

neue AKZENTE

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

Aus der Praxis

Alltag mit ADHS



- Rehabilitation und Teilhabe
- Das Asperger-Syndrom im Spektrum zwischen Autismus und AD(H)S
- ADHS, Beruf, Chance
Das ABC des erfolgreichen Lernens

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeitschrift



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

alle Jahre wieder... möchte man die vergangenen Monate noch einmal nachzählen: Waren es wirklich schon wieder elf?

Doch gut, wenn sich in diesen Monaten auch etwas bewegt hat! So hat sich die Versorgung von Erwachsenen positiv entwickelt durch die Zulassung eines Arzneimittels zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen.

Der neu gewählte Vorstand hat sich neben den regelmäßig stattfindenden Vorstandssitzungen im Sommer zu einer Wochenendklausur getroffen und insbesondere Möglichkeiten eruiert, den Verband noch bekannter zu machen und unsere Einnahmen zu erhöhen.

Aus Kostenersparnisgründen versenden wir mit dieser Ausgabe als Einleger den Flyer für die nächste Mitgliederversammlung/Symposium. Die Einladung zur Mitgliederversammlung erfolgt fristgerecht im nächsten Jahr.

Wir möchten Sie auf die Informationen unserer Schatzmeisterin Frau Seegers über die Fälligkeit des Mitgliedsbeitrages, sowie zum Spendenabzug im Verein auf S. 36/37 aufmerksam machen.

Wie einige vielleicht schon wissen, wechseln wir den Betreuer unserer Webseiten, wir bitten sie daher um Verständnis, sollten zum Jahresende/Beginn 2012 auf dem Internet oder Intranet nicht gleich alle Informationen verfügbar sein.

Die besten Wünsche für die Weihnachtszeit und ein glückliches Neues Jahr – in dem sich hoffentlich wieder etwas zum Positiven wandelt.

Ihre

Dr. Myriam Menter

Impressum neue AKZENTE

Zeitschrift des ADHS Deutschland e.V.
ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger
ADHS Deutschland e.V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Telefon: 030/85 60 59 02
Fax: 030/85 60 59 70
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

Redaktion
Dr. Myriam Menter (Leitung)
Jürgen Gehrmann
Renate Meyer
Karin-Gisela Seegers
Dr. Johannes Streif
Vera-Ines Schüpferling

Redaktionsanschrift
Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin

Telefon: 030/85 60 59 02
Fax: 030/85 60 59 70
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung ADHS Deutschland e.V.
Hannoversche Volksbank
Konto-Nr. 0 221 438 500
BLZ 251 900 01

Auslandsüberweisungen:
IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

Gesamtgestaltung und Desktop-Publishing
Heiko Assmann,
freiberufl. Computergrafiker
und freiberufl. Fotojournalist.
www.heiko-assmann.de

Druck
BUD, Potsdam.

Erscheinungsweise
3 - 4x jährlich
Auflage: 4000 Exemplare

Bezug

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

Copyright

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

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe: 01. Februar 2012

Fotonachweis

Aktive der Landes- und Regionalgruppen
Titelfoto: ©Rolf van Melis/pixelio.de

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

FACHBEITRÄGE

Aus der Wissenschaft

Prof. Dr. Hans Ruder

04 Rehabilitation und Teilhabe

Dr. Helga Simchen

07 Das Asperger-Syndrom im Spektrum zwischen Autismus und AD(H)S

Aus der Praxis

Dr. Johannes Streif

12 ADHS, Beruf, Chance Das ABC erfolgreichen Lernens

Dr. Matthias J. Gelb

17 Der ADHS-KBV-Vertrag in Baden-Württemberg

AKTUELLES

Dr. Kirsten Stollhoff

18 Neue ADHS-Leitlinien der American Academy of Pediatrics

ALLGEMEINES

Sabine Kolb, Kirsten Riedelbauch

20 Spezielle Hilfen für Eltern mit ADHS Kindern

Jörg Hagemann, Rauchzeichen e.V.

21 Sozialpädagogische Intervention in von ADHS betroffenen Familien

Kerstin Rohwer, Rauchzeichen e.V.

26 Tiergestützte Interventionen bei Menschen mit ADHS

Dipl.-Päd. Detlef Träbert

29 Wer ein Kind aufzieht, muss es auch laufen lassen

Uwe Metz

30 Petrus hatte ADHS Andacht am 25.09.2011 im Caritas-Haus Feldberg

32 Eltern-Kind-Fachklinik Norderheide

34 Kriterien zur Bewertung von Kliniken

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

Karin-Gisela Seegers

36 Ankündigung für alle Mitglieder über die Fälligkeit des Mitgliedbeitrages 2012

Karin-Gisela Seegers

37 Spendenabzug im Verein

Regionalgruppe Bremen

38 ADHS-T-Shirts

BERICHTE

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

Gerhild Drüe

38 „Im Chaos der Gefühle – ADHS und mehr...“ mit großer Resonanz

Nele

40 Jugentreffen in Osnabrück im Rahmen des ADHS-Landesgruppen-treffens Niedersachsen/Bremen

BERICHTE

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

Uwe Metz

41 Papst Meets ADHS Mitgliederversammlung der Landesverbände BW u. Hessen

Sabine Kolb

42 15. ADHS-Kongress in Sindelfingen

Bärbel Sonnenmoser/Patricia Ödell

43 Nachlese Jahrestagung des BKJPP 2011

44 Regionalgruppenberichte

In alphabetischer Reihenfolge

MEDIEN REZENSIONEN

Patrik Boerner

46 ADHS-Zentrum München GmbH „AD/HS-Spots“ – Ein Lernprogramm für Erwachsene

Uwe Metz

47 Detlef Träbert: „DenkMalAn!“ Aphoristische Andenken

Dr. Myriam Menter

48 ADHS-Zentrum München GmbH „AD/HS Praxishandbuch“

TERMINE

49 Termine Weiterbildung Telefonberatung E-Mail-Beratung Junges Beraternetz

VERBANDSDATEN

50 Geschäftsführender Vorstand Weitere Vorstandsmitglieder Unterstützung des Verbandes Wissenschaftlicher Beirat Landesgruppenleiter Jugendteam

52 Telefonberatung

Rehabilitation und Teilhabe

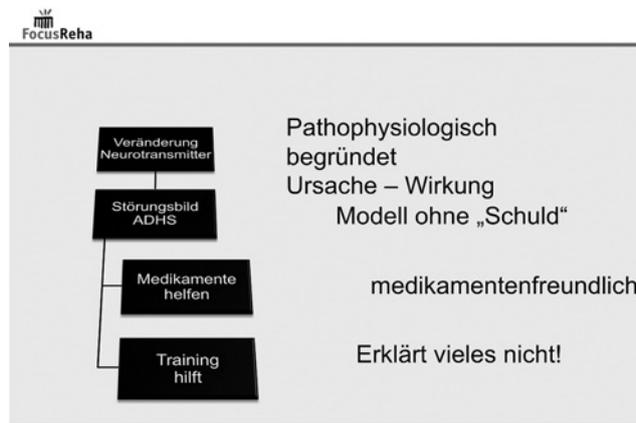
Vortrag anlässlich der Regionalgruppenleiter-Fortbildung in Hirschaid am 12.11.11



Prof. Dr. Hans Ruder
Geschäftsführender Gesellschafter und
medizinischer Direktor
FocusReha GmbH

Wenn Sie als Betroffener, Angehöriger eines Betroffenen, erfahrenes Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder mit ADHS vertrauter Pädagoge oder Therapeut einem Laien mit drei bis fünf Sätzen erklären sollten, was ADHS ist, was würden Sie ihm antworten? Eine einfache Frage mit einer vermutlich weniger einfachen Antwort. Auch würde die Antwort bei jedem von Ihnen ein wenig anders ausfallen. Am Ende würde die Summe der Antworten vermutlich gut abbilden, worum es sich bei ADHS handelt.

1. Folie „Störungsbild ADHS“



Hier präsentiere ich Ihnen eine sehr einfache, pathophysiologisch begründete Darstellung von ADHS: ADHS ist begründet in einer Veränderung des Neurotransmitterstoffwechsels in bestimmten Bereichen des Gehirns, die zu dem bekannten Störungsbild ADHS mit Unaufmerksamkeit, Störung der Impulskontrolle führt, die sehr häufig, aber nicht immer mit Zeichen der Hyperaktivität verbunden ist.

Prinzipiell ist die Therapie einfach, denn Medikamente normalisieren den Hirnstoffwechsel oder nähern ihn zumindest dem Normalzustand an. Zusätzliches Training, z. B. in der Ergotherapie oder vielen anderen Therapien vermag Weiteres zu erreichen.

Aus Ihren Gesichtern lese ich, dass Sie nicht alle mit dieser Erklärung übereinstimmen oder zumindest viele Fragen offen bleiben.

Zunächst aber die Vorteile dieser Darstellung: Sie ist einfach und sieht die Ursache in einer biologischen Störung. Sie ist so einfach wie die Erklärung der Zuckererkrankung: Die B-Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren zu wenig Insulin, dadurch können die Zellen keinen Zucker aufnehmen und der Blutzuckerwert steigt deutlich an.

Ein wesentlicher Vorteil dieser Form der Ursachendarstellung liegt darin, dass sie den Betroffenen Schuldgefühle nimmt. Denn wer kann etwas für seinen Stoffwechsel? Schuldgefühle sind immer schlechte Begleiter, denn sie verhindern den Blick darauf zu richten, was an Veränderungen ins Positive möglich wäre; im Gegenteil sie bedingen rückwärtsgewandte, meist erfolglose Ursachenforschung.

Nicht zuletzt die Pharmaindustrie fördert diese Sichtweise, denn sie gibt die rationale Begründung für Medikamente als Hauptbehandlungspfad für ADHS. Mir liegt es fern, die Bedeutung der Medikamente zu schmälern, allein scheinen mir andere Aspekte von Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten unterrepräsentiert.

Vieles, das Sie von ADHS-Betroffenen kennen, können Sie mit dem vorliegenden Modell nicht oder nicht ausreichend erklären. Und es bleibt ein Gefühl, dass es wichtige Dinge gibt, die hier untergehen.

2. Folie „Was hilft einem Kind mit ADHS“

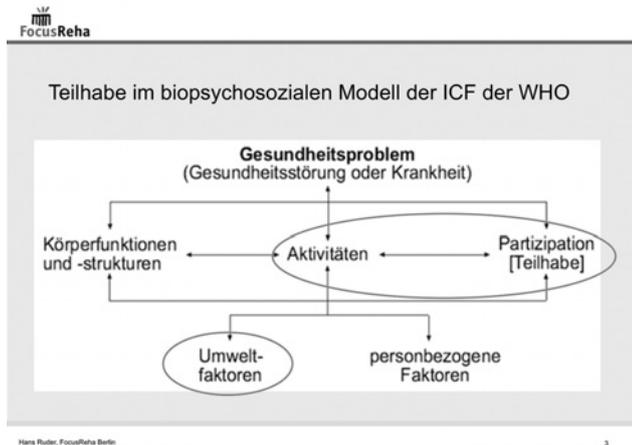


Ergänzend zu Medikamenten und verschiedenen Trainingsverfahren ist unterstützende Beziehung in den verschiedensten Formen eine wichtige Hilfe. Das kann aus dem Familienumfeld kommen, ein Lehrer sein, den sich das Kind als Vorbild wählt, und Freunde in Schule, Sport oder Freizeit. Die meisten von Ihnen werden wissen, wie positiv sich diese Beziehungen im Verlauf der Entwicklung auswirken.

Positive Beziehung und eine positive Grundstimmung wirkt sich positiv auf einen Lernerfolg aus.

Besonders wichtig für die Kinder und Jugendlichen aber ist es Selbstwirksamkeit zu erleben: Ich habe erreicht, was ich mir *selbst* vorgenommen habe und die Menschen, die mir wichtig sind, erkennen es an.

3. Folie: „Biopsychosoziales Modell der ICF“



Für den Bereich der Rehabilitation hat die Weltgesundheitsorganisation das biopsychosoziale Modell als Grundlage. Es verkürzt sich nicht auf Körperfunktionen, sondern stellt Aktivitäten und ganz besonders Teilhabe in den Mittelpunkt.

Nach dieser Philosophie würde man Medikamente nicht um der Aufmerksamkeit als Ausdruck einer bestimmten Leistungsfähigkeit oder zum Ziel der Leistungssteigerung verordnen, sondern dann, wenn beispielsweise die Teilhabe am Unterrichtsgeschehen oder die Eltern-Kind Interaktion in Hausaufgabensituation durch Unaufmerksamkeit und Impulsivität massiv gestört ist. Ziel der Medikation wäre dann als *ein* Baustein Teilhabe in der Schule oder Familie zu fördern.

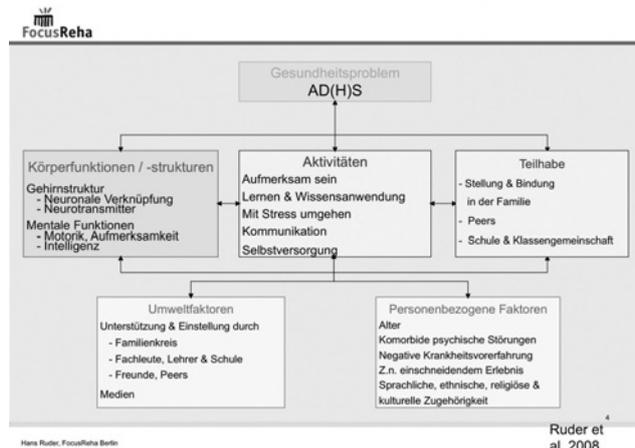
Einflussmöglichkeiten auf die Teilhabe gibt es aber auch über die Beeinflussung durch modifizierte Umweltfaktoren: Ein reizärmeres Kinderzimmer, eine andere Schule, Eintritt in einen Sportverein, Klären des Verhältnisses zu beispielsweise getrennt lebenden Elternteilen.

Diese Umweltfaktoren scheinen in das erste streng abgeleitete Modell eigentlich gar nicht gut zu passen und doch sind sie meiner Erfahrung nach von unterschätzter Bedeutung in Bezug auf das Ziel erfolgreicher Teilhabe. Seit sehr wenigen Jahren ahnen wir, dass Umwelt auch biologisch Einfluss auf den Hirnstoffwechsel nimmt.

Wir wissen aus jüngerer Zeit, dass Umweltereignisse wie Klima, Stress oder Fürsorge dazu führen, dass Gene an- oder ausgeschaltet werden können. Teilweise betrifft dies

sogar nachfolgende Generationen. Wirklich gut verstanden hat die Wissenschaft diese Phänomene noch nicht. Man spricht hierbei von epigenetischen Phänomenen, die Vererbungsgänge bezeichnet, die zu anderen Ergebnissen als die Erbsenversuche des Gregor Mendel führen. Dies aber nur am Rande dazu, dass Gen-Umwelt-Interaktion heute bei den verschiedensten biologischen Phänomenen als sehr bedeutsam angesehen wird.

4. Folie: „Das biopsychosoziale Modell der WHO und ADHS“



Um die Dimensionen der ICF *am Beispiel der ADHS* deutlicher zu machen, sind hier einige Beispiele unter den Dimensionen aufgeführt.

Körperfunktionen und -strukturen

Bei ADHS sind Strukturänderungen im Gehirn auf mikroskopischer (in der Art der synaptischen Verknüpfungen) oder molekularer Ebene gegeben (Neurotransmittertransportmoleküle).

Bedeutsam sind die motorischen und mentalen Funktionen. Zu den mentalen Funktionen gehört neben Aufmerksamkeit und Impulskontrolle auch die Intelligenz. Sie ist zwar unabhängig von der ADHS entweder normal oder aber auch über- oder unterdurchschnittlich ausgeprägt. Das Intelligenzniveau beeinflusst aber die Ausprägung von ADHS, z. B.: Lernstörungen bei niedrigeren Werten, Meister der Ausrede und des Vermeidens bei hohen.

Aktivitäten

Aktivitäten erfordern bestimmte Ausprägungen von Funktionen. *Aufmerksamkeit Halten* ist eine Aktivität, die somit von der Funktion Aufmerksamkeit abgeleitet ist. Allerdings beeinflusst auch ganz stark Interesse oder Emotion diese Aktivität. Das erklärt verschiedene Phänomene wie positiven Einfluss auf *Aufmerksamkeit Halten* in der Schule sowohl durch Medikamente als auch durch die Beziehung zur aktuellen Lehrkraft. Auch die hohe Konzentrationsfähigkeit bei bestimmten Typen von Computerspielen zeigt

die Abhängigkeit der Aktivität *Aufmerksamkeit Halten* von individuellen Rahmenbedingungen.

Teilhabe (Partizipation)

Teilhabe ist der Schwerpunkt rehabilitativer Aufgaben und Ziele. Wesentlich ist die Stellung eines Kindes in seiner Familie, in seinem sozialen Umfeld und in Kindergarten und Schule. Selbstverständlich hängt Teilhabe von Körperfunktionen und Aktivitäten ab. Im Fall ADHS kann Hyperaktivität und Impulsivität beispielsweise Mitschüler oder Lehrernerven und zu einer Abseitsstellung führen. Fehlende Fähigkeit Aufmerksamkeit zu halten, führt zu einem Spießrutenlauf bei den Hausaufgaben oder Ergebnissen in Klassenarbeiten, die unter den tatsächlichen Fähigkeiten liegt. Genauso können aber musische oder sportliche Aktivitäten zu Anerkennung und Erfolg und damit einer guten Teilhabe beitragen.

Umweltbedingte Kontextfaktoren

Umweltfaktoren spielen für Gelingen (oder auch Scheitern) von Teilhabe eine oft ebenso wichtige Rolle wie Aktivitäten. Welche Einstellung haben wichtige Bezugspersonen zu dem Betroffenen? In welcher Form unterstützen sie ihn? Die Antwort auf diese konkreten Fragen sagt oft viel über Probleme, aber auch über ihre Lösungsmöglichkeiten aus. Rehabilitation arbeitet schwerpunktmäßig über eine positive Beeinflussung von Kontextfaktoren.

