die der Landesgruppenleitung erst 2009 statt.

Nach der Vorstellungsrunde ging es um die neuen Bestimmungen für Fördergelder der Krankenkassen, die – sobald im Einzelnen bekannt – von Frau Bürschgens den Gruppenleitern mitgeteilt werden. Ach ja, über die Stellung der Landesgruppe wurde gesprochen; von bundesweiten derzeit 3254 Mitgliedschaften sind 646 in NRW ansässig, ein beachtlicher Anteil.

Ich greife mal auf den nächsten Vormittag vor, damit die „Vereinsfragen“ im Zusammenhang behandelt werden können. Die Kassenberichte 2006 beider ehemaligen Landesgruppen wurden vorgetragen: Beide Kassen befanden sich im besten Zustand, was mit Beifall honoriert wurde. Die aktuellen Kassenstände, Kassenprüfung und die Zusammenführung der Finanzen wurden besprochen. Der ganze dröge technische Kram wurde gut ertragen, da mit viel Humor seitens des Präsidiums (Frau Bürschgens, Frau Knudsen und Frau Thiele-Scheel) locker abgewickelt. Nach Aushändigung der neuen Gruppenleitermappe war die Diskussion über die zu unterzeichnenden Leitlinien für Gruppenleiter, die

u. a. einen Missbrauch der Gruppenleitung zu geschäftlichen Zwecken ausschließen sollen, sehr interessant. Das Problem ist, dass sich Gruppenleiter in ihrer Tätigkeit zuweilen so viel Kompetenz erwerben, dass sie diese nach und nach zum Nutzen unserer Mitglieder auch beruflich verwerten. Genau von diesen Leitern gehen dann auch wichtige Impulse für die fachliche Entwicklung des Verbandes aus. Wir brauchen diese Leute dringend, so war die allgemeine Meinung. Ebenso war allen klar, dass eine Trennung zwischen ehrenamtlicher Hilfe und professioneller Tätigkeit unverzichtbar ist. Eine allgemein gangbare Lösung des Dilemmas wurde nicht gefunden. Das Thema bleibt uns erhalten.

Ebenso in der Diskussion bleibt die Frage, wie die Qualität der Selbsthilfetätigkeit z.B. noch gesteigert werden kann. Die Fragen im Fortbildungsteil der Veranstaltung und die vielen Gespräche zwischendurch haben ein durchgängig hohes Niveau der anwesenden Leiter aus beiden ehemaligen Verbänden gezeigt. Andererseits, nichts ist so gut, dass es nicht noch besser sein könnte. So war das eine durchaus erfreuliche Auseinandersetzung um ein „Luxusproblem“. Damit es ein solches bleibt wurden Fortbildungsangebote auf Bundes- und Landesebene vorgestellt.

Auch wurde am zweiten Veranstaltungstag noch einmal über das begrenzte Mandat von Frau Bürschgens gesprochen. Vom Bundesvorstand eingesetzt, nicht gewählt und den Gruppenleitern des ehem. BV-AH vor die Nase gesetzt, ist es mit ihrer Legitimation nach demokratischen Begriffen problematisch. Das Problem wurde auf der Stelle gelöst. Per Handzeichen sprachen ihr alle Anwesenden das Vertrauen aus. Keine Enthaltungen, keine Gegenstimmen, dafür lauter Beifall. Interessant in diesem Zusammenhang war, dass

es entgegen anfänglicher Befürchtungen zu keiner Zeit der Fortbildung einen Unterschied machte, aus welchem Herkunftsverein wer kam. Das betraf fachliche Fragen ebenso wie Personalien. Hätte man das vorher gewusst, hätte die Hochzeit der Verbände eine Liebesheirat statt Verunftthe sein können.