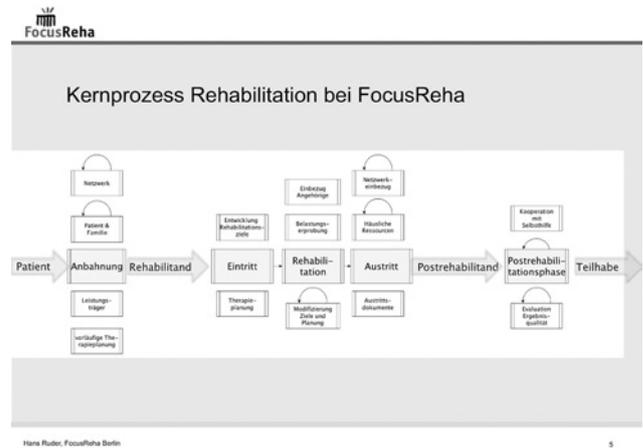
Personenbezogene Faktoren

Personenbezogene Kontextfaktoren sind im Gegensatz zu umweltbedingten Kontextfaktoren als gegeben, weil unveränderbar, hinzunehmen. Die Haut- oder Augenfarbe ist nun einmal so wie sie ist. Das kann je nach Umwelt positive oder negative Auswirkungen haben. Bei Kindern und Jugendlichen ist der wichtigste personenbezogene Faktor das chronologische Alter, also das Alter, das sich aus dem heutigen Datum und dem Geburtsdatum errechnet. Verhält sich ein Fünfjähriger wie ein Fünfjähriger, so ist das o. k., aber wie finden Sie es, wenn sich ein Zehnjähriger wie ein Fünfjähriger verhält? Wie werden seine Lehrer darauf reagieren? Werden seine Mitschüler ihn akzeptieren? Wie wird er seine Schule und seine Schulzeit erleben? Als Faustregel kann man annehmen, dass eine Abweichung von Sozial- oder Lernalter um bis zu ein Jahr abweichend vom chronologischen Alter problemlos ist. Darüber hinausgehende Differenzen führen zu Problemen, besonders auch, wenn es nicht eine generelle Differenz ist, sondern z. B. Lernverhalten altersgemäß, Sozialverhalten minus drei Jahre.

Zusammengefasst erkennen Sie, um wie viel komplexer das biopsychosoziale Modell gegenüber einem pathophysiologischen ist. Ich gehe aber davon aus, dass – verglichen mit ihren eigenen Erfahrungen und denen aus ihrer Tätigkeit in Selbsthilfegruppen – dieses Modell wesentlich mehr

Möglichkeiten bietet, individuelle Probleme und Lösungen herauszuarbeiten. Das stellt das pathophysiologische Modell nicht in Frage. Das biopsychosoziale Modell ist „nur“ ganzheitlicher und umfassender.

5. Folie: Kernprozess der FocusReha



Bei FocusReha handelt es sich um eine Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Erkrankungen, also auch ADHS, Entwicklungsstörungen und eine Vielzahl assoziierter komorbider Störungen. Die Einrichtung steht unter gemeinsamer kinderärztlicher und kinder- und jugendpsychiatrischer Leitung. Basis der Behandlungsphilosophie ist das biopsychosoziale Modell der ADHS, das dahinter liegende Klassifikationsschema ICF CY der WHO und eine Sichtweise auf den Rehabilitanden in seinem Milieu und nicht im Glashaus einer wohnortfernen Einrichtung. Sie arbeitet nah, nachhaltig und familienfokussiert.

Diese Philosophie findet sich auch in den hinterlegten Behandlungsabläufen, einer vorklärenden Anbahnung, einem Eintritt des Rehabilitanden, dem Prozess der Rehabilitation in der Klinik, dem moderierten Austritt, der Nachsorge und der nachfolgenden Perspektive deutlich verbesserter Teilhabe.

Wenn ich den Teilprozess Eintritt auswähle, so werden in diesem die Rehabilitationsziele konsensuell mit dem Patienten und seiner Familie entwickelt und zunächst in dessen Sprache „Die Hausaufgaben sollen nicht ewig dauern und nicht dauernd zum Streit mit Mama führen“ niedergeschrieben. Später in der Eintrittsvisite werden diese in Ziele nach der ICF CY übersetzt. Beispiele: Aufmerksamkeit länger halten, Umgang mit Frustration verbessern und Kommunikation in der Familie verbessern. Hieraus folgt dann die konkrete Maßnahmenplanung wie Überprüfung der Medikamentenwirkung am Nachmittag, Trainieren insbesondere der selbständigen Aufgabenbearbeitung im Aufmerksamkeitstraining, Schulung und gemeinsames Üben mit der Mutter zur Herstellung einer weniger emotionsbelasteten Hausaufgabensituation.

Im Lauf des Rehabilitationsprozesses werden Ziele und Erreichtes und Realisierbarkeit wöchentlich überprüft und angepasst. In Hinblick auf den anstehenden Austritt wird auch frühzeitig in die Überlegungen mit einbezogen, welche Veränderungen, beispielsweise durch Unterstützung der Heimatschule, zusätzlich notwendig sein können. Kinder und Jugendliche, die aus einem Umkreis von maximal einer Stunde Fahrzeit zu FocusReha kommen, können bei einer Belastungserprobung während der Reha in ihrer Heimatschule oder Jugendgruppe von einem Therapeuten oder Pädagogen begleitet werden.

Zusammenfassung

Teilhabe ist der Kernbegriff der Rehabilitation, an dem sich

Literatur

Ruder H, Pohl A, Borell S, Knecht B: Rehabilitation richtig einleiten und durchführen. Ein Leitfaden am Beispiel der ADHS unter Anwendung der ICF. *pädiatr prax* 2008; 72: 157-166

Rehabilitationsziele ausrichten. Teilhabe steht nicht isoliert da, sondern in komplexer Wechselwirkung mit Körperfunktionen und Kontextfaktoren.

Zeitgemäße Rehabilitationskonzepte erarbeiten konsensuell mit Rehabilitand unter Einbezug von Familienangehörigen und Netzwerk einen realistischen, an den Bedürfnissen ausgerichteten und auf Nachhaltigkeit angelegten Plan. Dieser wird in Schritten umgesetzt. Die ersten finden im Rahmen des Rehabilitationsaufenthaltes statt, die folgenden leisten der Rehabilitand und die Familie mit Unterstützung ihres aktivierten Netzwerks selbst.

■ Prof. Dr. Hans Ruder, FocusReha Berlin

Spork P: Der zweite Code: Epigenetik - oder Wie wir unser Erbgut steuern können. Rowohlt 2009

WHO: ICF-CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Huber-Verlag 2011

Das Asperger-Syndrom im Spektrum zwischen Autismus und AD(H)S



Dr. Helga Simchen

Hat mein Kind nun Asperger oder AD(H)S?

Eine Frage, die viele Eltern sich und dem behandelnden Arzt immer wieder stellen. Es wurde noch niemals so viel über das Asperger-Syndrom publiziert, gesprochen und referiert. Eltern – und nicht nur diese – bewerten nach Symptomlisten für Asperger das Verhalten ihrer Kinder. Verunsichert von der bisherigen Diagnose AD(H)S fahren sie zu Asperger-Spezialisten und lassen ihr Kind testen und bekommen meist auch die Diagnose: „Ihr Kind hat Asperger.“ Nun stellt sich ihnen und dem aufgesuchten Asperger-Spezialisten die Frage, wie die weitere Behandlung erfolgen soll, insbesondere, wenn es denn kein AD(H)S ist. Soll mein Kind nun weiter Methylphenidat einnehmen,

bringt das noch etwas und waren bisherige Diagnose und Therapie falsch? In der folgenden Zeit sind die Eltern dann total verunsichert und suchen weiter. Leider – und das ist das Schlimme – wird dadurch auch das betroffene Kind verunsichert und verliert das Vertrauen zu seiner bisherigen Therapie und seinem Therapeuten. Beides beeinträchtigt den weiteren Therapieerfolg oder verhindert ihn sogar. Der Asperger-Spezialist, wenn er wirklich einer ist, rät den Eltern zur Weiterführung der bisherigen AD(H)S-Therapie, was wiederum die Eltern nun gänzlich verunsichert. „Mein Kind hat kein AD(H)S, sondern ein Asperger-Syndrom und soll trotzdem so weiter behandelt werden, wie bei einem AD(H)S? Wieso ist das möglich? Darauf meist ein Achselzucken des Spezialisten und die Bemerkung, Methylphenidat habe sich auch beim Asperger-Syndrom bewährt und es gibt zurzeit nichts Besseres. Verunsicherung und Zweifel an der Therapie bleiben, wichtiges Vertrauen wurde zerstört.

Auch nach meiner Erfahrung hilft beim Asperger-Syndrom eine multimodale AD(H)S-Therapie, die lern- und verhaltenstherapeutisch auf die Besonderheiten der Asperger-Symptomatik abgestimmt ist, noch immer am besten. Jugendliche Asperger-Patienten profitieren zurzeit am meisten von dieser Art der Therapie, wenn sich der Therapeut dabei auf die Kernsymptome der Asperger-Problematik verhaltenstherapeutisch konzentriert.

Jüngere Kinder benötigen Frühdiagnostik, Frühbehandlung zur Reduzierung der sich seit dem ersten Lebensjahr einstellenden Defizite in der sozialen Interaktion, im Verhalten allgemein und im Lernen. Das ist allerdings nicht ohne Einbeziehung der Eltern und ohne deren professionelle Anleitung durch entsprechende Zentren möglich. Dies wiederum erfordert ein intensiveres Suchen nach Auffälligkeiten in der emotionalen und sozialen Entwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern. Werden Entwicklungsverzögerungen bemerkt, soll man die Eltern darauf hinweisen und ihnen zeigen, was sie tun können, um die Defizite zum altersgerechten Entwicklungsverlauf bei ihrem Kind so gering wie möglich zu halten.

Die Ausbildung besonderer Nervenbahnen für das Erlernen von Sozialverhalten erfordert ein gezieltes tägliches Training in den ersten beiden Lebensjahren, der Prägungsphase für den Aufbau emotionaler Bindungen und angepasstes Sozialverhalten. Diese Gedächtnisbahnen sind wichtig für die weitere Entwicklung eines jeden Kindes, weil es damit sein Verhalten und Reagieren automatisieren und jederzeit schnell abrufbereit machen kann. Eine professionelle Behandlung einmal in der Woche ist hierfür unzureichend. Wird diese Entwicklungsphase nicht ausreichend genutzt, läuft die gesamte weitere Entwicklung je nach Schwere der Beeinträchtigung verändert ab.

Diese frühe Störung der neuronalen Vernetzung beim Asperger-Syndrom und seine Bedeutung für die gesamte weitere Entwicklung verpflichten uns, intensiv nach seinen möglichen Ursachen zu suchen, um zeitiger mit der Behandlung beginnen zu können.

Das Asperger-Syndrom beeinträchtigt die kindliche Entwicklung von Geburt an. Wenn seine Symptome vom sozialen Umfeld bemerkt werden, konnten schon wichtige Entwicklungsabschnitte bei der Prägung des Sozialverhaltens vom betroffenen Kind in den ersten Lebensjahren nicht effektiv genug genutzt werden.

Bisher galt: „Asperger Syndrom und AD(H)S schließen sich gegenseitig aus und das Asperger-Syndrom sei nicht vor dem 3. Lebensjahr zu diagnostizieren“ – ein fataler Irrtum. Genau wie auch anfangs behauptet wurde, dass AD(H)S nicht vor dem 6. Lebensjahr zu diagnostizieren sei.

Bei beiden Störungen kommt es immer auf den Schweregrad des Betroffenseins und auf die Erfahrung des Diagnostikers an.

Beim Asperger-Syndrom liegt die Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung viel früher, nämlich im ersten und zweiten Lebensjahr. Während dieser Zeit werden im Gehirn durch die Entwicklung spezieller Nervenbahnen wesentliche Grundlagen für das spätere Sozialverhalten geschaffen. Deshalb ist eine Frühtherapie sehr wichtig, die aber das Erkennen der ersten Auffälligkeiten von Seiten der Eltern und des Kinderarztes voraussetzt.

Wichtige Asperger Frühsymptome sind:

- Als Säugling pflegeleicht oder Schreikind
- Gleichgültig gegenüber seiner Umgebung
- Kein soziales Lächeln, kein „Lustschrei“, kein Entgegenstrecken der Arme
- Kein Nachahmen von Aktivitäten: wie „Ei, ei“ oder „Winke, winke!“
- Abwehrreaktion beim Hochnehmen
- Kein Signalcharakter beim Weinen
- Kein Erkennen bekannter Gesichter
- Beim Hochnehmen steif oder schlaff ohne Anlehnen des Kopfes
- Kein Interesse an Spielzeug und Umgebung
- Kein Reagieren auf altersentsprechende Ansprache
- Stereotypien, wie schaukeln, schaben, drehen der Hände
- Monotones Lallen, kein „Da-Da-ismus“
- Kein Zurücklächeln
- Kein „Teilen“ von emotional positiv besetzten Dingen

Schon 1993 gab der Bundesverband „Hilfen für das autistische Kind“ zwei Broschüren heraus zur Frühdiagnostik und schulischer Förderung. In diesen Broschüren wird eine multifaktorielle Ursache für Autismus genannt, die immer mit einer Störung in der Wahrnehmungsverarbeitung einhergeht. Wörtlich aus dieser Broschüre zur Ursache zitiert heißt es:

„Autismus bedeutet, das Kind nimmt mit intakten Sinnesorganen die zahlreichen Reize aus der Umwelt zwar auf, kann sie aber nicht richtig einordnen und miteinander koordinieren. Die Reize, die auf den einzelnen Sinnesmodalitäten ankommen, werden nicht zu verständlichen Bedeutungsträgern und geben dem Kind somit keine Möglichkeit, sein Erleben und Verhalten zu organisieren und auf die Außenwelt einzustellen. Diese Störung der Wahrnehmungsverarbeitung bedeutet, dass das autistische Kind das Verhalten seiner Mitmenschen schwer versteht und sich auch der Umwelt gegenüber schwer verständlich machen kann, weil ihm wirksame Kommunikationsstrategien, die aus vielen einzelnen Verhaltensweisen bestehen, völlig fehlen. Eine Folge dieser Schwierigkeiten bei der Reizverarbeitung ist der Rückzug auf stereotype Verhaltensweisen, die das Kind in seiner Entwicklung allein nicht weiterbringen, weil sie immer nach dem gleichen Schema ablaufen und nur selten durch neue Erfahrungen ergänzt werden.“

Eine sehr gute Beobachtung und Beschreibung der Problematik, die meiner Meinung nach den Kern des Asperger-Syndroms trifft, aber von den Wissenschaftlern damals (1991/1992) nicht weiter beachtet wurde. Erst die neurobiologischen Erkenntnisse der letzten Jahre mit den Möglichkeiten, sie bildtechnisch darzustellen, ermöglichen der psychiatrischen Forschung, viele Krankheiten und ihre neurobiologische Ursache besser zu verstehen.

Man kann sogar sagen, durch die Beschäftigung der Wissenschaft mit dem AD(H)S hielt die Neurobiologie Einzug vor allem in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Davon wird auch die Erforschung des Asperger-Syndroms profitieren und seine bisherige Diagnostik und Therapie positiv für die Betroffenen verändern.

So könnten z. B. stereotype Bewegungen beim Asperger-Syndrom genau wie beim AD(H)S eine Selbstmaßnahme der Betroffenen sein, um ihre ständig gespürte innere Unruhe abzureagieren, ihr Gehirn zu stimulieren, was infolge Reizüberflutung automatisch herunterreguliert wurde und um ihre ständig kreisenden Gedanken auf eine Tätigkeit auszurichten. Genau wie beim AD(H)S, könnten somit stereotype Bewegungen auch beim Asperger-Syndrom eine Art primitive Selbstbehandlung sein. Kinder mit AD(H)S und Asperger entwickeln diese stereotypen Bewegungen. Nur deren Qualität und Quantität ist unterschiedlich; da beim Asperger-Syndrom die Störung der neuronalen Vernetzung wesentlich früher erfolgt, werden die Stereotypen stärker automatisiert, sind viel ausgeprägter und haben funktionell ein niedriges Niveau.

Das Asperger-Syndrom mit seinen wichtigsten Symptomen ist die Folge einer vorwiegend neurobiologisch bedingten Störung mit auffälligen Verhaltensweisen, kognitiven und motorischen Beeinträchtigungen, die sowohl beim AD(H)S, als auch gehäuft in Familien mit AD(H)S-Veranlagung vorkommen. Inzwischen wird in der wissenschaftlichen Literatur und durch Studien belegt, eine Häufigkeit der Symptomüberlappung von AD(H)S und Asperger bis zu 70% angegeben.

Diesen Zusammenhang von AD(H)S und Asperger zu erkennen, ermöglicht neue wissenschaftliche Forschungsansätze mit ganz neuen Behandlungsmöglichkeiten. Bis jetzt wurde und wird das Asperger-Syndrom dem Autismus zugeordnet, obwohl es mehr einer Sonderform des AD(H)S gleicht und als solche auch schon vielerorts behandelt wird.

DAS Asperger-Syndrom, eine AD(H)S-Variante, was spricht dafür?

- 75% Symptomüberlappung
- Gemeinsame genetische Veränderungen (5p13; 16p13; 17p11)
- 7q = Autismusgen, das auch bei AD(H)S, LRS und Anorexie nachgewiesen wurde
- Übereinstimmungen in der Bildgebung im fMRT, PET und im EEG unter Belastung
- Gute Wirkung von Methylphenidat in Verbindung mit Verhaltenstherapie

Das Asperger-Syndrom wird mit einer Häufigkeit unter 2% angegeben, wobei sein Schweregrad sehr unterschiedlich ist und betroffene Erwachsene mit einschließt.

Es ist eine desintegrative Störung, die über verschiedene Hirnfunktionen die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung beeinflusst.

Seine Ursache ist eine genetisch bedingte gestörte Informationsverarbeitung infolge andersartiger neuronaler Vernetzung, die in den ersten Lebensjahren stattfindet. Genau wie das AD(H)S scheint es an Häufigkeit und Schwere zuzunehmen. Je früher und intensiver die Störung beginnt, umso gravierender sind seine Symptome, die aber denen vom AD(H)S sehr ähnlich sein können. Deshalb die häufige Frage, nicht nur der Eltern, an die Wissenschaft: „Hat mein Kind nun AD(H)S oder Asperger?“ Durch die Veröffentlichung vieler Tabellen zur Asperger-Selbstdiagnostik wird die Verunsicherung noch verstärkt. Denn auch diese Störung ist nicht mittels Punkten einer Skala zu diagnostizieren.

Um die Forschung zu optimieren, sollte das Asperger-Syndrom von den anderen Autismusvarianten, die alle mit einer schweren Entwicklungsstörung und niedrigem Intelligenzniveau einhergehen, getrennt wissenschaftlich untersucht werden.

Früher wurde ich in meiner Praxis sehr häufig mit den Aussagen von Eltern konfrontiert: „Mein Kind hat kein AD(H)S, es fehlen dafür eins, zwei oder drei Punkte nach der Conners-Skala“. Heute fragen die Eltern: „Hat mein Kind nun Asperger oder AD(H)S“? Es würden so viele Punkte für das eine und so viel Punkte für das andere sprechen!“

Eine gründliche und mehrmalige gezielte ärztliche Untersuchung, um den Lernzuwachs durch Üben besser beurteilen zu können und eine gründliche Anamnese ermöglichen erst eine Asperger-Diagnose.

Die wichtigsten internationalen Kriterien zur Diagnose (ICD-10) des Asperger-Syndroms sind in ihrer 10. Auflage wie folgt aufgelistet:

A. Eine qualitative Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

1. Ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch von nonverbalen (sprachfreien) Reaktionen im Umgang mit anderen, wie wenig Blickkontakt, mimikarmer Gesichtsausdruck, wenig Gestik
2. Unfähig, eine entwicklungsgemäße Beziehung zu Gleichaltrigen aufzubauen
3. Mangel, spontan Freude zu zeigen, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen
4. Schwierigkeiten, eine tragfähige emotionale Beziehung zu anderen aufzubauen

B. Sich wiederholende Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:

1. Umfassende Beschäftigung mit sich immer wieder gleichförmig wiederholenden Bewegungsmustern mit großer Intensität

2. Abnorme Interessen, die eng begrenzt sind
3. Starres Festhalten an bestimmten Gewohnheiten und Ritualen
4. Sich wiederholende gleichförmige Bewegungsmustern
5. Ständiges Beschäftigen mit Einzelteilen von Objekten.

Zurzeit wird an der 11. Auflage des internationalen Klassifikations-Verzeichnisses für psychische Erkrankungen gearbeitet, wobei Änderungen für AD(H)S und Asperger zu erwarten sind.

Allgemeine Besonderheiten des Asperger-Syndroms

- Es verursacht genau wie AD(H)S Beeinträchtigungen im Verhaltens- und Leistungsbereich, die nur früher und intensiver im Entwicklungsverlauf angelegt sind und deshalb schwerwiegender die Entwicklung beeinflussen.
- Es besteht kein Sprachrückstand, die Sprachentwicklung erfolgt altersgerecht
- Keine Verzögerung in den Denk- und Merkfähigkeiten und bei der Interessensentwicklung
- Die Intelligenz ist normal oder überdurchschnittlich
- Bis zu 70% bestehen Überschneidungen mit ADHS-Symptomen
- Das Asperger-Syndrom ist ein genetisch mitgetragenes Syndrom, es wurden einige gleiche genetische Veränderungen gefunden, die beim Asperger und auch beim AD(H)S vorhanden sein können.
- Typische Asperger-Symptome sind das Entwickeln von Sonderinteressen, wie Fahrpläne auswendig lernen, eigenartige Gestaltung des Zimmers
- Gesichter werden anders verarbeitet, Mimik und Körpersprache können nicht verstanden werden

Das Gehirn beim ausgeprägten Asperger hat eine hohe Plastizität (Gedächtnisentwicklung) für Gegenstände, für abstraktes Lernen, nicht aber für Gesichter und Körpersprache. Alles wird neuronal anders abgespeichert, deshalb ist z. B. eine andere Blickfolge zum Erkennen von Gesichtern erforderlich.

Ein Asperger-Patient hat dort einen blinden Fleck, wo das Sozialverhalten gesteuert wird.

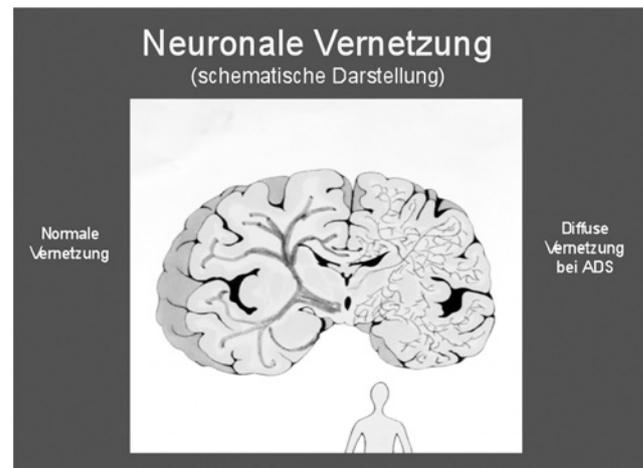
Warum ist das so?

Das Asperger-Syndrom ist als eine schwere Form der Wahrnehmungsverarbeitung im kognitiven und emotionalen Bereich anzusehen. Die statomotorische und sprachliche Entwicklung dieser Kinder sowie ihre Intelligenz sind nicht beeinträchtigt. In der Symptomatik haben diese Kinder viele Gemeinsamkeiten mit denen, die ein ausgeprägtes Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom haben.

Wahrscheinlich reagieren diese Kinder auf die massive Reizüberflutung gleich nach der Geburt mit einer „Wahrnehmungssperre“, ihr Gehirn verfällt in einen Schongang,

der junge Säugling driftet ab und ist zu keiner selektiven Aufmerksamkeit mehr fähig. So kann das Gehirn bei Säuglingen regieren, wenn es durch massive Reizüberflutung überfordert wird. Je länger und häufiger dieser Zustand besteht, je mehr wird die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigt. Die Folge ist, dass sich viel weniger Reizleitungsbahnen von den Sinnesorganen zu den Gehirnzentren ausbilden, die der Informationsverarbeitung dienen. Denn gleich nach der Geburt beginnt der Säugling Bahnen für soziales Verhalten zu entwickeln.

Schematische Darstellung der sich entwickelnden Lernbahnen mit und ohne Reizüberflutung des Gehirns:



Ob außerdem auf neurobiologischer Ebene noch ein genetisch bedingter Botenstoffmangel besteht oder dieser sekundär Folge einer durch Reizüberflutung stressbedingten Erschöpfung des Gehirns ist, bedarf wissenschaftlicher Untersuchung.

Für diese These spräche, dass mit einer frühzeitigen Stimulanzienbehandlung die Symptomatik dieser Kinder gebessert werden kann. Methylphenidat (Ritalin, Medikinet, Equasym, Concerta) verbessert die Stirnhirnfunktion, dadurch wird eine Reizselektion möglich und gleicht eine Dysbalance der Botenstoffe aus. Die medikamentöse Therapie muss immer kombiniert werden mit einer symptomzentrierten und persönlichkeitsorientierten Verhaltenstherapie und Anleitung der Eltern in der Coachfunktion.

Jede Therapie eines Asperger-Kindes muss mit liebevoller Zuwendung soziale Kontakte aufbauen und verfestigen und wenn nötig im ersten Lebensjahr beginnen. Weitere therapeutische Maßnahmen sind:

- Anleitung der Eltern, Information über die Besonderheiten in der Entwicklung,
- Strukturierung im Tagesablauf und Vermeidung einer Reizüberflutung.
- Ständiges Wiederholen wichtiger kognitiver und sozialer Lernprozesse, um deren Automatisierung durch den Aufbau von neuronalen Lernbahnen zu erreichen

- Intensive Co-Therapeutenbeziehung mit spielerischem Wahrnehmungstraining und behutsame Körperkontakte verinnerlichen mit sprachlicher Untermauerung.
- Später Sport, Bewegung, Mal- und Musiktherapie, anfangs einzeln, dann in der Kleingruppe.

Das Asperger-Syndrom als Folge einer gestörten Wahrnehmungsverarbeitung geht immer mit Verhaltensstörungen und deutlich beeinträchtigtem Selbstwertgefühl einher. Unbehandelt bedeutet es für die Betroffenen eine schwere psychische Belastung, da sie meist über eine gute bis überdurchschnittliche Intelligenz verfügen, sich dieser aber nur sehr begrenzt bedienen können. Um ihnen diese psychische Belastung zu ersparen, sollte frühzeitig mit einer Stimulanzienbehandlung von einem Arzt mit entwicklungsneurologischer Ausbildung erwogen werden. Eine Behandlung dieser Kinder mit Asperger-Syndrom erfordert unbedingt eine frühzeitige, individuelle und multimodale Therapie mit spezieller Förderung und Einbeziehung der Eltern. Durch regelmäßiges Training sollen möglichst viele Nervenbahnen angelegt werden als Grundlage für die Automatisierung von Abläufen im Leistungs- und Verhaltensbereich. Eine medikamentöse Behandlung allein ist hierbei völlig unzureichend.

Die Mehrzahl der Asperger-Kinder bietet eine ausgesprochen AD(H)S-typische Primär-Symptomatik, die häufiger dem Subtyp ohne Hyperaktivität entspricht. Deshalb werden diese Kinder in den ärztlichen Praxen mit folgenden Symptomen vorgestellt:

- Wenig Kontaktaufnahme zur Umwelt
- Introvertiertes Verhalten mit stereotypen Bewegungsmustern
- Atypisches Reagieren auf Ansprache und Zuwendung
- Aggressivität mit Impulssteuerungsschwäche motorische Unruhe
- mangelnde Daueraufmerksamkeit
- Schwierigkeiten in der sozialen Integration
- Lernschwierigkeiten mit Teilleistungsstörungen, wie Rechtschreib- oder Rechenschwäche
- Angststörungen und depressive Verstimmungen

Ich habe gerade das Asperger-Syndrom bewusst abgehandelt, weil es noch immer viel zu wenig im Zusammenhang mit einem AD(H)S gesehen wird und deshalb eine frühzeitige multimodale Behandlung noch viel zu oft unterbleibt. Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter leiden sowohl Asperger als auch AD(H)S-Betroffene an den gleichen Begleit- und Folgeerkrankungen und das auch in der gleichen Häufigkeit. Sollte das ein Zufall sein oder doch für eine gemeinsame Ursache sprechen? Nach meiner Erfahrung sehe ich das Asperger-Syndrom als Folge einer gemeinsam bedingten neurobiologischen Ursache an, die das sich entwickelnde Gehirn zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt mit einem unterschiedlichen Entwicklungsschwerpunkt (Prägungsphase) trifft, was für die sich entwickelnde Symptomatik von großer Bedeutung ist.

Die Betroffenen, deren Eltern und Therapeuten, die Wissenschaftler können helfen, diese Frage zu lösen. In der wissenschaftlichen Forschung müsste dabei die Asperger-Symptomatik von den verschiedenen anderen Autismusformen getrennt werden, die meist Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung sind und deren stereotype Bewegungs- und Verhaltensweisen somit andere Ursachen haben.

■ Dr. Helga Simchen

Das Gleiche lässt uns in Ruhe, aber
der Widerspruch ist es, der uns
produktiv macht.

Johann Wolfgang von Goethe

ADHS, Beruf, Chance: Das ABC erfolgreichen Lernens

Wenig hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten mehr verändert als die Weltwirtschaft. Staaten, die noch vor zwanzig Jahren als Entwicklungsländer galten, sind zu führenden Wirtschaftsmächten aufgestiegen. Trieben Autohersteller und die Schwerindustrie über ein Jahrhundert die Wirtschaft der Industriestaaten an, so sind es heute Computer und Unterhaltungselektronik, Software und das Internet. In gleichem Maße hat sich der Inhalt vieler Berufe verändert: Aus KFZ-Mechanikern sind Mechatroniker geworden, aus Stahlgießern hochqualifiziertes Bedienpersonal für Maschinen. Optisches, mechanisches und elektrisches Zeitalter sind von einer Ära der Computer und des computer-gestützten Datenaustauschs abgelöst worden. In jeder Waschmaschine steuert heute ein Computerchip das Waschprogramm, ein Smartphone hat mehr Rechenleistung als der Lohnrechner eines Großunternehmens in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts.

Die Konkurrenz der Arbeit

Was aber bedeutet diese Entwicklung für den einzelnen Menschen in unserem Land? Viel, sehr viel. Nicht nur, dass der Wohlstand aller von der Automatisierung und damit der Verbilligung der Produktion abhängt. Die Vernetzung der Weltwirtschaft hat auch zu einer unmittelbaren Konkurrenz der Arbeitenden geführt. Import und Export waren schon vor Jahrtausenden ein Geschäft, das Städte wie Venedig und sogar ganze Völker reich gemacht hat. Zum Austausch der Güter ist jetzt aber der ungleich schnellere Austausch der Informationen hinzugekommen. Konstruktionspläne aus Kalifornien sind in Bruchteilen von Sekunden an Maschinen in China übermittelt. Röntgenbilder aus Deutschland können von Ärzten in Indien analysiert und mit einem Befund versehen werden. Ein chinesischer Ingenieur und ein indischer Arzt erreichen allerdings mit einem Drittel des Gehalts ihrer deutschen Kollegen denselben Lebensstandard. Die Konkurrenz der Produkte ist zu einer Konkurrenz der Arbeit geworden.

Wer heute einen Beruf erlernt, der muss wissen, dass die Arbeit, für die er sich mit seinem Beruf qualifiziert, an tausend anderen Orten dieses Planeten von anderen Menschen auf ähnliche, doch zugleich auch andere Weise gemacht wird. Hatten Zünfte und später Handwerksordnungen einst den Beruf als solchen geschützt, so sichern zunehmend internationale Standards mehr oder weniger erfolgreich die Qualität von Produkten. Wer dieses Produkt an welchem Ort und unter welchen Umständen herstellt, ist hingegen kaum mehr zu überblicken. Deshalb werden

einfachere Tätigkeiten, sofern sie nicht als Dienstleistung vor Ort verrichtet werden müssen, in Länder verlagert, wo die Arbeitskraft billiger ist als in Westeuropa, Japan oder den USA. Von der Textilindustrie bis zur Elektronikfertigung hat diese Entwicklung ganze Industriezweige in den alten Industriestaaten durch Verlagerung ausgedünnt. Das hat insbesondere viele Konsumgüter billiger gemacht, aber auch Millionen Arbeitsplätze gekostet.

An deren Stelle sind neue Arbeitsplätze entstanden, die jedoch andere Qualifikationen erfordern. Wer heute in Europa produzieren und mit seinen Produkten Geld verdienen will, der muss etwas schaffen, das einzigartig ist. Er muss die Pläne entwerfen und Maschinen entwickeln, mit denen andernorts produziert wird. Er muss eine Qualität erreichen, die einen hohen Preis wert ist. Er muss Ideen haben und ihre wirtschaftliche Umsetzung abschätzen können, bevor andere auf denselben Gedanken kommen und daraus ihr eigenes Geschäft machen. Kurzum: Die globale Konkurrenz der Arbeit erfordert global konkurrenzfähige Arbeitskräfte. Vom Lehrberuf bis zum Ingenieur braucht es intelligente, leistungswillige und teamfähige Mitarbeiter, die gemeinsam etwas schaffen, das aufgrund der besonderen Verbindung von guten Ideen, Leidenschaft und Kooperation nicht einfach nachgemacht werden kann.

Intelligente Mitarbeiter gesucht

Mag Intelligenz auch kein Garant für Lebensglück sein, so ist sie in der Summe aller Fähigkeiten doch eine wichtige Voraussetzung für den individuellen Erfolg in der Gemeinschaft. Gleichermaßen sind für die Wohlfahrt der Gemeinschaft eine maximale Begabung und Bildung ihrer Mehrheit, am besten ihrer Gesamtheit von größter Bedeutung. Die Geschichte hat uns gezeigt, dass der Wohlstand einer Gesellschaft mit der Bildung ihrer Bürger unabhängig von sozialem Status, Herkunft, Geschlecht oder anderer fragwürdiger Selektionskriterien zusammenhängt. Ein Staat, der nicht eine gute Schulbildung für alle ermöglicht, bezahlt langfristig stets einen hohen Preis. Der Wohlstand aller in der Gemeinschaft hängt davon ab, dass jeder in ihr tut, was er am besten kann. Niemand sollte einen anderen daran hindern, erfolgreich zu sein, solange der Erfolg möglichst fairen Spielregeln der Gesellschaft folgt.

Das zurückliegende Jahrzehnt der PISA-Studien hat gezeigt, wie vielschichtig Bildung ist und betrachtet werden muss. Bildung ist eine Voraussetzung für den Wohlstand des Einzelnen wie auch der Gemeinschaft, doch sind

weder der Wohlstand des Einzelnen noch der Wohlstand einer Gemeinschaft der wichtigste Faktor von Bildung. Die deutsche Gesellschaft, deren wirtschaftlicher Erfolg in hohem Maße von der Qualifikation ihrer Arbeitskräfte abhängt, hat das Thema „Bildung“ über Jahrzehnte aus einer ideologischen Perspektive betrachtet. Bis heute folgen Reformen im Bildungssystem politischem Kalkül und nicht wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es ist ein heftiger Streit entbrannt über die Frage des kostenlosen Zugangs zur Bildung, ohne die Frage zu stellen, welchen Sinn ein kostenloses Bildungsangebot macht, wenn es nicht genutzt wird. Einer wachsenden bildungsfernen Schicht von Familien fehlt das Bewusstsein der Eltern, dass sie die Neugier ihrer Kinder befriedigen, die Interessen ihrer Kinder fördern und das Lernen ihrer Kinder einfordern müssen. Einem anderen Teil der Gesellschaft fehlt das Verständnis, dass die Intelligenz und der Individualismus ihrer Kinder in ein prosoziales Verhalten eingebunden sein müssen, damit Fähigkeiten und Fertigkeiten nachgerade auch zum Wohl der Kinder selbst in der Gemeinschaft von Nutzen sind.

Die Wirtschaft braucht intelligente Mitarbeiter. Sie braucht Menschen, die neugierig sind, die ihre Interessen mit Leidenschaft verfolgen und gewillt sind, für das Lernen große Mühen und für die Arbeit große Leistungen zu erbringen. Das kann und darf kein Eigennutz von Unternehmen sein, sondern ist die Voraussetzung eines allgemeinen Wohlstands in unserer Gesellschaft, wie er seit dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland gewachsen ist, nun aber in Teilen durch die Verschiebung der Kräfte in Politik und Wirtschaft gefährdet erscheint

Was hat das alles mit ADHS zu tun?

Warum schreibe ich das? Was hat das alles mit der ADHS zu tun? Viel, da die ADHS als Disposition zur Steuerung von Aufmerksamkeit und Verhalten eine Grundlage jedes einzelnen Betroffenen darstellt, wie er lernt und was er leisten kann. Zugleich wenig, da die ADHS bislang allenfalls marginal ins Bewusstsein von Berufsschullehrern, Ausbildungsleitern und Firmenchefs vorgedrungen ist. Während die Mehrheit der Eltern und Grundschullehrer die ihnen anvertrauten Kinder längst durch die Brille eines laienpsychologischen Störungswissens betrachtet, kennen Handwerksmeister und Personalchefs meist nur schlechte Zeugnisse und schwierige Mitarbeiter. Warum Kopfnote und Schulleistungen eines Lehrstellenbewerbers so schlecht sind oder was einen durchaus qualifizierten Mitarbeiter so schwierig in der Zusammenarbeit macht, das fragt und versteht in vielen Unternehmen keiner.