Ich komme zurück zum ersten Tag, der Vorstellungsrunde. Vor dem Jahre 2000 gab es ausschließlich Elterngruppen. Die Zahl der Erwachsenen- und gemischter Gruppen für Eltern und selbst betroffene Erwachsene ist mittlerweile bedeutend. Es kann bei einer Erkrankung mit einem so hohen Erblichkeitsanteil auch gar nicht anders sein. Auch in reinen Elterngruppen wird das ADHS der leiblichen Eltern mehr und mehr thematisiert. Jugendliche und junge Erwachsene werden zunehmend ein weiterer Beratungsschwerpunkt. Eine ganzheitliche Sicht der komplexen Probleme in Bezug auf die Kernsymptomatik des ADHS und der vielen psychischen, sozialen, familiären und körperlichen Folgen ist in den Gruppen gängig. Das zeigte sich in der Diskussion und in Gesprächen am Rande. Hier überall ist die Selbsthilfe weiter als die Mehrzahl der so genannten professionellen Fachleute in Praxen und Sozialämtern, wie aus diesbezüglichen Beiträgen deutlich wurde.

Von 41 eingeladenen Regionalgruppen waren 28 vertreten, teils mit mehreren Personen. Einige Leiter, etwa Frau Bürschgens, betreuen mehrere Gruppen. Einige Städte, so Köln und Hagen, haben mehrere Gruppenleiter. Übrigens, eine gute Zahl an Anmeldungen, wenn man die Belastung der Leitungen mit anstrengender ADHS-Familie, Beruf und Selbsthilfe bedenkt. Da sind Samstag und Sonntag heilig. Krankheitsbedingte Absagen gab es auch. Dazu die Fülle der Terminüberschneidungen an Herbstwochenenden...

Nun zu kurzen Zusammenfassungen der Fachvorträge.

Herr **Dr. Decker**, niedergelassener Internist aus Arnsberg, war der erste im Reigen der Vortragenden. Sein Schwerpunkt ist seit Jahren das ADS der Erwachsenen und die vielfältigen körperlichen Auswirkungen des ADS, häufig genug zu schweren Folgeerkrankungen führend. Er leistet Pionierarbeit auf diesem Gebiet.

Thema: **ADHS im Erwachsenenalter, ADHS was sonst noch.**

Zunächst besprach Dr. Decker die Diagnose des ADHS nach den Regeln der Kunst, wobei das Wenders Reimer Interview (WIR) für die aktuelle Symptomatik Anhalt gebe. Für das geforderte Bestehen des ADHS schon im Kindesalter gebe es das Wenders Utha Interview (WURS). Ergänzt werde das durch einen Fragebogen nach Psychosen, Sucht usw. (Achse I Störungen), dem SKID I. Wenn dieser nichts erbringe komme der SKID II zum Einsatz, der nach so genannten Persönlichkeitsstörungen (Achse II) suche. Sehr deutlich wurde herausgestellt, dass die Frage nach ADHS und dessen psychischen Folgen schwerlich mit Fragebögen allein zu fassen ist. Die Diagnose stehe und falle mit der Befragung des Patienten, der freien Anamnese oder dem klinischen Interview durch den erfahrenen Arzt.

Dann ging er auf körperliche Folgeerkrankungen ein. Als Beispiele nannte er: Neurodermitis, Asthma, Rheuma, Fibromyalgie, entzündliche Darmerkrankungen, Herz- Kreislaufkrankungen, Schilddrüsenstörungen. Er arbeitete an Fallbeispielen heraus, dass es sich lohnt bei solchen Erkrankungen gezielt nach einem oft versteckten ADHS zu suchen. Liege ein solches vor, könne die Behandlung dieser Grunderkrankung die entscheidende Wende bringen. Aus dem Publikum wurde beigetragen, dass die Betrachtung körperlicher Folgen für die Bewältigung einer lebenslangen Behinderung, wie dem ADHS entscheidendes Gewicht bekommen wird. Die anschließenden Fallbeispiele beschäftigten sich mit psychischen Folgeerkrankungen um dem Publikum Rechnung zu tragen, da hier die Hilfsmöglichkeiten der Selbsthilfe größer sind.

Herr **Dr. Wolff**, Psychologe und Arzt, niedergelassen in Hagen, war kurzfristig für einen erkrankten Referenten eingesprungen.