Diese Situation ist Fluch und Segen für die ADHS-Betroffenen zugleich. Es ist der Fluch eines Vorurteils, das in Zeiten massenhafter Bewerbungen gute Zeugnisse zum Auswahlkriterium für die Einladung zum Bewerbungsgespräch macht. Schlechte Noten für Verhalten und Mitarbeit sowie

hochvariable Leistungen in den einzelnen Fächern schrecken viele Unternehmen ab, da sie befürchten, dass der Bewerber die Anforderungen des künftigen Arbeitsplatzes nicht erfüllen und sich zudem nur schwer in die Belegschaft integrieren wird können. Kann man es den Inhabern mittelständischer Unternehmen oder den Personalabteilungen von Konzernen verdenken, dass sie aus der Flut der Bewerbungen die vermeintlich besseren Kandidaten auswählen? Wer aber mit oder ohne ADHS gegen Ende einer wechselhaften Schullaufbahn mit nichts als einem schlechten Zeugnis in der Hand auf Stellensuche geht, der darf sich nicht wundern, dass es vieler Bewerbungen auf einem boomenden Arbeitsmarkt bedarf, um überhaupt als Bewerber um eine Stelle ernst genommen zu werden.

Worin aber liegt der Segen dieser Situation? Er liegt in ihrer Offenheit und Veränderbarkeit. Geht man davon aus, dass die ADHS mit ihren Symptomen der Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität die Einordnung des Kindes in große Schulklassen und einen – in vielen Schulen leider – chaotisch-lauten Schulalltag erschwert, so verdienen die Betroffenen in Ausbildung und Beruf eine zweite Chance. Hier kann die Lern- und Arbeitssituation besser als in einem von pädagogischen Ideologien getriebenen und zugleich vernachlässigten Schulsystem an die Voraussetzungen von ADHS-Betroffenen angepasst werden. Das mit der Reife anwachsende Verständnis der Betroffenen von sich selbst wie auch den Anforderungen der Gesellschaft erlaubt es, Ausbildungs- und Arbeitsplätze so zu gestalten, dass das Potenzial des Einzelnen trotz ADHS entfaltet und genutzt werden kann. Hier könnten viele Unternehmen eine große, weitgehend brachliegende Gruppe intelligenter und oft leidenschaftlicher Bewerber für hochqualifizierte Tätigkeiten erschließen, wenn sie sich nur zutrauten, in diese zunächst schwierig erscheinenden Aspiranten zu investieren, sie in geeigneten Strukturen auszubilden und den richtigen Arbeitsplätzen zuzuführen.

Win-Win oder Lose-Lose

Langfristig gibt es in den Arbeitsverhältnissen einer sozialen Marktwirtschaft nur Win-Win- oder Lose-Lose-Situationen. Entweder gewinnen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, da der eine mit seiner Zufriedenheit, Gesundheit und Leistungsbereitschaft die Arbeit des anderen erledigt, oder sie verlieren beide, weil in einer hochtechnisierten und arbeitsteiligen Gesellschaft der Einzelne nurmehr in der Gemeinschaft eines Unternehmens wirtschaftlich erfolgreich sein kann.

Seit Mitte der 1990er Jahre gibt es auf dem deutschen Lehrstellenmarkt einen Überhang an Bewerbern gegenüber den Ausbildungsstellen. Doch die Statistik verdeckt, dass manch verfügbare Lehrstelle mangels geeigneter Bewerber dennoch unbesetzt bleibt, manch Unternehmen entsprechende Ausbildungsstellen ohne Hoffnung

auf geeignete Bewerber gar nicht erst anbietet. Darüber hinaus trägt der heutige akademische Schematismus vieler Unternehmensführungen, der mit einem kurzfristigen und häufig auch branchenfremden betriebswirtschaftlichen Denken einhergeht, seinen Teil zum naiven Glauben vieler Führungskräfte bei, berufliche Qualifikation sei ein Markt außerhalb des eigenen Unternehmens, auf dem man sich bedient, ohne sich allzu sehr in ihm zu engagieren. Der dreißigjährige promovierte Ingenieur mit Fremdsprachenkenntnissen und fünf Jahren Berufserfahrung im Ausland ist die nutzlose Chimäre von Personalvermittlern, die ebenso wenig wie bisweilen ihre Auftraggeber begreifen, welche Qualifikationen der Mitarbeiter von morgen am Arbeitsplatz von morgen braucht. Über die Universalität dieser eiteln Stellenausschreibungen wird leider vergessen, wie viele höchst sinnvolle und hilfreiche Eigenschaften für zahlreiche Berufe gerade jene Menschen mitbringen, deren Persönlichkeit nicht willenlos dem Diktat einer beliebigen Anpassung an Schul- und Universitätsreformen sowie fortwährende Umstrukturierungen in Unternehmen folgt.

Begrenzte Chancen in einem überkommenen System

So angesehen die deutschen Ingenieure in der Welt auch sein mögen, so funktionsfähig unser Gesundheitswesen trotz all seiner Probleme insgesamt ist, so vorbildhaft das duale Ausbildungssystem sich im internationalen Vergleich erweist: Die Mängel dieses Systems als einem wichtigen Teil des Wirtschaftssystems sind doch offensichtlich. Es vergeudet Ressourcen in großem Umfang, da es sich für Noten statt für Menschen interessiert, abstrakten Qualifikationen statt konkreten Fertigkeiten huldigt, vorzugsweise Kompetenzen kaufen möchte statt sie auszubilden. Das fehlende Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten des einzelnen Menschen ist zugleich Ausdruck eines fehlenden Selbstvertrauens der Entscheidungsträger in den Unternehmen. Vielfach engagieren sie lieber ausgebildete Fachkräfte, anstatt frühzeitig und konsequent in ihre Ausbildung zu investieren.

Aus demselben Grund einer in ihrer Perspektive begrenzten Ökonomie wählen auch die Vertreter ausbildender Unternehmen aus der Vielzahl der Lehrstellenbewerber zunächst anhand der Bewerbungsunterlagen diejenigen aus, die sie ohne Anschauung der Person für geeigneter als andere halten. Die im wechselseitigen Verzicht auf die soziale Verantwortung des Unternehmens einerseits, die Loyalität der Belegschaft andererseits schwindende Bindung der Mitarbeiter an das Unternehmen oder eine lokale Unternehmerpersönlichkeit führte in den zurückliegenden Jahrzehnten dazu, dass in der Vergangenheit häufig durchaus zum beiderseitigen Nutzen gewachsene familiäre Traditionen der Arbeit in einem bestimmten Unternehmen weitgehend aufgegeben wurden. Viele Schüler schicken hundert Bewerbungen an hundert verschiedene Unternehmen.

Eine gute Bewerbung reüssiert in mehreren Unternehmen, doch kann der Bewerber nur einen Ausbildungsvertrag eingehen. In der Folge sagen viele gute Bewerber den anderen Unternehmen ab, wenn überhaupt, und erschweren damit deren Personalplanung. Zudem scheuen sich viele Unternehmen, zu Beginn der Ausbildung verbindliche Zusagen für eine spätere Übernahme als Mitarbeiter zu machen – und wundern sich, dass am Ende der Ausbildung mithin die besten Lehrlinge nicht selten zu aus ihrer Sicht besseren Arbeitgebern wechseln.

Schließlich bleibt die Frage, ob das Unternehmen den bestmöglichen Auszubildenden für sich gewonnen hat. Gut möglich, dass gleich in der Nachbarschaft des Unternehmens ein Jugendlicher lebt, der sich nicht auf eine der Lehrstellen des Unternehmens bewarb, da er sich keine Chancen auf einen Ausbildungsplatz ausrechnete, oder aber sich bewarb und aufgrund seiner Zeugnisse noch nicht einmal zum Vorstellungsgespräch eingeladen wurde. Nun absolviert dieser Jugendliche eine Ausbildung, die er nicht mag, an einem Ort, mit dem ihn nichts verbindet außer der ungeliebten Arbeit. Wie glücklich hätte sich der Jugendliche geschätzt, wäre ihm die Chance einer Berufsausbildung im Wunschbetrieb am Wohnort ermöglicht worden, wie viel Stolz, Ehrgeiz und Fleiß hätten aus dieser unerwarteten Chance erwachsen können! Die im oberflächlichen Ruf nach Mobilität in einer globalen Weltwirtschaft oft vergessenen Vorzüge einer Loyalität der Mitarbeiter hätten diesen Jugendlichen vom ersten Tag seiner Berufsausbildung an dem Unternehmen verpflichtet. Später hätte er das Haus seiner Eltern übernehmen können, wie die Juniorchefin das Unternehmen ihres Vaters erben und weiterführen wird – mit großer Wahrscheinlichkeit an dem Ort, an dem es schon immer stand und auch zukünftig qualifizierte Arbeitskräfte brauchen wird.

Die Chance vermeintlicher Chancenlosigkeit

Jetzt wird erkennbar, wie viele Chancen in der vermeintlichen Chancenlosigkeit nicht zuletzt der Verhaltensauffälligen und Schulversager liegen. Chancen nicht nur für die betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die es stets gab und immer geben wird, deren weiteres Leben jedoch selten so elend verläuft, wie es Kindheit und Schulkarriere bisweilen erwarten lassen. Chancen nachgerade auch für Unternehmen, die intelligente und loyale Mitarbeiter dringend brauchen. Begabung lässt sich nur bedingt schaffen. Zwar lassen sich Talente finden und fördern, jedoch nicht erfinden und beliebig einfordern. ADHS-Betroffene sind im Durchschnitt so schlau wie nicht von der Störung betroffene Menschen. Abgesehen von Impulskontrolldefizit und Ablenkbarkeit teilen sie die Talente, die den einen zum leichteren Erlernen des Spiels auf einem Musikinstrument, die andere zum leichteren Erlernen einer Fremdsprache befähigen. Bemerkenswert ist nur die besondere Mühe der Betroffenen und ihrer Umwelt, bei der

Stange zu bleiben, Begabungen konsequent zu nutzen, den Gewinn der Gemeinschaft vor dem wechselseitigen Leiden an und in der Auffälligkeit zu sehen.

Nicht zuletzt verkörpern die ADHS-Betroffenen ein großes, oft ungenutztes Potenzial an Begabungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Ihre Leistungen und ihr Verhalten in Schulklassen bilden ihre Leistungsfähigkeit und den tiefen Wunsch nach Teilhabe an Gemeinschaften nur unzureichend ab. Der kindliche Widerstand gegen das Lernen in Klassenzimmern, viele Stunden täglich gefangen in wechselnden Zwangsgemeinschaften, ist per se keine Pathologie, sondern als Ausdruck von Temperament und Neigungen eine Wesensart des Einzelnen. Genauso wenig, wie alle Menschen Ärzte oder Ingenieure, Bäcker oder Gärtner werden wollen, so wenig sollten sie neun oder zehn Jahre gemeinsam in einem Klassenzimmer sitzen, dasselbe auf dieselbe Weise lernen müssen. Liest der eine gerne und arbeitet die andere lieber in einer Werkstatt, um wie viel besser wären beide in einer Schule, die dem einen den Freiraum zum selbstbestimmten Lesen und Lernen, der anderen jedoch einen praktischen Unterricht böte, in dem sich die Beherrschung schulischer Fertigkeiten aus dem Umgang mit Werkzeugen und ihrem planvollen Gebrauch ergibt!

Längst wissen wir, dass die altersabhängige Einschulung den hochvariablen Entwicklungsverläufen von Kindern so wenig entspricht wie ein durch Unterrichtsstunden zerpfückter Lernfluss den individuellen Konzentrationsphasen der Schüler Rechnung trägt. Große Klassen und große Schulen sind so schlecht wie lange Schulwege zu Förderzentren fernab des Wohnorts. Aufstehen um 6 Uhr morgens für einen Schultag von 8 bis 16 Uhr macht viele Kinder krank, nicht anders als der permanente Lärm in Unterricht und Pausen. Die Vielzahl der Fachlehrer und ihr bereits in der Grundschule programmatischer Wechsel erschwert den Aufbau von Beziehungen zwischen Lehrern und Kindern, obwohl der Schwellencharakter vieler Fertigkeiten das Vertrauen in die Person des Lehrenden zur zwangsläufig primären Lernmotivation macht, bevor sich die eigenständige Sinnhaftigkeit des Lernens aus der erfolgreichen Beherrschung der Kulturtechniken im Alltag ergibt.

Das alles können Unternehmen anders und besser machen! Sie haben die Chance, den Opfern eines stupide auf Homogenität ausgerichteten Schulsystems einen geeigneteren Rahmen für das Lernen und Leisten zu bieten. Die Idee einer anderen und besseren Ausbildung ist dabei nicht mit dem Verzicht auf (Berufs-)Schule gleichzusetzen.

Grenzen des schulischen Lernens und das Ende der Schule

Welchen Sinn hat es, jugendliche Schulversager in schulähnlichen Einrichtungen der Berufsvorbereitung, Berufs-

förderung und Berufsbildung zu sammeln oder gar Schulverweigerer mit Bußgeldern zu bestrafen, wenn das Scheitern von Schule als einer spezifischen (Aus-)Bildungsform der zentrale Grund von Versagen und Verweigerung ist? Demgegenüber: Welche Chance liegt für solche Jugendliche in einer beruflichen Ausbildung, die das verschulte Lernen auf ein notwendiges Minimum reduziert! Eine Berufsausbildung, die an die Stelle eines mehrjährigen Ausbildungsgangs mit einer unüberschaubaren Vielzahl von Inhalten sowie einer alles entscheidenden Abschlussprüfung vielmehr abgegrenzte, in Gegenstand und Dauer für einen Jugendlichen absehbare Ausbildungsstufen mit eigenständigen Abschlüssen setzt! Ja, welche das Leben prägende Chance böte eine solche sukzessive Hinführung des Jugendlichen an einen Beruf, die im Vergessen des Schultraumas dem Lernen ein neues Gesicht, dem Selbstvertrauen in das eigene Können und Leisten einen real begreifbaren Gegenstand, dem Leben in einer geschätzten Arbeit einen brauchbaren Sinn gäbe!

Die Realität ist, dass unter jenen Kindern und Jugendlichen, die an der Schule in ihrer gegenwärtigen Form leiden, überdurchschnittlich viele ADHS-Betroffene sind. Eine weitere bittere Wirklichkeit ist die Einsicht, dass jahrzehntelanges Bemühen von Eltern und Selbsthilfeverbänden in Deutschland oder andernorts kaum zu einer substanziellen Veränderung der Schulsysteme führte. Nicht zuletzt die hektisch-hilflosen Schulreformen der deutschen Länder, die lange vor den PISA-Studien begannen, zeigen in ihren grotesken politischen Herangehensweisen das fehlende Verständnis der Bildungsideologen, die meist weniger das Lehren als vielmehr die Instrumentalisierung der Lehre zu ihrem Beruf gemacht haben. Von den Zeitpunkten der Einschulung und des Unterrichtsbeginns über die räumliche Struktur von Schule bis hin zu den Gegenständen des Lernens bedürfen die deutschen Schulsysteme – doch nicht nur diese! – so umfassender Veränderungen, dass sich die Frage der Mehrgliedrigkeit, der Bezeichnung von Schultypen oder der Dauer des Gymnasiums als Marginalien einer weitgehenden systembedingten Reformunfähigkeit offenbaren.

Das heißt keinesfalls, dass die Schule als Idee und Ort kollektiver Wissensvermittlung generell obsolet ist, wohl aber, dass sie sich über ihre Möglichkeiten und Grenzen zu jeder Zeit neu Rechenschaft ablegen muss. War ihre mechanische Art des Lehrens und Lernens bereits vor Jahrhunderten als „Nürnberger Trichter“ ironisiert worden, so wirkt sie heute wie das Fernsehen im Vergleich mit dem Internet. Die Schule ist eine Sendung mit fixen Sendezeiten geblieben: ausgestrahlt in eine Richtung, legitimiert durch ein selbstgeschaffenes Sendungsbewusstsein der Erwachsenen, gerichtet an ein immer unaufmerksameres und unwilligeres Publikum von Kindern und Jugendlichen, ganz gleich, ob diese empfangsbereit sind oder nicht. Wie

viel Sinnlosigkeit sturer Programmerrfüllung müssen Lehrer und Schüler noch ertragen, bis die Schulpolitik realisiert, dass die Veränderung von Programm und Sendezeiten aus einem Fernseher keinen Computer, aus einem Monolog keinen Dialog, aus einem pflichtbewussten Schüler keinen das Lernen, Wissen und Können liebenden Menschen machen?!

Schule wird es immer geben, doch muss sie sich ändern! Sie muss wieder kleiner werden, ortsverbundener, den Menschen näher, flexibler, angepasster, bescheidener, demütiger, auf Kernkompetenzen bedacht. Sie muss den Anspruch aufgeben, aller Kindheit und Jugend über die Maßen zu bestimmen, das Denken und die Tage von Familien zu okkupieren, die Kinder vom Spielen abzuhalten und die Eltern mit Forderungen zu quälen, welche sie selbst als Bildungseinrichtung nicht erfüllt. Schule muss Kindern die Zeit lassen, in ihr Zwangskollektiv hineinzuwachsen, und muss Jugendliche unabhängig von Schulbesuchsjahren für ein anderes Lernen freigeben, wenn das Lernen in schulischen Strukturen stagniert. Eine faktische Analphabetenquote von einem Fünftel der Schüler in der achten und neunten Klasse deutscher Schulen, wie sie PISA 2000 vor über zehn Jahren attestierte, können und sollten nicht als Ergebnis eines schlechten Unterrichts verstanden werden, sondern als Folge eines untauglichen Schulsystems zumindest für einen Teil der Schüler. Diesen Schülern ist daher mit einer Reform von Schule nicht geholfen. Sie brauchen einen anderen Zugang zum Lernen und Arbeiten, eine neue Form der Ausbildung und Hinführung zum Beruf!

ADHS, Beruf, Chance

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand des ADHS Deutschland e. V. beschlossen, dem Thema der Berufsausbildung mehr Aufmerksamkeit zu schenken und ein neues, größeres Gewicht in der Selbsthilfearbeit zu geben. Anders als die öffentlichen Träger von Schule haben die betrieblichen Träger der Berufsausbildung ein virulentes Interesse an der systematischen Verbesserung ihrer Arbeit. Eine solide dreijährige Berufsausbildung kostet den Arbeitgeber oft mehr als 50.000 Euro – zu viel Geld, um es in ungeeignete Bewerber zu investieren, durch Ausbildungsabbrecher zu verlieren oder von der konkreten Nützlichkeit der Ausbildungsinhalte abzusehen. Ein kluger, durch seine angepasste Schulung und gezielte Integration in die Gemeinschaft der Mitarbeiter gleichermaßen zufriedener wie vertrauensvoll-loyaler ADHS-Betroffener kann für viele Unternehmen ein wirklicher Gewinn sein. Jugendliche, die Lehrern eine ungeliebte Last unter vielen auch ohne ADHS schwierigen Schülern sind, können unter den anderen Umständen einer Berufsausbildung engagierte und anpassungswillige Lehrlinge sein, die in der neu gewonnenen Freude am Lernen und Begreifen zugleich eine neue Perspektive auf das eigene Verhalten in der Gemeinschaft ausbilden, da ihnen diese Gemeinschaft wichtig und daher die

Rolle der sie unterrichtenden Erwachsenen nach langen Jahren des Unbehagens in der Schule wieder achtenswert erscheint.

All das ist jedoch keine Veränderung von Tagen oder Wochen, sondern ein Prozess der Einfeldung in die ungewohnten, in mancher Hinsicht wie Präsenz und Pünktlichkeit im Vergleich zum Schulbesuch sogar härteren Strukturen einer betrieblichen Ausbildung. Ausbilder in Unternehmen müssen ihre Autorität im Alltag erkämpfen wie Lehrer, Auszubildende diese vielfach neu respektieren lernen. Keine Frage, Ausbildung und Arbeit in einem Unternehmen erfordern meist mehr Zeit, Ein- und auch Unterordnung, Selbstdisziplin und Leistung als ein heutiges Schülerleben. Was die Verpflichtung auf die Ausbildung und Mitarbeit in einem Unternehmen zunächst jedoch eher unattraktiv erscheinen lässt, erweist sich mittel- und langfristig als Vorteil und Chance. Obwohl die Schule in ihrem Anspruch vordergründig den Alltag vieler Familien beherrscht, sind das fokussierte Lernen wie auch der sinnstiftende Gebrauch des Gelernten innerhalb und außerhalb der Schule zur Nebensache geworden. Die Konzentration der beruflichen Ausbildung auf dezidierte Inhalte und ihre Anwendung erzwingt hingegen die Auseinandersetzung mit einzelnen Gegenständen, deren Beherrschung zufrieden und stolz machen kann.

Vom Sinn des Tätigseins in der Welt

Sind Kinder, die in maximaler gesellschaftlicher Entfernung zur wirtschaftlichen Realität aufwachsen, bis weit über die Volljährigkeit hinaus von Mama und Papa versorgt und geschützt, auf die soziale Wirklichkeit ihres künftigen Erwachsenenlebens tatsächlich gut vorbereitet?! Ist die Ganztagschule eine sinnvolle Antwort auf den Betreuungsbedarf einer Gemeinschaft arbeitender Mütter und Väter, die mit ihrer Arbeit mühevoll diese und weitere vermeintlich professionelle, v. a. aber immer teurere Betreuungsangebote finanzieren? Sind Heilpädagogik und Psychotherapie sinnvolle Antworten auf ein Leiden an Schule, einem überbordenden System pädagogischer Regulation und aufdringlicher Förderung? Sind die trotz jahrzehntelang sinkender Geburtenraten wachsenden Ausgaben für stationäre Jugendhilfe und Psychiatrie nachvollziehbar sinnvolle Antworten auf ein Versagen von institutionalisierter Pädagogik und ambulanten (psycho-)therapeutischen Maßnahmen? In einer einzigen Frage zusammengefasst: Macht es wirklich Sinn, frühen Fehlern im System durch späte Fehler derselben Art beikommen zu wollen?!

Nein! ADHS, Beruf und Chance stehen daher nicht für jeweils alternative Lebensverläufe, als begründete und rechtfertigte das Leiden an der ADHS eine besondere Pädagogik, den Verzicht auf reguläre Bildungswege und die allenfalls verzweifelte Hoffnung auf eine zufällige Chance im Leben. Das Wissen um die ADHS, eine realistische Sicht auf die eigenen Möglichkeiten und Grenzen, zuletzt die si-

chere Erwartung eines guten Platzes in der Gesellschaft bedeuten vielmehr eine logische Abfolge der Auseinandersetzung mit der Störung und ihren Konsequenzen. Vielen ADHS-Betroffenen stehen die Perspektiven in Ausbildung und Beruf näher als die Aussicht, neun Jahre und länger in Klassenzimmern gefangen zu sein. Für sie ist das Werkzeug der bessere Schreibstift, der Arbeitsplatz der bessere Unterrichtsraum, der Meister der bessere Lehrer. Warum? Weil mit dem Werkzeug Dinge entstehen, die vielen wichtiger und daher attraktiver sind als Texte. Weil der Arbeitsplatz der Ort eigenen Schaffens ist, kein beliebiger Sitzplatz zur Informationsberieselung. Weil der Meister die Beherrschung von Fertigkeiten repräsentiert, die, handelt es sich um die Ausbildung in einem Wunschberuf, dem Lernen von und mit ihm einen ursprünglichen Sinn geben. Berufsausbildung ist nicht die bessere Schule, allerdings eine Chance für Jugendliche, denen Schule nicht (mehr) helfen kann.

Lesen, Schreiben und Rechnen sind in Sprache und Logik ein erster systematischer kultureller Zugang des Menschen zur Welt. Auf ihrer Grundlage muss schier unendliches weiteres Wissen und Können erworben werden, damit

wir wenigstens unsere nächste Umwelt begreifen. Das mögen Heimat- und Sachkunde, Musik und Fremdsprachen, Geschichte und Sozialkunde, Physik, Biologie und Chemie sein. Aber auch Mauern und Zimmern, das Konstruieren und Reparieren von Maschinen, Lagerhaltung und Buchführung, Beratung und Pflegedienste! Heute stellen wir all dieses praktische Können hintan, während wir theoretischem Wissen, dem Lesen und Schreiben um des Gelesenen und Geschriebenen willens einen fragwürdigen Vorzug geben. Ein neues Selbstverständnis der Berufsausbildung, so wie sie sich derzeit an die Schule anschließt, kann nur der Anfang einer besseren, früheren, umfassenderen, für die Betroffenen wie auch die Gesellschaft hilfreichen Würdigung der vielfältigen Anlagen der Menschen sein. Diese Vielfalt umfasst nicht nur die ADHS als einer Besonderheit menschlicher Disposition, sondern meint nachgerade auch die Vielfalt der Aufgaben und damit der Chancen, die unsere Zeit und Gesellschaft allen ihren Mitgliedern bietet. Hier ist noch viel zu entdecken, zu sagen und zu schreiben.

■ Dr. Johannes Streif

Der ADHS-KBV-Vertrag in Baden Württemberg

Der „Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS“ (1) aus der KBV-Werkstatt wird seit April 2009 in Baden-Württemberg mit der Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen und anderen BKKen realisiert. Bedauerlicherweise fehlen hier noch einige große BKKen, aber auch andere Krankenkassen.

Grundsätzliche Zielsetzung ist die ambulante Versorgung der Patienten mit der Diagnose oder Verdachtsdiagnose ADHS gemäß den **aktuellen Leitlinien** (2), **zeitnah** zu sichern.

Die derzeitige Situation sieht aber leider so aus, dass unser Gesundheitssystem so strukturiert ist, dass häufig **weder** zeitnah **noch** leitliniengerecht gearbeitet werden kann, da eine Finanzierung dieser zeit- und personalaufwändigen ambulanten Versorgung nur in Bruchstücken vorhanden ist.

Der ADHS-KBV-Vertrag ist ein Schritt in die richtige Richtung, denn er gewährleistet den beteiligten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (3), dass diese Leistungen auch bezahlt werden. Natürlich ist die Teilnahme an dem Vertrag an Qualifikationsnachweise geknüpft, sodass hierdurch ein

Qualitätsstandard erreicht wird.

So muss u. a. Folgendes nachgewiesen werden:

- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung die Betreuung von mindestens 10 ADS/ADHS-Patienten pro Quartal
- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mindestens 20 Stunden themenbezogene Fort-/Weiterbildung oder
- Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Weitere Teilnahmevoraussetzungen (*nach* Zulassung zum Vertrag):

- vier Stunden pro Jahr themenbezogene Fort-/Weiterbildung
- zweimal jährlich Teilnahme an einem themenbezogenen Qualitätszirkel
- mindestens einmal im Quartal Teilnahme an ADHS-Teambesprechung.

Der ADHS-KBV-Vertrag beinhaltet auch Standards (z. B. Fragebögen, Teambesprechungen etc.), die eine leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie auf hohem Niveau gewährleisten.

Warum sollten sich Patienten mit der Verdachtsdiagnose/ Diagnose an dem Vertrag beteiligen?

Dafür gibt es eine Anzahl an Gründen:

- zeitnahe Diagnostik und Therapie
- Leitlinienorientierung
- Teambesprechungen
- Einbindung von Kindergärten und Schulen
- Schulung/Elternteraining
- Wissenschaftliche Begleitung des Vertrags

Es wäre wünschenswert, wenn der ADHS-KBV-Vertrag zum einen im gesamten Bundesgebiet Gültigkeit erhalten

(1) Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS:

http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/2010-04-19_Vertrag_Stand_01.04.2010.pdf

(2) Aktuelle Leitlinien:

<http://www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2009.pdf> und

http://www.dgkjp.de/de_leitlinien_162.html

(3) Liste der teilnehmenden ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen:

würde, weiter wäre es zu wünschen, dass sich alle gesetzlichen Krankenkassen an dem Vertrag beteiligen würden.

Was können Sie tun?

Wenn Sie in Baden-Württemberg leben und Mitglied in einer der teilnehmenden BKKen (4) sind, nehmen Sie am Vertrag teil.

Wenn nicht, fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach. Einen Musterbrief finden Sie im Internet. (5)

■ Dr. med. Matthias J. Gelb

http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/teilnehmer_adhs_01_08_11.pdf

(4) Liste der Teilnehmenden BKKen:

<http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/2011-02-02-anlage-12-liste-teilnehmende-bkkn.pdf>

(5) Musterbrief an Krankenkassen

www.ag-adhs.de/uploads/KBVVertragAnschriebSorgeberechtigte.pdf

Neue ADHS-Leitlinien der American Academy of Pediatrics

ADHS: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents Pediatrics; originally published online October 16, 2011; DOI: 10.1542/peds.2011-2654

Die Autoren – eine Spezialistengruppe für ADHD der American Academy of Pediatrics in Zusammenarbeit mit dem Health Sciences Center der Universität Oklahoma – haben die Aktualisierung der Clinical Practice Guidelines (CPG) für ADHS im Oktober 2011 veröffentlicht. Neu und bisher einzigartig im Vergleich zu anderen Leitlinien über ADHS wurde das Alter der betroffenen Kinder von 6-12 Jahren auf 4-18 Jahre erweitert und damit dem praktischen Alltag Rechnung getragen.

Der Leitlinie liegen 8276 Referenzen zu Grunde, die hinsichtlich ihres Evidenzgrades bewertet wurden.

Wie international üblich wurde die Qualität der Aussage mit A geratet, wenn sie auf Grund von mit den wissenschaftlichen Standards entsprechenden Studien (Randomisierte Placebokontrollierte Studien mit ausreichender Fallzahl) entstand.

Rating B erhielten randomisierte Studien mit niedrigerem Standard.

Beobachtungsstudien mit Kohorten-Design erhielten

Rating C.

Expertenmeinungen das Rating D.

Sechs Schlüsselaussagen konnten nach intensiver Evaluierung erstellt werden:

1. Der behandelnde Arzt sollte bei jedem Kind zwischen 4 und 18 Jahren eine ADHS-Diagnostik veranlassen, wenn das Kind Lern- oder Verhaltensprobleme zeigt zusätzlich zu Symptomen mit Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Impulsivität. *Diese Aussage wird mit B geratet mit starker Empfehlung.*
2. Für die Diagnose ADHS soll der Arzt die DSM IV-Kriterien zu Grunde legen. Die Informationen sollen durch Befragung der Eltern, der Erzieher oder Lehrer erfasst werden. Andere Ursachen sollen ausgeschlossen werden. *Diese Aussage wird mit B geratet mit starker Empfehlung.*
3. Im Rahmen der Diagnostik sollen Komorbiditäten berücksichtigt werden (emotionale und Verhaltensstörungen, Lernstörungen und andere neurologische Entwicklungsstörungen sowie Störungen wie Tics und Schlafapnoen. *Diese Aussage wird mit B geratet mit starker Empfehlung.*
4. Der Arzt soll ADHS als chronische Erkrankung einstufen und die Betroffenen entsprechend umfassend unter Einbezug von staatlichen Unterstützungsangeboten

betreuen. *Diese Aussage wird mit B geratet mit starker Empfehlung.*

5. Folgende Therapieempfehlungen werden differenziert nach Alter des betroffenen Kindes aufgelistet:
 - Kinder von 4-6 Jahren: Therapie der Wahl ist ein evaluiertes Elternttraining und eine Anleitung der Erzieher. *Diese Aussage wird mit A geratet mit starker Empfehlung.* Bei ausbleibender Wirkung ist eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat (MPH) zu starten. Wenn die psychoedukativen Maßnahmen nicht zur Verfügung stehen, kann eine initiale medikamentöse Therapie mit MPH stattfinden. *Diese Aussage wird mit B geratet mit Empfehlung.*
 - Für Kinder von 6-11 Jahren ist die Therapie der 1. Wahl eine Stimulantientherapie (MPH) oder Amphetaminsulfatderivate. *Diese Aussage ist mit A geratet mit starker Empfehlung.* Psychoedukative Maßnahmen (Eltern- und Lehrertraining) sollten zusätzlich oder auch anstelle stattfinden. *Diese Aussage wird mit B geratet mit Empfehlung.*
 - Für Jugendliche von 12-18 Jahren stellt eine Stimulantientherapie die Therapie der 1. Wahl dar. *Diese Aussage wird mit A geratet.* Zusätzlich könnte eine Verhaltenstherapie verschrieben werden. *Diese Aussage wird mit C geratet mit Empfehlung.*
6. Der Arzt soll die medikamentöse Dosis so titrieren, dass ein maximaler Benefit bei minimaler Nebenwirkung erzielt wird. *Die Aussage wird mit B geratet und stark empfohlen.*

Kommentar:

Mehrere Punkte sind bei diesen zur Zeit aktuellsten Leitlinien hervorzuheben:

- Die amerikanischen Kollegen gestehen jedem Arzt die Fähigkeit, ein Kind mit ADHS zu diagnostizieren und zu behandeln, wenn er es kann, z. B. indem er die dazu erforderlichen Zusatzqualifikationen erworben hat. Hier wird erfreulicherweise keine Berufspolitik auf Kosten der zu behandelnden Kinder betrieben.
- Die Empfehlungen werden mit einer Analyse von Benefit versus möglicher Schaden ergänzt und damit noch verstärkt.
- Erstmals werden auch Kinder unter sechs Jahren mit in die Therapieempfehlungen einbezogen. Dies macht Sinn, da es sich bei ADHS um eine genetisch bedingte Störung handelt, die sich bereits in den ersten Lebensjahren auswirken und deutlich vor dem 6. Geburtstag störungsrelevant sein kann. Die Autoren kommen an Hand der vorliegenden Studien und behandelten Fallzahlen von 269 Kindern zum Schluss, dass bei auf psychoedukative Maßnahmen nicht ansprechender störungsrelevanter Symptomatik ein medikamentöser Therapieversuch mit MPH zu empfehlen ist. Die möglichen Schäden durch eine gestörte Entwicklung seien höher zu werten als mögliche Gefahren durch eine schon zu diesem

Zeitpunkt begonnenen Therapie. Die Wirksamkeit der MPH-Therapie ist auch in diesem Alter studienbelegt. Die Autoren weisen aber darauf hin, dass die Medikation nicht für dieses Alter zugelassen ist, die Therapie also Off-Label, mit all ihren Risiken für den behandelnden Arzt durchgeführt wird. Dies entspricht unserem klinischen Alltag: Jeder Arzt, der intensiv Kinder mit ADHS betreut, wird eine meist überschaubare Anzahl von Kindern mit ADHS unter sechs Jahren behandeln, bei denen die Störungsrelevanz bereits stark ausgeprägt ist. Diese Kinder erhalten erst mit Hilfe – leider einer Off-Label-Medikation – die Chance einer altersadäquaten sozialen Integration. Sie erleben dramatische Entwicklungsfortschritte im sensomotorischen und kognitiven Bereich, da sie unter Therapie erstmals in der Lage sind, sich ausdauernd mit einem Gegenstand zu beschäftigen und komplexe Rollenspiele auszuführen. Eine positive Eltern-Kind sowie Geschwisterbeziehung kann sich wieder entwickeln. Die Leitlinien sollen keinen Freischein darstellen, jedes Kind mit ADHS unter sechs Jahren medikamentös zu behandeln – sie sollen aber dazu ermutigen, diesen Schritt zu wagen, wenn andere psychoedukative Maßnahmen nicht den erforderlichen Erfolg gebracht haben und die Entwicklung des Kindes gefährdet erscheint.

- Bemerkenswert erscheint es mir auch, dass in den Therapieempfehlungen nicht die von uns so ausufernd eingesetzte Ergotherapie auftaucht. Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass die Evidenzlage der auf das Kind fokussierten verhaltenstherapeutisch orientierten Therapien schwach ist. Lediglich das Elternttraining, das von jedem, der es kann – also auch von einem Ergotherapeuten – ausgeführt wird, hat evidenzbasierte Empfehlungen erhalten.
- Bei Kindern über sechs Jahren kann evidenzbasiert sofort mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden – nicht erst mit der bei uns geforderten Latenz (*erst nach Ausschöpfung von psychoedukativen Maßnahmen*). Hier sollte in Deutschland offen diskutiert werden, auf welcher Basis und mit welcher Evidenz diese deutsche Empfehlung entstanden ist.

Zusammenfassend ist die Lektüre der Leitlinien sehr zu empfehlen – dass sie unsere verkrusteten Strukturen lockert, ist wahrscheinlich naiv zu hoffen. Ich beneide die Amerikaner darum, dass ADHS in ihrem Land eine Angelegenheit auch der pädiatrischen Gesellschaft ist – insbesondere der akademischen pädiatrischen Gesellschaft und nicht wie in Deutschland aus dem Fortbildungsprogramm der akademischen Pädiatrie weitgehend ausgeschlossen ist.

■ Dr. med. Kirsten Stollhoff

Kinder- und Jugendärztin, Neuropädiatrie

Vorsitzende der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Spezielle Hilfen für Eltern mit ADHS Kindern

Innovative Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS

Die Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.



Im Rahmen des Versorgungsprogramms „Starke Kids“ der BKK, bietet die KVBW betroffenen Kindern, Jugendlichen und ihren Familien eine koordinierte und qualitätsgesicherte Diagnostik und Therapie durch speziell ausgebildete AD(H)S-Teams.

In diesen Teams arbeiten Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten eng zusammen, um die betroffenen Familien nach den neuesten wissenschaftlichen Leitlinien zielgerichtet zu versorgen. Der Facharzt oder Psychotherapeut des AD(H)S-Teams, der die Behandlung im Rahmen des AD(H)S-Vertrages beginnt, ist fester Ansprechpartner und Koordinator für die gesamte Behandlung und hat für diese Patienten pro Quartal 300 € mehr Budget zur Verfügung. Dieses besondere Programm ist individuell auf den Patienten und seine Familie abgestimmt und beinhaltet die komplette Diagnostik und Therapie.