Thema: **ADHS als Störung sui generis, gemeint ist ADHS als eigenständige Erkrankung.**

An Fallbeispielen, rund um auffällige Jugendliche stellte er dar, welche sozialen Folgen ADHS haben kann, und inwieweit Hilfsmöglichkeiten

Es wurde dargestellt, wie die fast immer vorhandenen Probleme in der Selbsteinschätzung und Selbstmotivation nach einer Person verlangen, die diese Schwächen auffängt. Personenbezogenheit und Einfühlungsvermögen der meisten ADSler geben dem Coach darüber hinaus auch die Möglichkeit deren chaotisches Gefühlsleben günstig zu beeinflussen. Die besonderen Bedürfnisse der



dann eingeschränkt sind. Das wurde untermauert durch Zahlen zu erhöhten Lebensrisiken bei ADHS, z.B. Unfälle, oft tödliche Motorradunfälle, Ehescheidungen, Schulverweise... Im Übrigen wurden die einschlägig nachzulesenden Diagnostischen Kriterien für das Kindesalter noch einmal durchgegangen – solides bereits vorhandenes Wissen der anwesenden Gruppenleiter.

Zu Intelligenztests bezog Dr. Wolff kritisch Stellung, da dies durch die Konzentrationsstörungen bei ADHS meistens um 20 bis 25 Punkte zu niedrig ausfallen. Wie wenig Schulnoten und andere Messverfahren über das Potential eines Menschen aussagen schilderte Dr. Wolff anschaulich am Beispiel Hermann Hesses. Die zentrale Stellung der Therapie durch MPH wurde abschließend betont.

Den Reigen der Vortragenden schloss **Christine Beerwerth**, Coach für Erwachsene mit ADS, Autorin, gelernte Krankenschwester und Kinderkrankenschwester.

Thema: **Komm leih mir dein Gefühl**, Coaching für Erwachsene mit ADS.

ADSler wurden anschaulich geschildert. Das Publikum beteiligte sich dabei lebhaft. Exemplarisch wurde im Vortrag vorgestellt, wie Selbsthilfe und eine Vielzahl an Institutionen gemeinsam an diesem Konzept mitgewirkt haben. (Christine Beerwerths Buch „Suche dir jemanden, der dir gut tut“, wird in diesem Heft besprochen). In der Diskussion wurde angeschnitten, dass bei der lebensbegleitenden Behinderung ADS Coaching einen zentralen Platz hat. Die Therapie mit Medikamenten, Verhaltenstherapie von Folgeerkrankungen und die soziale Eingliederung verlangen nach einer solchen Begleitung. Das krankheitsspezifische Coaching ist zudem unentbehrlich, so kann man die geschilderten Meinungen und Erfahrungen aus der Runde zusammenfassen. Es dürfte auch zur Linderung der häufigen körperlichen Folgeerkrankungen hilfreich sein.

Zum Abschluss der zweitägigen Tagung verteilte die Landesgruppenleitung neben hilfreichen Unterlagen noch zwei Bücher für die Gruppenbibliothek und bedankte sich für die vielfältige Unterstützung. ←

## Ursache für ADHS liegt im Gehirn: Charité-Studie weist Fehlfunktion im Membranstoffwechsel nach

*pm/idw.* Beim Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) handelt es sich nicht um eine reine Verhaltensstörung. Eine Untersuchung der Charité-Universitätsmedizin stützt jetzt die These einer neuronalen Fehlfunktion im Gehirn. Für die aktuell im *Journal of Psychiatric Research* publizierte Studie\* haben Dr. Michael Colla und seine Mitarbeiter vom Centrum für ADHS im Erwachsenenalter am Campus Benjamin Franklin 15 erwachsene Patienten mit der Diagnose ADHS sowie zehn gesunde Personen untersucht. Das Ergebnis: Die ADHS-Patienten benötigen eine deutlich längere Reaktionszeit für Aufgaben, bei denen sie sich über längere Zeit auf eine Sache konzentrieren und irrelevante Aspekte ausklammern müssen. Die Ursache dafür liegt offenbar im Gehirn. Dort weisen die Patienten nämlich in dem Gebiet, das für die Steuerung von Aufmerksamkeit zuständig ist, eine erhöhte Konzentration des Markerstoffes Cholin auf.