Leider gibt es dieses Programm vorerst nur in Baden-Württemberg (siehe Beitrag Seite 17). Inzwischen sind es mehr als 50 BKKen, die diesen Vertrag anbieten mit ca. 42 AD(H)S Teams in ganz Baden-Württemberg. Weitere Infos zu diesem Programm finden Sie unter der Internetseite: <http://www.kvbawue.de/praxisalltag/neue-versorgungsformen/73c-vertraege/adhsads/>.

Landesprogramm



Eltern möchten ihr Kind von Anfang an gut ins Leben geleiten. Trotz guter Vorbereitung und Beratung durch Hebammen, Ärztinnen und Ärzte oder andere Fachkräfte können sich gerade in der Anfangszeit bei der Alltagsgestaltung und beim Umgang mit dem Baby viele Fragen auftun. Der rasche Wandel vieler Lebensumstände lässt es immer weniger zu, einfach von Vorbildern aus dem Elternhaus oder im Bekanntenkreis zu lernen. Deshalb haben die Landesregierung, die Kommunalen Landesverbände, die Kirchen

des Landes, die Verbände der freien Träger von Familien- und Elternbildung sowie die freien Träger der Jugendhilfe vereinbart, durch das Landesprogramm STÄRKE Eltern bei den vielfältigen Aufgaben der Pflege und Erziehung ihrer Kinder durch Rat und praktisches Training zu unterstützen. STÄRKE soll die Eltern ermutigen, Elterntreffs oder -kurse zu besuchen und für einige Familien die Teilnahme überhaupt erst finanziell ermöglichen bzw. erleichtern.

Außerdem soll STÄRKE den Stellenwert von Familien- und Elternbildung betonen, die Kooperation zwischen Jugendamt, Bildungsträgern und sonstigen professionellen Diensten fördern und zur Weiterentwicklung eines landesweit bedarfsgerechten Netzes von Familien- und Elternbildungsveranstaltungen beitragen (www.sozailministerium-bw.de/de/staerke/188372.html).

Das Landesprogramm STÄRKE in Baden-Württemberg finanziert inzwischen immer mehr Kurse, z. B. spezielles ADHS-Elterntraining, Elternseminare „Kinder mit Dyskalkulie“ oder „LRS“;



Seit 50 Jahren bietet der Deutsche Arbeitskreis für Familienhilfe e. V. Familien unterstützende und helfende Gesundheitsmaßnahmen an.

In sieben Fachkliniken im Schwarzwald und an der Nord- bzw. Ostsee werden stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter-/Väter-Kinder angeboten und mit einer langjährig erfahrenen und qualifizierten Mitarbeiterschaft durchgeführt. Zunehmend sind vor dem Hintergrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und psycho-sozialer Lebenskrisen Mütter, Väter und Kinder auf Hilfe angewiesen, um mit vorhandenen persönlichen Ressourcen erschwerte Lebenssituationen zu bewältigen.

Besonders Familien mit ADHS Kindern benötigen häufig eine Kur, um wieder zur Ruhe zu finden, neue Kraft zu schöpfen und neu lernen, mit seinem Kind umzugehen. Anzuraten sind Familienkuren. Das bedeutet, dass sowohl das betroffene Kind, die Geschwister und beide Elternteile in Kur gehen und dort Maßnahmen erhalten. Leider werden Kuren im Allgemeinen häufig von den Krankenkassen mit diffusen Gründen abgelehnt. Meist sind den Kassen die Kosten für eine Kur, vor allem für eine Familienkur zu hoch. Der Arbeitskreis für Familienhilfe e. V. unterstützt jeden schon bei der Antragstellung und hat sehr hohe Erfolgsquoten. (www.ak-familienhilfe.de)

Soziale Rechte und Möglichkeiten für Eltern mit ADHS Kindern

Es besteht die Möglichkeit, bei der Steuererklärung einen Ausgleich zu bekommen.

Es lohnt sich auch ein Fahrtenbuch anzulegen, denn alle Fahrtkosten wie zum Arztbesuch, Fahrten zu Therapien oder auch Schulterminen usw. können steuerlich abgesetzt werden.

Viele wissen nicht, dass bei chronischen Erkrankungen (dazu zählt auch ADHS) die Zuzahlungsgrenze bei 1% vom Jahresbruttogehalt liegt (normal sind 2 %).

Wichtig ist es, alle Belege aufzuheben (Rezeptgebühren, Praxisgebühr, Krankenhausgeld, Kurzuzahlung) und dann die Rechnung aufzustellen. So können Sie die Zuzahlungsgrenze errechnen. Diese sind bei der Krankenkasse einzureichen.

Brutto-Jahresgehalt: z. B. 30 000,-€
 Abzug: - 7.499,-€ für den in versicherten Erwachsenen
 Abzug: - 4.999,-€ für jedes Kind
 = 17.502,-€
 1% davon ist dann die Zuzahlungsgrenze = 175,02 €
 Rechenbeispiel für verheiratetes Ehepaar mit Kindern

Bei den Krankenkassen kann man den Antrag auf Pflegestufe stellen. Viele Kinder mit ADHS brauchen in bestimmten Situationen mehr Aufwand als gesunde Kinder z. B. viele Kinder können sich früh nicht strukturieren und brauchen für alltägliche Dinge ewig Zeit und Unterstützung. Ist der zeitliche Aufwand mehr als 1 ½ Stunden täglich, kann man die Pflegestufe beantragen.

■ Sabine Kolb und Kirsten Riedelbauch,
 Elterngruppe Bruchsal/Hambrücken

Sozialpädagogische Intervention in von ADHS betroffenen Familien

im Rahmen einer Sozialpädagogischen Familienhilfe nach §27/30 SGB VIII am Beispiel des Vereins „Rauchzeichen“ e.V. in Hamburg

Von ADHS betroffene Kinder und Jugendliche bilden aufgrund der Probleme in Elternhaus und Schule einen immer größer werdenden Anteil der Klienten der öffentlichen und privaten Jugendhilfe in Deutschland. Da der pädagogischen Arbeit mit den Betroffenen nachweislich ein zentraler Anteil im Rahmen einer multimodalen Behandlungsweise zukommt, bieten sich in diesem Umstand wirkungsvolle Interventionsmöglichkeiten zur Verbesserung der Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Eltern. In der jüngsten Vergangenheit hat es mehrere medienwirksame Projekte gegeben, die auch in der Fachwelt auf großes Interesse gestoßen sind. Diese Aktionen haben aber gemeinsam, dass die betroffenen Kinder fernab ihrer gewohnten Lebenswelt therapiert werden und die Ergebnisse nur bedingt Aufschluss über einen nachhaltigen Erfolg im gewohnten familiären und sozialen Umfeld geben können. Erfolgversprechender scheint daher eine sozialpädagogische Intervention, die in der Lage ist, die erfolgversprechenden Methoden, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und Probleme der Klienten, in den Alltag der Familien zu integrieren.

Als Voraussetzung für diese Arbeit bedarf es einer wirkungsvollen Kooperation zwischen dem Jugendamt als Träger der öffentlichen Jugendhilfe und freien Trägern der Jugendhilfe. Das Jugendamt kann auf Antrag der Erziehungsberechtigten, auf die Installation einer „Sozial-

pädagogischen Familienhilfe“ nach §27/31 SGB VIII diese Maßnahme gewähren und einen freien Träger mit der Durchführung der Hilfe beauftragen. Qualifizierend für die Durchführung der Hilfe seitens des beauftragten Trägers ist die fundierte Ausbildung der durchführenden Mitarbeiter im Bereich der Sozialpädagogik und die durch umfassende Fort- und Weiterbildungen geschulte Fachkompetenz im Kontext der Arbeit mit von ADHS betroffenen Familien.

Leider gibt es zurzeit wenige Mitarbeiter im Bereich der Jugendhilfeträger, die sich auf diesen Fachbereich spezialisieren. Zum einen ist dieser Umstand anscheinend der Situation geschuldet, dass diese erfolversprechende Hilfeform vielen Jugendämtern nur unzureichend bekannt ist, andererseits scheuen auch viele freie Träger die nicht unbeträchtlichen Kosten einer umfassenden Schulung entsprechender Mitarbeiter. Die Einschätzung einiger Leitungskräfte im Bereich der Jugendhilfe, das sozialpädagogische Basiswissen genüge den Anforderungen dieses anspruchsvollen Arbeitsbereiches, führt häufig zu Abbrüchen der Hilfen und dadurch zu Frustration und Resignation seitens der Klienten und der Trägermitarbeiter.

Eine zielgerichtete und passgenaue sozialpädagogische Unterstützung ist in der Lage, eine positive Wirkung auf die Bereiche Schule, Elternhaus und Peergroup auszuüben und damit für eine deutliche Entspannung in allen Bereichen der Lebenswelt und damit explizit für das betroffene Kind, den betroffenen Jugendlichen zu bewirken. Um da-

bei zu einer nachhaltigen Verbesserung der Familien- und Schulsituation zu gelangen, bedarf es eines auf ausreichende Laufzeit angelegten und mit einem deutlichen Stundenumfang ausgestatteten Hilfeverlaufs. Erfahrungsgemäß stellt sich der Zeitbedarf mindestens mit fünf Fachleistungsstunden (Minimum zwei Kontakte in der Woche) über einen Zeitraum von 18 bis 24 Monaten dar. Diese spezielle Hilfeform kann wirkungsvoll nicht als Kurzzeitintervention ausgestaltet werden.

In der Regel wenden sich die Eltern erst an das Jugendamt, nachdem sich bei Ihnen ein enormer Leidensdruck manifestiert hat. Zusätzlich zu den Problemen in der Familie belastet meistens die Konzentrations- und Verhaltensproblematik der Kinder in der Schule und die daraus resultierenden negativen Rückmeldungen das Familiensystem. Die Sanktionen des Systems Schule sind in der Regel nicht in der Lage, positive Veränderungen im Schulverhalten zu bewirken. Maßnahmen wie Beurlaubung oder Schulverweis gehen zu Lasten der Eltern und stellen gerade Berufstätige vor, häufig kaum zu lösende, organisatorische Probleme. Häufig kann eine Moderation zwischen Elternhaus und Schule die verhärteten Fronten aufbrechen und ein auf das Wohl des Kindes ausgerichtetes, gemeinsames Handeln initiieren. Die Hospitation des Familienhelfers im Unterricht ist dabei ein wichtiger Baustein, um sich ein Bild über die Unterrichtssituation des Kindes/des Jugendlichen zu machen und gemeinsam mit allen Beteiligten ein Konzept zur Verbesserung der Unterrichtssituation zu entwickeln.

Je früher eine sozialpädagogische Familienhilfe installiert wird, umso kürzer ist der zu erwartende Hilfeverlauf. Am erfolversprechendsten ist der Beginn der Unterstützung in der Grundschulzeit der Kinder. Da die Auffälligkeiten sich in dieser Periode, wenn nicht schon in Kindergarten und Vorschule, massiv vermehren, wendet sich der größte Teil der hilfeschuchenden Eltern ohnehin in dieser Altersstufe an das Jugendamt.

Der Fallführung des Jugendamtes obliegt als zentrale Schnittstelle im Bereich der Jugendhilfe die Verantwortung zur Installation einer passgenauen Hilfe, indem ein Träger mit entsprechend qualifizierten Mitarbeitern mit der Durchführung der Hilfe beauftragt wird. Anlässlich eines Hilfeplangesprächs, bei dem ein erster Kontakt zwischen den Familien, dem Jugendamt und dem durchführenden Familienhelfer stattfindet, wird ein Hilfeplan erstellt, indem neben der Vorgehensweise auch eine Zieldefinition erstellt wird. In von ADHS betroffenen Familien ist es erfahrungsgemäß wenig sinnvoll, den Hilfeplan zu eng zu verfassen. Die Auswahl der erfolversprechendsten Methoden stellt sich in der Regel erst nach einer umfassenden Problem- und Ressourcenanalyse des durchführenden Mitarbeiters heraus. Dieses Vorgehen kann mehrere Wochen intensiver Bearbeitung in Anspruch nehmen. Eine zentrale Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf der Hilfe ist die gegenseitige Sympathie zwischen Familie und dem Trägermitarbeiter. Die gemeinsame Arbeit fordert, aufgrund der

meist sehr komplexen Problemlage, ein hohes Maß an Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung aller Beteiligten. Die notwendige Kooperation setzt eine klare fachbezogene Kommunikation und eine transparente und für alle nachvollziehbare Vorgehensweise voraus. Nicht allen Familien fällt es leicht, eine anfangs unbekannte Person in dieser Intensität in ihrem Familiensystem zu dulden. Zudem sind viele notwendige Veränderungen im Erziehungsstil, gerade im Umgang mit ADHS betroffenen Kindern/Jugendlichen, für alle Familienmitglieder unbequem und im höchsten Maße anstrengend. Kontraproduktive Erziehungsmaßnahmen, die meist auf mangelnder Struktur und Inkonsequenz beruhen, sind die häufigsten Ursachen der familiären Schieflage und damit des immensen Leidensdruck, unter dem die Familie steht. Diese „Erziehungsfallen“ haben sich meistens über lange Zeit gefestigt und es gelingt den Eltern in der Regel nicht, aus eigener Anstrengung aus diesen Verhaltensmustern auszubrechen.

Im Gegensatz zur medizinisch-therapeutischen Arbeit spielt die Biographie des betroffenen Kindes meist eine untergeordnete Rolle. Der Familienhelfer beginnt seine Arbeit im „Hier und Jetzt“. Zudem bewirkt ein veränderter Erziehungsstil der Eltern auch bei nicht erkrankten Geschwisterkindern eine positive Verhaltensänderung. Erfahrungsgemäß zeigen Geschwisterkinder mittelfristig häufig ein ähnliches Verhalten wie ihr ADHS betroffener Bruder, die betroffene Schwester. Dies ist am häufigsten der Fall, wenn das Kind mit ADHS das älteste in der Familie ist und damit für die Geschwister, im Sinne des Lernens am Modell eine Vorbildfunktion einnimmt. Diesem Umstand ist im Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe Rechnung zu tragen und es ist von Bedeutung, darauf mit den entsprechenden Methoden zu reagieren.

Im Folgenden sollen einige, in der praktischen Arbeit bewährten Methoden und Vorgehensweisen näher erläutert werden. Die Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In diesem Arbeitsfeld haben sich, gerade in der jüngsten Vergangenheit, viele neue Konzepte etabliert, die sich für eine Erweiterung der Methodenvielfalt anbieten. Auch sind die Situationen in den Familien so individuell, dass nicht alle Methoden in jeder Familie geeignet sind.

In der Umsetzung der angewandten Methoden obliegt es der Fachkompetenz und dem Fingerspitzengefühl des Durchführenden, alle Arbeitsweisen gemäß der vorgefundenen Lage in der Familie, zuzuschneiden und zu modifizieren. Dabei bedarf es der Kreativität und der Vielseitigkeit des durchführenden Mitarbeiters. Wie an diesen Ausführungen erkennbar, kommt der Ausbildung des Durchführenden eine zentrale Rolle in der Ausgestaltung der Hilfe zu. Nur wenn der Träger als Arbeitgeber durch umfassende Fort- und Weiterbildungen für ein entsprechendes Handlungsportfolio sorgt, steht dem Mitarbeiter die Methodenvielfalt zur Verfügung, um einen bestmöglichen Hilfeverlauf anzustreben.

Elternberatung

Am Anfang jeder Hilfe steht eine, je nach Wissensstand der betroffenen Eltern ausgestaltete, klassische Elternberatung. Sinnvoll ist es häufig, diese Beratung der Installation einer Hilfe nach §27/31 SGB VIII vorzuschalten. In diesen Gesprächen wird auf die Ursachen und Grundlagen einer ADHS eingegangen. Verhaltensweisen, Erziehungsgrundlagen und Stile im Familienalltag werden thematisiert. Zentrales Thema dieser Beratung ist aber auch, die Möglichkeiten und Grenzen einer eventuellen SPFH zu erörtern. Bei diesen Gesprächen sollen die Eltern erfahren, auf was sie sich dabei einlassen und sich darüber im Klaren werden, ob sie sich auf diese intensive Hilfe einlassen wollen. Ziel dieses Vorgehens ist es, vorzeitige Abbrüche der Hilfe seitens der Klienten zu vermeiden und somit finanzielle und temporäre Ressourcen zu schonen. Außerdem ist für alle Beteiligten positiv, wenn möglichst frühzeitig ein Basiswissen über ADHS und seine Auswirkungen vorhanden ist.

Die Elternberatung kann eingeschränkt auch als Gruppenberatung stattfinden. Je nach Intensität der Problemlage ist aber individuell eine Einzelberatung anzustreben.

Problem- und Ressourcenanalyse

Einer der ersten Arbeitsschritte der Familienhilfe ist die Erstellung einer umfassenden Problem- und Ressourcenanalyse. Die Analyse umfasst die Momentaufnahme der Situation, wie sie sich zum jetzigen Zeitpunkt darstellt. In untergeordneter Position ist dabei auch die jüngste Vergangenheit von Bedeutung. Wichtig ist die möglichst vollständige Beleuchtung aller „Kriegsschauplätze“, die das Familiensystem belasten. Dabei spielen nicht nur die kausal mit der ADHS Problematik in Verbindung zu bringenden Problemfelder eine Rolle, sondern alle die Familie belastenden Umstände sind Thema der Erhebung.

Bei der Ressourcenanalyse wird auf das gesamte Helfersystem eingegangen, wobei nicht nur professionelle Helfer eine Rolle spielen, sondern ebenso nach im Lebensumfeld vorhandenen, unterstützenden Personen und Angeboten gesucht wird. Nicht selten hat sich im Familienalltag eine gewisse Betriebsblindheit eingestellt, sodass naheliegende Unterstützung nur unzureichend wahrgenommen wird.

Die Definition der Ziele der Hilfe gilt als einer der zentralen Punkte dieser Anfangsphase. Kleinstrukturierte Hilfeabschnitte mit überprüfbaren Ergebnissen als Feinziele werden festgelegt. Sind die Ziele zu groß angelegt, ist die Wahrnehmung für eine positive Bewertung des Erreichten häufig sehr verwaschen. Dieses gilt sowohl für die Familien als auch für den Helfer. Die Schärfung der Eigenwahrnehmung im Bereich des elterlichen Verhaltens ist für den Bereich der Gegenwart als auch für den Bereich der Zielerreichung wichtig. Zur besseren Umsetzung werden gemeinsam mit den Eltern Selbstreflexionsbögen geführt um das eigene Agieren und Reagieren zu dokumentieren, als auch den eigenen Empfindungen nachzuspüren. Eine zeitlich nicht zu

eng gefasste Planung der einzelnen Arbeitsschritte ist hilfreich, die einzelnen Arbeitsschritte in Etappen einzuteilen.