ADHS wird häufig fälschlicherweise als Verhaltensstörung angesehen, die nur Kinder und Jugendliche betrifft. Bei bis zu zwei Dritteln bleibt die Störung aber bis ins Erwachsenenalter bestehen. Erste Symptome

treten bereits im Kindesalter auf und können sich im Laufe der Zeit verändern. Betroffene lassen sich zum Beispiel leicht ablenken und leiden unter innerer Unruhe, Impulsivität und Hyperaktivität. Das führt sowohl im Berufsleben wie auch im privaten Bereich zu großen Problemen. Häufig entwickeln die Patienten zusätzliche Begleiterkrankungen wie Depressionen oder Sucht.

Für die Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten gibt es noch kein erprobtes Konzept. Für Personen ab 18 Jahren ist bislang auch kein Medikament zugelassen, da die Wirkung noch unbewiesen ist. Das soll sich jetzt ändern. „Wir überprüfen die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie kombiniert mit dem Einsatz von Medikamenten“, erklärt Dr. Michael Colla. „Bisher hat es derartige Studien in Europa nicht gegeben.“ Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert das Projekt über drei Jahre mit einer Summe von 650.000 Euro. Beteiligt sind fünf Arbeitsgruppen des deutschen ADHS-Kompetenznetzes aus Berlin, Freiburg, Mannheim, Saarbrücken und Würzburg.

\* Colla M et al., Cognitive MR spectroscopy of anterior cingulate cortex in ADHD. *Journal of Psychiatric Research* (2007), in press.

<http://idw-online.de/pages/de/news22508>

## ADHS bremst das Gehirn

*Forscher finden verzögerte Hirnreifung bei Kindern mit dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom*

Bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS) entwickelt sich das Gehirn normal, aber zeitverzögert: Viele Hirnregionen reifen im Schnitt drei Jahre später als bei Kindern ohne die Verhaltensauffälligkeiten, haben amerikanische und kanadische Forscher nachgewiesen. Besonders betroffen sind die Regionen, die für die Kontrolle der Aufmerksamkeit, die Steuerung von Bewegungen und die Bewertung von Sinneseindrücken zuständig sind. Dass die Entwicklung lediglich verschoben, aber nicht verändert ist, erklärt nach Ansicht der Forscher, warum sich die Probleme der betroffenen Kinder später auszuwachsen scheinen.

Sie wollen nun die genauen genetischen und neurophysiologischen Ursachen der Entwicklungsverzögerung untersuchen. ADHS kommt bei schätzungsweise drei bis zehn Prozent aller Kinder vor und ist gekennzeichnet durch Konzentrationsstörungen, Störungen der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung sowie unterschiedliche weitere Verhaltensauffälligkeiten.

Quelle: <http://www.wissenschaft.de/wissenschaft/news/285307.html>



## Bücher, Bücher ...

*Christine Beerwerth*

### „Suche dir Menschen, die dir gut tun“

Ein Praxisbuch über Coaching für Erwachsene mit ADS  
Kreuz Verlag,  
ISBN 978-3-7831-2941, 16,95 €

Wir erkennen schnell, dass Christine Beerwerth sich nicht erst seit gestern mit dem Thema ADS befasst.

Ihre Vorschläge als Chance von Menschen mit ADS sind praxiserprobt und gut nachvollziehbar.

Sie beginnt mit Begriffserklärungen anhand von Metaphern und setzt diese anschauliche Darstellung konsequent fort in ihrem Buch, – hilfreich für Betroffene, die oft im Dschungel des Lesestoffs untergehen. Dabei bleibt sie sowohl nah am Menschen als auch am Thema und verliert die Besonderheiten einer ADS nie aus den Augen. Sie empfiehlt Strategien, die immer am individuellen Bedürfnis des Coachee

orientiert sind. Dabei erkennt sie die Kernprobleme. Sie greift die Fallen im täglichen Leben mit ADS auf. Denn Menschen mit ADS werden nicht mal eben aus einmal erlebtem Schaden klug, sie entwickeln – sofern sie es wirklich wollen – durch die Begleitung des Coachs vor Ort – sozusagen hautnah – Über-Lebensstrategien.

Wer sich noch nicht auskennt, bekommt eine Ahnung, welche Durststrecken zu überwinden sind und welche Arbeit geleistet werden muss, um den Lebens- und Berufsall-



tag in all seinen Facetten zu „sortieren“ und tragfähig zu machen. Hier bietet Christine Beerwerth mit originellen Beispielen gerade auch Angehörigen Anknüpfungspunkte und neue Erkenntnisse.

Sie trägt in einem Teil des Buches Berichte aus dem Münsteraner ADS-Netzwerk zusammen, die erkennen lassen, dass Coaching und Therapie sich nicht ausschließen, wohl aber gut ergänzen können. Ebenfalls unterstreicht sie, wie wichtig eine fachärztliche Betreuung und ggf. eine medikamentöse Behandlung sein kann, weil sie oftmals den Coachee erst in die Lage versetzt, sich auf den Coaching-Prozess einzulassen und die Ideen umzusetzen.

Klug dosiert und strukturiert gibt Christine Beerwerth ihre Kreativität und ihr spezielles Know How preis, so dass Sozial- und Fachkompetenz der Menschen, die sich hierauf einlassen, wachsen können.

Dem Gefühls- und Alltagschaos von Menschen mit ADS wird hier auf liebevolle, unsentimentale Weise mit realistischen Tipps und Tricks begegnet.

Ich denke, Christine Beerwerths Buch steht unter einem guten Stern. Sie geht einen mutigen Schritt weiter als manche psychiatrischen und psychotherapeutischen Programme es uns anbieten.

Karin Knudsen

*Elisabeth Aust-Claus,  
Petra-Marina Hammer*

## **Das Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungstraining für Kinder**

*Anleitungen und Übungen für zu Hause*

Mit multimedialem Lernprogramm und Materialien auf CD-ROM, OptiMind media Verlag, Wiesbaden 2007, 144 Seiten, 48,90 €

Viele Eltern von Vor- oder Grundschulkindern – egal, ob diese aufmerksamkeitsgestört sind oder nicht – wünschen sich Anleitungen für den Alltag und wie man spielerisch – aber mit System – Aufmerksamkeit und Wahrnehmung trainieren kann.

Jetzt liegt ein umfangreiches Werk vor, das dieses zu bieten scheint, den Ansprüchen aber nur in Ansätzen ge-

recht wird. Die Autorinnen, Dr.med. Elisabeth Aust-Claus und Dipl.-Psych. Petra-Marina Hammer, sind erfahrene Kinder- und Jugendtherapeutinnen.

Ende der 90er Jahre erschien von ihnen das A.D.S.-Buch und wenige Jahre später das A.D.S.-Buch für Erwachsene. In diesen Büchern wird das OptiMind-Konzept entwickelt, eine Methode, mit der Kinder befähigt werden, sich möglichst schnell und dauerhaft Kenntnisse einzuprägen und sie bei Bedarf wieder abzurufen.

Ja, und dabei hätten es die Autorinnen belassen sollen. Das vorliegende Buch ist nichts anderes als ein Neuaufguss ohne Zusatzstoffe. Zusammengefasst kann folgendes festgehalten werden: ADS – obwohl nicht Hauptthema des Buches – wird sachlich zutreffend beschrieben, ebenso wie die „Verkabelung“ im Gehirn, wie und wo Wahrnehmung entsteht, was Lernen bedeutet und wie man den heute grassierenden Konzentrations- und Wahrnehmungsdefiziten durch „Neuro-Jogging“ begegnen kann.

Dieses Trainingsprogramm – AttenXo genannt – ist gedacht für Kinder von 5 bis 8 Jahren. Doch bevor man damit beginnt, sollten die Kinder 6 Selbstinstruktionen beherrschen, damit sie bei den Hausaufgaben und anderen regelmäßigen Arbeiten wie z.B. Zimmeraufräumen nicht jedes Mal wieder bei Null, d.h. unorganisiert, flüchtig und spontan anfangen müssen.