Soziale Arbeit im administrativen Kontext

Um dauerhaft zu einer zielführenden Veränderung im Erziehungsverhalten der Eltern zu gelangen, ist es bedeutend, die negativen und nerven- und zeitraubenden Belastungen von außen auf ein verträgliches Niveau zu minimieren. Dieses sind häufig Beziehungsprobleme, finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme, Auseinandersetzungen mit Behörden und vieles mehr. Die Bearbeitung und Unterstützung in diesen Bereichen sollte zu den Basisfähigkeiten jedes Sozialpädagogen gehören. Nur ein von sozioökonomischen Problemen unbelasteter Mensch kann den Veränderungsbedarf seines Erziehungsverhaltens angemessen reflektieren und an der Umsetzung produktiv mitwirken. Eine zu hohe Belastung durch wirtschaftliche Umstände lähmt die Motivation der Erziehenden nicht nur in den Bereichen des täglichen Lebens, sondern auch in der Weiterentwicklung ihrer Erziehungskompetenz.

Die Arbeit in diesem Gebiet birgt die Chance, schon vor dem eigentlichen Beginn der ADHS-Arbeit etwas Positives zum Wohle der Familie zu erreichen und trägt zur Vertrauensbildung zwischen den Eltern und dem Familienhelfer bei. Häufig ist der Arbeitsanfall in diesem Bereich allerdings so komplex, dass er über einen längeren Zeitraum parallel zur eigentlichen pädagogischen Arbeit mitlaufen muss.

Netzwerkarbeit

Aufgrund der hohen Betreuungsintensität der Arbeit in der Familie ist es sinnvoll für den Durchführenden, die Koordination der vorhandenen Hilfemaßnahmen zu übernehmen. Nicht selten haben die Klienten seit dem Bekanntwerden der Diagnose ADHS auf Anraten von Schulen, Ärzten, Therapeuten und wohlmeinenden Bekannten ein Hilfesystem aufgebaut, das sich an vielen Stellen überschneidet und dem sie aus zeitlichen Gründen nicht gerecht werden können. Maßnahmen werden nur halbherzig oder gelegentlich wahrgenommen, der Termindruck wirkt negativ auf das Nervenkostüm der ohnehin hoch belasteten Eltern. Die Erarbeitung eines strukturierten Therapieplanes, der nach Priorität und Durchführbarkeit aufgestellt wird und die temporären Ressourcen der Familie berücksichtigt, sorgt dann für eine Reduzierung des zeitlichen Stresses. Die Koordination geschieht unter Zusammenarbeit aller in den Prozess der Hilfe eingebundenen Institutionen.

Eine in regelmäßigen Zeitabständen stattfindende Gesamtkonferenz aller an der Hilfe Beteiligten aus den Bereichen Medizin, Therapie, Schule und Jugendhilfe hilft zur Koordination des weiteren Hilfeverlaufs und korrigiert eine eventuelle Doppelversorgung. Zu diesen Gesprächen bietet sich das im 6-Monatsrhythmus stattfindende, Hilfeplanungsgespräch beim Jugendamt an. Bewährt hat sich die Einladung aller Beteiligten durch die fallführende Fachkraft des

Jugendamt (welche häufig auch die Räumlichkeiten zur Verfügung stellt).

ADHS/E Coaching

Aufgrund der hohen genetischen Disposition bei ADHS ist in vielen Klientenfamilien neben den Kindern mindestens ein Elternteil ebenfalls von ADHS betroffen. In den meisten Fällen haben die Eltern gelernt, mit den Auswirkungen auf den Alltag umzugehen. Manchmal sind die Schwierigkeiten in der Familie jedoch teilsächlich bei der persistierenden ADHS des Elternteils zu finden. Aufschluss darüber gibt eine Betrachtung der Biographie der betroffenen Person und die Durchführung eines ADHS/E-Screening. Um die Erziehungskompetenz dieser Elternteile zu fördern, ist häufig, parallel zur Arbeit mit den Kindern, die Durchführung eines Coaching sinnvoll, welches nach den Anforderungen einer ADHS/E ausgestaltet wird. Viele Arbeitsansätze aus dem Bereich der Kinder- und Jugendarbeit bieten sich in modifizierter Form auch für das Erwachsenencoaching an. Die Strukturierung des Tagesablaufes spielt in diesem Bereich ebenso eine Rolle wie die Zieldefinition und die Planung der einzelnen Handlungsschritte. Die o. g. Reflexionsbögen können auch bei erwachsenen Betroffenen zur Förderung der Eigenwahrnehmung eingesetzt werden und können hilfreich für die eigenständige Organisation der Anforderungen des Alltags sein. Von zentraler Bedeutung ist bei diesem Coaching die Überprüfung der vereinbarten Handlungsschritte, Korrektur und Hilfestellung bei unzureichenden Erfolgen, Anerkennung und Wertschätzung bei erkennbaren Bemühungen und Veränderungen.

Intelligenzdiagnostik HAWIK IV

Bei der Arbeit in den Familien bekommt der Familienhelfer häufig den Satz zu hören:

„Ich glaube, mein Kind ist hochbegabt. Meine Freundin sagt das auch. Sonst können wir uns sein Verhalten in der Schule nicht erklären. Wahrscheinlich langweilt er sich im Unterricht.“

Um auf diese Annahme zu reagieren, bietet sich die Durchführung eines Intelligenztestes an. Je nach Alter des Kindes oder des Jugendlichen stehen mehrere qualifizierte Tests zur Verfügung. Hier sollen anhand des HAWIK IV einige Grundlagen und Vorteile dieses Intelligenztestes dargestellt werden.

Der HAWIK IV stellt ein umfassendes Einzeltestverfahren zur Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6;0 bis 16;11 dar. Der Test besteht aus 15 Untertests, deren Einzelergebnisse in einem Leistungsprofil zusammengeführt werden. Darüber hinaus werden die Untertests in Skalen zusammengefasst, die die Fähigkeiten in unterschiedlichen kognitiven Bereichen (Sprachverständnis, wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwin-

digkeit) sowie das allgemeine intellektuelle Niveau eines Kindes (d.h. Gesamt IQ) abbilden.

(vgl. HAWIK IV, Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder-IV, 2008, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG)

Voraussetzung für die Durchführung dieses Testes ist eine fundierte Qualifikation des Testleiters in diesem Bereich. Für Durchführung und Auswertung bedarf es eines umfassenden Einblicks in den Aufbau des Testes und der Gewinnung der Erkenntnisse. Der HAWIK IV bietet belastbare Daten in den 4 kognitiven Testbereichen und kann wichtige Erkenntnisse für die lernpädagogischen Fördermöglichkeiten mit den Kindern/den Jugendlichen bieten.

In der Regel zeigt sich bei der Testung, dass auch ADHS Kinder/Jugendliche in diesem Bereich kaum von nicht Betroffenen abweichen. Hochbegabungen kommen häufiger vor als bei allen andern Kindern/Jugendlichen. Die Ergebnisse der Testung bieten aber fast immer eine der Grundlagen für die weiterführende pädagogische Arbeit im Bereich Schule und Hausaufgaben. Aber auch im umgekehrten Fall, wenn die Schule meint, mangelnde Intelligenz zu konstatieren, kann mit „harten Fakten“ eindrucksvoll im Sinne des Kindes entgegengewirkt werden.

Eltertraining -THOP Training

Das Eltertraining ist der zentrale Arbeitsauftrag für die Durchführung jeder sozialpädagogischen Hilfe in von ADHS betroffenen Familien. Es gibt zahlreiche, sich sehr ähnelnde Programme, die alle darauf abzielen, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken. In der Praxis hat sich eine auf die Grundlagen des *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)* (Manfred Döpfner, Stephanie Schürmann, Jan Frölich (2007). Beltz Verlag) basierende Elternarbeit als besonders praktikabel erwiesen. Für den Sozialpädagogen erweist sich die Möglichkeit zur intensiven Bearbeitung dieses Programms aufgrund des gut ausgestatteten Betreuungsumfangs als besonders erfolgversprechend. Zu Beginn der Familienarbeit mit diesem Programm empfiehlt sich, für die Eltern die Anschaffung des Buches „*Wackelpeter und Trotzkopf*“, Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl, Beltz Verlag.

Dieses Buch ist eine sinnvolle Ergänzung zur Durchführung des THOP in der Familie. Gut verständlich geschrieben, bietet es einen Einstieg in die Thematik und erläutert auf nachvollziehbare Art und Weise den Sinn und Geist dieser pädagogischen Vorgehensweise. Es empfiehlt sich, die Eltern bei der Bearbeitung dieses Buches zu unterstützen, Themenpassagen besonders zu besprechen und die Thematik sorgfältig und gründlich gemeinsam zu bearbeiten. Da dieses Buch eng an das THOP angelehnt ist, schafft es vor der Durchführung des Trainings ein Basiswissen bei den Eltern, auf das der Familienhelfer aufbauen kann. Schon im Vorwege wird die Arbeit des Helfers für die Klienten transparent gemacht und es kommt zu keinen unlieb-

samen Überraschungen.

Um das THOP Training erfolgreich durchführen zu können, muss sich der Durchführende mit der Thematik ausgiebig beschäftigt haben. Voraussetzung ist aus fachlicher Sicht die Kenntnisse anhand eines Seminars zur Durchführung des Trainings zu vertiefen.

Bei der Bearbeitung des THOP spielen im Bereich der Familienhilfe die Diagnostik- und Anamnesebögen nur eine untergeordnete Rolle. In der Praxis hat es sich bewährt, das Programm, wie jede andere Methode auch, auf die Bedürfnisse der Familie zuzuschneiden und in der Umsetzung variabel zu gestalten. Dabei kann es sinnvoll sein, die einzelnen Durchführungsschritte nach Prioritäten einzuteilen und teilweise nacheinander, teilweise parallel durchzuführen. Von Bedeutung ist es aber, an den Anfang die Problemdefinition und die Erstellung von Störungskonzepten zu stellen. Je nach individueller Abwägung können auch manche Bereiche weniger intensiv bearbeitet werden. Als positiv zu bewerten ist, dass das Training zwar an die Eltern gerichtet ist, in vielen Sequenzen die Kinder aber mit in den Verlauf einbezogen werden.

Ein Problemschwerpunkt, den der Familienhelfer immer wieder antrifft, ist eine mangelnde Strukturierung des Tagesablaufs. Sinnvoll ist es, mit allen Familienmitgliedern einen Tagesplan aufzustellen, der alle verpflichtenden Termine, aber auch die Freizeitgestaltung beinhaltet. Eine Koordination der unterschiedlichen Tagespläne kann schon ein erster Schritt zur Förderung der Strukturierung sein. Die Abmachungen, die in der Familie getätigt werden, sind für alle Familienmitglieder verbindlich. Dies ist von zentraler Bedeutung bei der Aufstellung von Familienregeln und der Entwicklung und Festlegung von positiven und negativen Konsequenzen. Die Regeln als auch die Konsequenzen werden, so weit wie möglich, gemeinsam mit allen Familienmitgliedern entwickelt. Die Umsetzung und Einhaltung wird regelmäßig in Familienkonferenzen thematisiert. Zu Beginn übernimmt der Familienhelfer die Moderation dieser Gespräche, im weiteren Verlauf wechselt die Moderation.

Token-Systeme als Verstärkerprogramme zur Manifestierung erwünschten Verhaltens wirken sich in der Familienarbeit, je nach sozioökonomischem Status der Familie, unterschiedlich aus. Kann man manche Kinder schon mit der Aussicht auf relativ kleine Belohnungen locken, so trifft man auch Kinder an, die eher mit sozialen als materiellen Verstärkern zu erreichen sind. Verfügt ein 10-jähriger schon über Handy, Flachbildfernseher, DVD Player und Computer, ist er mit der Aussicht auf eine Kinokarte bestimmt nicht zu erreichen. Ihn kann man eher mit dem Besuch eines Fußballspiels ködern. Die Vorbereitung von Token-Systemen verlangt sehr viel Fingerspitzengefühl bei der passgenauen Entwicklung. Tritt nicht der gewünschte Erfolg ein, ist es sinnvoll, das System zu verändern oder ganz auszusetzen. Häufig entstehen Auseinandersetzungen auch durch unklar formulierte oder missverständlich betonte Auffor-

derungen der Eltern an ihre Kinder. Durch Kommunikationstraining mit den Eltern kann der Unterschied zwischen Bitte und Aufforderung herausgestellt werden, um in Zukunft den erwünschten Effekt zu erreichen. Das Ziel dieser klaren Regel- und Umgangsstrukturen ist es, die stressbelasteten Situationen in der Familie vorausschauend abzuwenden.

Aufgrund der hohen Belastung der Familie ist nicht selten das „positive Erleben“ zwischen Eltern und Kindern so stark beeinträchtigt, dass schöne gemeinsame Momente nur noch rudimentär zu erkennen sind. Um diesem Umstand zu begegnen, eignen sich die im THOP vorgesehenen Spieltrainings und die Einführung einer Spiel- und Spaßzeit mit den Eltern und den Kindern. Das gemeinsame positive Erleben schafft in den meisten Fällen mehr Gelassenheit bei Eltern und Kindern und damit eine deutliche Entspannung der familiären Interaktion.

In der beruflichen Praxis hat sich gezeigt, dass die Umsetzung des THOP in der Familie einen durchschnittlichen Zeitraum von 6-9 Monaten in Anspruch nimmt. Viele Eltern verfügen durch die intensive Beschäftigung mit dem Thema aufgrund von Arbeit in Selbsthilfegruppen oder ähnlichem, über ein sehr umfangreiches theoretisches Wissen in diesem Bereich. Sie klagen aber über die mangelnde Umsetzung in ihrer Familie. In diesen Fällen reicht manchmal ein nur ergänzendes Elterstraining mit intensivem sozialpädagogischen Coaching. Diesem Umstand entsprechend verringert sich dann der organisatorische und zeitliche Aufwand.

Konzentrationstraining

In den vergangenen Jahren wurden viele Konzepte entwickelt, um die Konzentrationsfähigkeit von ADHS betroffenen Kindern positiv zu beeinflussen. Die erste Fassung des hier vorgestellten Marburger Konzentrationstrainings wurde 1994 in der Fassung für Schulkinder veröffentlicht. Weiterhin sind von Dieter Krowatschek und seinen Mitarbeitern auch Programme für Vorschulkinder und Jugendliche entwickelt worden. Diese Trainings haben sich in der praktischen Arbeit mit ADHS-Kindern bewährt. Es liegt aber in der Fachkompetenz des Trainers, die Durchführung spannend und lebhaft zu gestalten, um eventuell aufkommende Langeweile zu vermeiden. Um den Anforderungen an die Ausgestaltung der Trainingseinheiten gerecht zu werden, ist auch hierbei der Besuch eines Seminars zur Durchführung des MKT unverzichtbar. Gerade an der Strukturierung der Einheiten und der individuellen Anpassung an die Gruppe liegt das Geheimnis des Erfolges dieser Maßnahme. Das Marburger Konzentrationstraining ist als Gruppentraining angelegt und wird in den Räumen des Trägers durchgeführt. Durch die Arbeit in mehreren Familien gelingt es, im Alter zusammenpassende Kinder zu einer Gruppe zusammenzustellen, um das Programm durchzuführen. Das Konzentrationstraining wird auf 6-8 Einheiten à 90 Minuten angelegt. Im Folgenden sind einige Ausgangspunkte aufge-

führt, die dem Marburger Konzentrationstraining zu Grunde liegen.

Zitat: „Das Training richtet sich an Kinder, die:

- sich leicht ablenken lassen
- noch nicht selbständig arbeiten können
- sich wenig zutrauen
- sehr viel Zuwendung brauchen
- ein Defizit in einem oder mehreren Bereichen haben
- Anzeichen einer ADHS haben
- schlecht mit Misserfolg umgehen können
- schulmüde sind.

Die Methoden des MKT:

- Das Training setzt an der Verbesserung der Aufmerksamkeitssteuerung der Kinder an. Dies geschieht mit Hilfe der verbalen Selbstinstruktion, einer Technik der kognitiven Verhaltenstherapie.
- Mit verschiedenen Übungen werden Feinmotorik, Wahrnehmung, Denk- und Merkfähigkeit sowie Lang- und Kurzzeitgedächtnis trainiert.

- Durch das Gruppensetting und besonders in den Spielen bieten sich zahlreiche Möglichkeiten der Interaktion und der Einübung von Regeln.
- Die Trainerinnen und Trainer verwenden im Umgang mit den Kindern verschiedene Techniken aus der Verhaltensmodifikation.

Der Aufbau der Trainingseinheiten ist immer gleich:

- Lebhaftes Spiel
- Entspannungsübungen
- Arbeitsblätter
- Kim Spiele
- „Konzentriert geht's wie geschmiert“ Übungen
- Attraktive freie Spiele“

Zitat Ende.

(Zitiert. aus dem „Marburger Konzentrationstraining für Schulkinder“, Krowatschek, Albrecht, Krowatschek, 1994, Loer Druck GmbH Dortmund).

■ Jörg Hagemann, „Rauchzeichen e. V.“

Tiergestützte Interventionen bei Menschen mit ADHS

Dieser spezielle Ansatz unserer Arbeit kann sowohl gezielt eigenständig angewandt, als auch unterstützend zu den vorbenannten Methoden dazugestellt werden. Im Kontext der Arbeit mit ADHS-Betroffenen ist der multimodale Ansatz zu bevorzugen.

Definitionen

In jüngster Zeit erweitert sich das Spektrum der verschiedensten „Therapie“-Angebote rasant und auch die Tiergestützte Therapie wird populärer – nicht immer seriös, da allgemein gültige Zertifizierungen noch nicht vorhanden sind.

In der Fachwelt unterscheidet man allgemein in der Arbeit mit Tieren zwei große Bereiche: die „Tiergestützten Aktivitäten“, die zum Wohl der „Allgemeinheit“ (hier Gruppe oder Familie) durchgeführt werden und nicht auf bestimmte Zielpersonen gerichtet sind und keine konkreten Ziele verfolgen, sondern allgemein auf die Verbesserung der Lebensqualität reflektieren. Sie werden durchgeführt von mehr oder weniger qualifizierten Personen und unterstützen motivationale, erzieherische, rehabilitative oder auch therapeutische Prozesse.

Die „Tiergestützte Therapie“ dagegen wendet sich an konkrete Personen mit einer im Vorfeld bestimmten Zielsetzung, deren Fortschritte gemessen und dokumentiert

werden. Durchgeführt wird die „Therapie“ von einem professionellen Therapeuten, wobei das mit besonderen Merkmalen und/oder Fähigkeiten ausgestattete Tier integraler Bestandteil des Behandlungsprozesses ist. (*Definitionen nach Delta Society 1996*)

Die „Tiergestützte Pädagogik“ erfüllt, je nach Ausrichtung, mehr die eine oder andere Definition, in bestimmten Kontexten beide. *Vernooij* und *Schneider* schlagen daher vor, im deutschsprachigen Raum eine eigenständige Definition dieses Bereichs einzuführen.