Diese einzelnen Lernschritte – Was ist die Aufgabe? – Wie geht es am besten? – Überlege genau! – Sorgfältig arbeiten! – Fertig, überprüfen! – Super, gut gemacht! – sollten mit Hilfe der Eltern so lange geübt werden, bis sie in Fleisch und Blut übergegangen, d.h. automatisiert sind. Das eigentliche Trainingsprogramm zur Förderung der Konzentration und allem, was damit zusammenhängt, wird dann, gestaffelt nach Alter und Entwicklungsstand, angeboten, enthält außerdem viele Tipps, wenn Kinder lustlos und unmotiviert vor ihren Heften sitzen.

Das alles ist durchaus brauchbar, bleibt allerdings an der Oberfläche. Aber bei dem Buch stimmt etwas an-

deres nicht, und das ist das Preis-Leistungs-Verhältnis. Oder haben Sie sich – Hand aufs Herz – in Voreurozeiten ein Fachbuch für knappe 100,00 DM geleistet? Da macht auch die CD-ROM den Kohl nicht fett.

Schon allein das ungewöhnliche Buchformat von 24 x 24 cm weckt Hoffnungen, die dann aber nicht erfüllt werden. Viel Papier für wenig Worte – ganze 20 Seiten bleiben völlig unbeschrieben, 36 halbe Seiten ebenso. Das sieht alles sehr großzügig aus, aber die leeren Seiten hätte man allesamt mit lesbaren Kopiervorlagen versehen können, anstatt diese im Anhang im Kleinformat, ohne Lupe kaum zu entziffern, abzudrucken.

Diese Kopiervorlagen, die Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsübungen enthalten, kann man von der CD-ROM herunterladen. Diese CD enthält alle Themen des Buches noch einmal, multimedial aufbereitet mit vielen praktischen Beispielen, die man im täglichen Leben umsetzen kann.

Eine Frage, die hier nur gestreift und nicht vertieft werden soll, ist die nach der pädagogischen Durchführbarkeit des Programms. Dazu gehört ein emotionales Klima, das Lernen erst möglich macht. Dazu gehören Konsequenz, Ausdauer, Kontrolle und immer wieder Ermunterung, wenn der Motivationspegel nach unten tendiert. Dies sind alles Kriterien, die Eltern erst mal selber erfüllen müssen, bevor sie mit ihren Kindern üben. Die CD-ROM allein macht's nicht.

Fazit: Eines von beiden hätte genügt. Entweder das Buch oder die CD-ROM, eventuell mit einem kleinen Begleitheft. Es sei an dieser Stelle noch mal an ein Buch erinnert, das 2003 in „die Akzente“ Nr. 62 besprochen wurde, und zwar von Christine Ettrich/Monika Murphy-Witt: „ADS – So fördern Sie Ihr Kind“. Die Inhalte der Bücher sind austauschbar, aber die Konzeption im Ettrich/Murphy-Witt-Buch ist um Längen besser und kostet nur brave 12,90 €. Wer die Preise vergleicht – und nicht nur die Preise – weiß, wo er zugreifen muss.

*Margarete Gatzen*

## Vorstand

1. Vorsitzende: **Dr. Myriam Menter**  
91056 Erlangen  
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende: **Karin Knudsen**  
50933 Köln  
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**  
14055 Berlin  
schatzmeister@adhs-deutschland.de
- Schriftführer: **Hartmut Gartzke**  
30916 Isernhagen  
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de
- Beisitzerin: **Herta Bürschgens**  
52249 Eschweiler  
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Beisitzer: **Dr. Klaus Skrodzki**  
91301 Forchheim

## Unterstützung des Vorstandes

- Europäische Kontakte **Detlev Boeing**  
B-3080 Tervuren  
adhs@telenet.be
- Telefonberatungsnetz **Gerhild Gehrman**  
25336 Elmshorn  
gugkehrmann@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
- ADHS und Psycho-  
therapien im Kindes-  
und Jugendalter **Dr. Johannes Streif**  
streif@therapaed.de
- Rechtliche  
Angelegenheiten **Reinhard Wissing**  
96049 Bamberg

## Wissenschaftlicher Beirat

- Huss, Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. Michael**, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz  
**Krause, Dr. med. Johanna**, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,  
Ottobrunn  
**Krause, Prof. Dr. Klaus-Henning**, Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München  
**Lauth, Prof. Dr. Gerhard W.**, Universität Würzburg  
**Lesch, Prof. Klaus-Peter**, Universität Würzburg  
**Ludwig, Prof. Dr. Gudrun**, Fachhochschule Fulda  
**Opp, Prof. Dr. Günther**, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
**Simchen, Dr. Helga**, Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin, Mainz

Bundesgeschäftsstelle  
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 e.V.  
ISSN 0948—4507

## Herausgeber und Verleger

Für ADHS Deutschland 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 Katzen  
Magdalene Geisler  
Karin Knudsen  
Renate Meyer  
Dr. Klaus Skrodzki

## Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle  
ADHS Deutschland e.V.  
Poschingerstr.16  
12157 Berlin  
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 Rück-  
sprache 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 Auto-  
ren wieder und nicht unbedingt die Meinung  
des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bes-  
tem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte  
sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Mei-  
nungsbildung dienen.

## Neue Bankverbindung ADHS DE:

Konto-Nr. 7 490 241 005  
Berliner Volksbank eG  
BLZ 100 900 00

## Auslandsüberweisungen:

IBAN DE32100900007490241005  
BIC BEVODEBB

## Anzeigenverwaltung

Bundesgeschäftsstelle ADHS Deutschland e.V.  
Petra Festini  
Poschingerstr. 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-Liebknecht-Str.24-25  
14476 Potsdam (OT Golm)

Erscheinungsweise: 3x jährlich

Auflage: 4000 Exemplare

## Bezug:

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

## Copyright

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

## Redaktionsschluss

1. März 2008  
1. Juli 2008  
1. November 2008

In eigener Sache:

# AKTIVE MENSCHEN

## Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS

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

- Sie sind immer am Puls zum Thema ADHS – durch aktuelle Informationen, Kontakte, Erfahrungsaustausch.
- Sie leisten Unterstützung unserer ehrenamtlichen Hilfe zur Selbsthilfe
- Sie sparen durch Ermäßigungen bei Veranstaltungen und Publikationen
- Sie beziehen unsere Zeitschrift *neue AKZENTE* jährlich dreimal kostenlos
- Der Vereinsbeitrag ist steuerlich absetzbar

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

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

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

Was zeichnet sie aus?

### Selbsthilfverbände

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

Unser Bundesverband ist gemeinnützig und leistet Lobbyarbeit für Menschen mit ADHS.

Alle Aktiven – bis auf die Teilzeitkräfte in den Geschäftsstellen Berlin und Forchheim – arbeiten ehrenamtlich.

Die Personalkosten sind somit auf ein Minimum reduziert. Sie werden genauso wie die anfallenden Sachausgaben durch die Haupteinnahme Mitgliedsbeiträge finanziert. Durch öffentliche Zuschüsse seitens der Krankenkassen werden höchstens 15 % unserer Kosten gedeckt.

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

Ein Anmeldeformular erhalten Sie über unsere Geschäftsstelle  
oder über unsere Website: [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

*Die Aktiven des ADHS Deutschland e.V.*

## Zauber der Hintergründe



Wüchsen die Kinder in der Art fort,  
wie sie sich andeuten, so hätten wir lauter Genies.  
Aber das Wachstum ist nicht bloß Entwicklung;  
Die verschiedenen organischen Systeme,  
die den e i n e n Menschen ausmachen,  
entspringen aus einander,  
folgen einander,  
ja zehren einander auf,  
so dass von manchen Fähigkeiten,  
von manchen Kraftäußerungen  
nach einer gewissen Zeit  
kaum eine Spur mehr zu finden ist.

*Johann Wolfgang von Goethe*

*„Dichtung und Wahrheit“*

## 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