„Unter Tiergestützter Pädagogik werden Interventionen im Zusammenhang mit Tieren subsumiert, welche auf der Basis konkreter, klienten-/kindorientierter Zielvorgaben Lernprozesse initiieren, durch die schwerpunktmäßig die emotionale und die soziale Kompetenz des Kindes verbessert werden soll. Sie werden durchgeführt von Experten im pädagogisch-sonderpädagogischen Bereich (z. B. Lehrpersonal) unter Einbezug eines Tieres, welches für den Einsatz spezifisch trainiert wurde. Ziel der Tiergestützten Pädagogik ist die Initiierung und Unterstützung von sozial-emotionalen Lernprozessen, das heißt, Ziel ist der Lernfortschritt in diesen Bereichen.“ (*Aus: Monika A. Vernooij / Silke Schneider, Handbuch der Tiergestützten Intervention, 2008, 2010, Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim*)

Warum Hunde?

Sicherlich erfüllen die unterschiedlichsten Tierarten die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einsatz in der Tiergestützten Pädagogik – aufgrund persönlicher Erfahrungen wird im Weiteren speziell auf den Einsatz von Hunden eingegangen.

Hunde mögen, wollen, suchen von sich aus den Kontakt zum Menschen und genießen die gemeinsamen Aktivitäten. Sie gehen in Kommunikation und zwar in eine an Mimik und Gestik eindeutig erkennbare, ehrliche und klare Kommunikation. Sie sind grundsätzlich unvoreingenommen und haben dennoch ein feines Gespür für (menschliche) Emotionen und Befindlichkeiten. Zudem sind sie leicht trainierbar und können gut mitgenommen werden, da sie sich schnell an neue Umgebungen gewöhnen.

Das vorab Gesagte trifft in dieser Eindeutigkeit natürlich nur auf Hunde zu, die eine gute Sozialisation genossen haben und selbst unter guten und artgerechten Bedingungen leben.

Wichtig ist ebenfalls eine gute Ausbildung des Mensch-Hund-Teams, welches von gegenseitigem tiefem Vertrauen geprägt ist. Der Mensch muss seinen Hund gut „lesen“ können, muss erkennen, wann der Hund möglicherweise überfordert ist und eine Pause braucht – gerade im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen, die von ADHS betroffen sind, ein wichtiges Moment in der gemeinsamen Arbeit mit allen Beteiligten, weil diese Situation selbst Teil des Lernprozesses sein kann.

Wirkungen

Die Anwesenheit eines Hundes in einem pädagogischen Kontext entfaltet auf mehreren Ebenen ihre Wirkung.

Einige Wirkungen entstehen ungezielt, wären also dem Bereich der Tiergestützten Aktivität zuzuordnen.

Dies sind vor allem die physischen und physiologischen Wirkungen. So ist z. B. in verschiedenen Studien belegt worden, dass sich in Anwesenheit eines Hundes Blutdruck und Atemfrequenz deutlich absenken und eine muskuläre Entspannung eintritt, die sich neben einer allgemeinen Muskelrelaxation in der Entspannung von Mimik, Gestik und Stimme, aber auch in der Regulierung der Atmung und der Atmungstiefe niederschlägt. Es gibt biochemische Veränderungen, die neuroendokrinale Wirkungen entfalten. Allgemein ist eine Stabilisierung des Immunsystems zu beobachten, im Bereich ADHS sind die Einflüsse auf den Dopamin- und Serotoninhaushalt signifikanter.

Psychische und psychologische Wirkungen entfalten sich zum Teil auch ungerichtet, zum Beispiel als ein gesteigertes emotionales Wohlbefinden aufgrund der Erfahrung von absoluter Akzeptanz durch den Hund und der Freude und dem Spaß an der gemeinsamen Interaktion; auf diesem Gebiet kann aber Wirkung auch bewusst initiiert werden, wie z. B. die Förderung eines positiven Selbstbildes, Selbstwertgefühls und Selbstbewusstseins. Die gezielte Förde-

rung mentaler Leistungen und Kompetenzen wird möglich, dadurch dass durch den Hund die Kinder und Jugendlichen, ebenso aber auch die Erwachsenen, eine nachgewiesen erhöhte Aufmerksamkeit haben, besser und länger fokussiert beobachten können, und eine Verbesserung des Lang- und des Kurzzeitgedächtnisses erreicht wird.

Für den Bereich ADHS ebenfalls bedeutend ist die Reduktion von Angst innerhalb von Interaktionskontexten. Die vorhersagbare und belastungsfreie Interaktion mit dem Hund fördert die Selbst-Kontrolle und auch das Erleben von Kontrolle über die Umwelt zum Beispiel durch die gelingende Führung des Hundes.

Die sozialen Wirkungen sind die, die im pädagogischen Kontext zuerst gesucht werden. Der Hund hilft zu allererst dem Pädagogen, indem er als „Eisbrecher“ fungiert im Kontakt zu den Familien/Klienten/Schülern, als Gesprächsinhalt, als Beispielgeber und „sozialer Katalysator“ in Gruppen. Hunde steigern das Vertrauen; die Kontakt- und Interaktionsbereitschaft der jungen Menschen ist erhöht, und die Ansprechbarkeit ist deutlich verbessert. Bei den von ADHS betroffenen Menschen ist ein „Herauskommen aus der oppositionellen Haltung“ also merkbar erleichtert. Das oftmals von Mitmenschen als extrem unangenehm erlebte distanzlose Verhalten unter ADHS, der Bedarf an, auch körperlicher, Nähe wird vom Hund als Wohlgefühl und nicht-tabuisierte Körperlichkeit zugelassen und gespiegelt und stabilisiert damit das Selbstwertgefühl. Ebenso zwingt der Hund durch die Einforderung klarer Kommunikation zur Impulskontrolle bei gleichzeitiger Förderung der Empathie. Vielen sozial unreifen Menschen gelingt die Einfühlung in die Bedürfnisse eines (Therapie-) Hundes durchaus leichter als die Einfühlung in ihr menschliches Gegenüber.

Einsatzbereiche

In der Arbeit mit den Familien

Durch die Begleitung des Hundes wird der Sozialpädagoge grundsätzlich anders wahrgenommen; zum einen wird nicht nur die fachliche Funktion gesehen, sondern es „menschelt“ eher, obwohl es um den „Hund“ geht, der seine „Eisbrecherfunktion“ erfüllt. Zum anderen gibt es manchmal auch zusätzliche Zuschreibungen von Kompetenz, die durch das Erleben des „Teams Mensch-Hund“ entstehen.

Der entspannenden Wirkung, wenn der Hund einfach nur dabei ist und während der belastenden Besprechung schwieriger Themen ruhig unter dem Tisch liegt, kann sich niemand entziehen. Geht der Hund dann freiwillig zu dem „angespanntesten“ Familienmitglied, oft das von ADHS betroffene Familienmitglied, und fordert zum Streicheln auf, wobei der Hund die Anspannung abfängt, und der Mensch sich durch den „Nebenbei-Körperkontakt“, die eigene taktile Stimulation und meist kreisförmig ausgeführte Motorik beruhigt, ist ohne Worte viel zum Gelingen des Gesprächs oder der Trainingssequenz beigetragen.

Dass „Struktur“ nicht nur als anstrengend erlebt werden muss, sondern auf lange Sicht vieles erleichtert, kann am Beispiel Hund oftmals viel sachlicher, distanzierter und zugleich fröhlicher mit Eltern thematisiert werden, wie auch andere „Erziehungsthemen“, z. B. „konsequentes Handeln“, „sinnvolles Loben“.

Der Hund als direktes Gesprächsthema kann, durch seine Funktion eines sozialen Mitgeschöpfes, alle schwierigen Themen indirekt aufnehmen und katalysatorisch wirken.

Neben den vorab beschriebenen Wirkungen der Tiergestützten Interventionen spielt vor allem die Motivation, die durch den Einsatz des Hundes entsteht, eine sehr große Rolle.

Alle Teilbereiche, die bei von ADHS betroffenen Kindern der Förderung bedürfen, können mit Hund gefördert werden. Dazu kann und muss der Hund im Vorfeld natürlich gut trainiert werden, um im jeweiligen Kontext zielgerichtet als integraler Bestandteil des pädagogisch-therapeutischen Prozesses fungieren zu können. Dies geschieht auf spielerische Weise, ohne zu „therapeutisch zu wirken“ und macht Spaß!

So macht es beispielsweise viel mehr Spaß, den Hund zu „spiegeln“, sich also genauso hinzulegen oder zu bewegen, als Aufforderungen durch Menschen zu folgen (Förderung von Selbst- und Fremdwahrnehmung).

Es ist spannend zu erleben, wie lange der Hund es schafft liegen zu bleiben und sich nicht zu bewegen, obwohl ein Ball fliegt, oder ob man selbst es besser aushält (Impulskontrolle).

Klare, eindeutige, strukturierte Anweisungen in Wort und Körpersprache sind notwendig, um den Hund beispielsweise durch einen selbstgestalteten Parcours zu führen – Konzentration und Durchhaltevermögen pur – und welches ein Erleben von Kompetenz und Selbstwirksamkeit und damit Zuwachs von Selbstvertrauen, wenn es gelingt.

Auch Frustrationstoleranz kann mit Hund geübt werden. Schafft man etwas nicht auf Anhieb, müssen neue Wege gesucht werden – Grobheit, Bockigkeit oder jede Art von oppositionellem Verhalten führen nicht zum Ziel, da der Hund hierauf nicht, oder nicht in gewünschter Weise, reagiert.

Fehlende Fähigkeiten von Seiten des Kindes führen aber nicht zum Verlust der emotionalen Annahme durch den Hund; das Kind kann sich jederzeit gemocht, also wertgeschätzt fühlen. Die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes, beides Dinge die im Umgang mit einer ADHS von entscheidender Wichtigkeit sind, gerade um weitere psychische Destabilisierungen zu vermeiden, können durch den Einsatz eines Therapiehundes deutlich unterstützt werden.

Es ist sehr gut möglich, extrem individualisiert zu arbeiten – der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt – ein Umstand der ADHS-Betroffenen zugute kommt.

WUV

Neben den Angeboten des Vereins Rauchzeichen im Spektrum der Hilfen zur Erziehung werden auch verschiedenste „soziale Kompetenzkurse“ oder „Konzentrationskurse“ oder eine Kombination von beidem für Schulen oder andere Institutionen angeboten. Diese Kurse werden jeweils passgenau auf die verschiedenen Zielgruppen ausgerichtet.

In unterschiedlichen Kontexten treffen wir in diesen Kursen immer wieder auf diagnostizierte, aber auch (noch) nicht diagnostizierte Kinder und Jugendliche mit mehr oder weniger stark ausgeprägten Symptomen einer ADHS.

Nach ersten Erfahrungen mit der Anwesenheit des Therapiehundes in diesen Kursen – sie waren alle durchweg positiv, allein die Anwesenheit des Hundes erhöhte die Motivation und die Aufmerksamkeit der Klienten signifikant – und weitergehende Einbeziehungen in die jeweilige Durchführung, wird seit Februar dieses Jahres ein impliziert Tiergestützter Kurs an einer Schule angeboten:

WUV = Weniger Unangemessenes Verhalten, Tiergestütztes Soziales Kompetenz- und Konzentrationstraining
Dieses Angebot befindet sich in der Erprobungsphase und begreift sich selbst als „Lernendes Angebot“, welches während der Durchführung modifiziert wird.

Die drei Grundmethoden des Kurses, welcher im Moment als eine klassenübergreifende Jungengruppe mit zwölf Teilnehmern im Alter von 11-15 Jahren stattfindet, sind Elemente des Psychodramas/Improvisationstheaters, Elemente des „Marburger Konzentrationstrainings“ und der gezielte Einsatz des Therapiehundes.

Die angebotene intensive begleitende Elternarbeit könnte und sollte ausgeweitet werden, scheitert aber, wie häufig in diesen Settings, an den finanziellen Ressourcen der Auftraggeber.

In dieser Jungengruppe gibt es die unterschiedlichsten Hintergründe, aus denen in der Schule unangemessenes Sozialverhalten gezeigt wird, unter anderem ist es bei mindestens drei Jungen eine (un-)diagnostizierte ADHS. Besonders interessant in diesem Zusammenhang ist, dass der am stärksten betroffene Junge am deutlichsten auf die Interventionen durch den Therapiehund anspricht und zum Teil nur durch die Nähe des Tieres überhaupt ansprechbar bleibt.

In der ständig konflikt- und aggressionsbelasteten Interaktion der hoch angespannten Teilnehmer sind die unterschwellig ablaufenden physiologischen Wirkungen des Therapiehundes ein unschätzbare Katalysator der sozialen Atmosphäre, welche ein weiteres pädagogisches Handeln oft erst ermöglichen.

Mobbing und Ausgrenzung sind Erfahrungen, die Kinder mit einer ausgeprägten ADHS häufig in Zwangskontexten wie Schule machen. Das zeigt sich in unserem Projekt

sehr ausgeprägt. Dies und fehlende verlässliche Freundschaften bergen die Gefahr von weiteren psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen. Der Hund bietet den Kindern durch seine unvoreingenommene emotionale Annahme Trost (und zum Teil auch das Gefühl von Schutz und Freundschaft) und kann zum Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes beitragen.

Auch die Motivation, sich in bestimmte Prozesse überhaupt einzubringen, erhöht sich, wenn der Hund (mit-)jagiert.

Der Hund ist trainiert, bestimmte Übungen/Spiele auf Kommando auszuführen. Hier wird Kommunikation, Selbst- und Fremdwahrnehmung der Schüler gefördert. Je klarer und

eindeutiger die Schüler in ihrem kommunikativen Handeln an den Hund sind, desto höher sind die Erfolge bei der Führung des Hundes.

Das Ziel des Kurses, unangemessenes Verhalten weitestgehend zu vermeiden, wird dem Hund gegenüber von Seiten der Schüler gern gezeigt. Dieses, als sozial-emotionalen Lernfortschritt, im Übertrag auf die Gruppe, auf die eigene Klasse, auf Schule im Ganzen und schlussendlich überhaupt zu zeigen, ist an dieser Stelle die Intension der Tiergestützten Intervention.

■ Kerstin Rohwer, „Rauchzeichen e. V.“

Wer ein Kind aufzieht, muss es auch laufen lassen

Sicher kennen Sie jene Klettergerüste aus dicken Tauen, die wie ein kuppelartiges überdimensionales Spinnennetz über den Boden gespannt sind. Der Boden besteht entweder aus einer dicken Sandschicht oder aus weichen Fallschuttmatten, um das Verletzungsrisiko gering zu halten.

Als ich am Spielplatz vorüber kam, lag ein vielleicht fünfjähriger Junge in zwei Metern Höhe oben auf den Seilen, während seine Mutter genau unter ihm stand. Sie zeigte ihm, wo er jetzt mit dem linken Fuß hintreten und dann mit der rechten Hand hingreifen sollte, um weiterzuklettern. Keinen einzigen Schritt und keinen einzigen Griff konnte der Kleine alleine tun. Sein Gesichtsausdruck war nicht sehr glücklich. Er sah aus, als sei er gelangweilt. Immer wieder guckte er in die Ferne und ich weiß nicht, ob er eigentlich gar nicht klettern wollte oder ihm nur diese Art des Kletterns nicht gefiel.

Was geschieht eigentlich, wenn ein Kind klettert? Es muss die Stellen aussuchen, auf die es tritt und die es anfasst. Es muss seine Körperkraft dosieren und sie mit bestimmten Bewegungen abstimmen. Es muss sein Gleichgewicht taxieren und immer wieder ausbalancieren. Es muss vorwärts schauen, um den nächsten Schritt zu planen; es muss zurückschauen, um sich zu vergewissern, wie weit es schon ist. Es muss aber auch dieses Kribbeln in sich spüren, die Aufregung, die es bedeutet, wenn man den sicheren Boden verlässt und in die Höhe steigt. Es muss prüfen, was größer ist: die Neugier und der Kick des Kletterns oder aber die Angst vor der Höhe und vor dem möglichen Herunterfallen. Wenn ein Kind das tut, ohne dass jemand seine Tritte und Griffe steuert, dann bedeutet das eigene Erfahrung – die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Denn wenn

ich Kraft einsetzte und dadurch vorankomme, erlebe ich, wie ich wirksam bin.

In der Situation, die ich beobachtet habe, konnte der Kleine aber gar nicht selbst wirksam sein. Seine Mutter sagte ihm ja, wo er hintreten und hingreifen sollte. Er selbst konnte keine eigene Entscheidung treffen. Auf diese Weise machen Kinder nicht nur keine Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, sondern sie entwickeln auch kein Selbstvertrauen. Nur wer alleine klettert, lernt, dass er seinen Griffen und seiner Kraft vertrauen kann. Selbstvertrauen ist eine Basiskompetenz unserer Persönlichkeit. Wer über kein Selbstvertrauen verfügt, tut sich in allem schwer, was das Leben an Herausforderungen bietet, ob es um das Lernen in der Schule geht oder um die Planung von künftigen Lebensperspektiven im späteren Alter.

Und noch etwas passiert, wenn die Mutter das Kind derart instruiert: Der Junge kann nicht lernen, wie er seine Kraft dosieren und seine Schritte planen muss. Motorisches Tun, ob Krabbeln, Laufen, Klettern oder Springen, ist immer eine Einheit von Sinneswahrnehmung und motorischer Steuerung. Die Wahrnehmung erfolgt mit allen Sinnen, die uns zur Verfügung stehen. Ich muss nicht nur sehen, wo ich hintrete oder hingreife, sondern auch spüren, ob ich im Gleichgewicht bin, ob ich zusätzliche Kraft investieren muss oder mit ihr nachlassen kann. Dieses Zwiegespräch zwischen Sinneswahrnehmung und Steuerung der Motorik kann sich nur entwickeln, wenn ein Kind selbstständig motorisch aktiv ist. In diesem Fall jedoch, wo die Mutter das Klettern „coacht“, findet es nicht statt. Sie lenkt die Wahrnehmung ihres Jungen, und er darf noch nicht mal gemäß dieser gelenkten Wahrnehmung eigene motorische Re-

aktionen folgen lassen, sondern soll die Kommandos seiner Mutter befolgen. Deswegen kann sich auf diese Weise überhaupt keine motorische Geschicklichkeit entwickeln.

Die doppelte Problematik, dass weder Selbstvertrauen noch motorische Geschicklichkeit wachsen können, beeinträchtigt das Kind in seiner psychomotorischen Entwicklung massiv. Haben Sie schon mal mit Blechspielzeug gespielt? Mit diesen kleinen Autos oder Hampelmännern oder Trommlern, die man mit einem metallenen Schlüssel aufzieht? Jeder, der solches Blechspielzeug kennt, weiß, dass man nicht nur aufziehen darf, sondern auch laufen

lassen muss. Denn wer nur aufzieht und die innere Feder unter Spannung setzt, ohne dass sie die Spannung abbauen kann, bewirkt, dass die Feder mit der Zeit in ihrer Spannkraft nachlässt. Dann ist der Zeitpunkt absehbar, bis dieses Blechspielzeug nicht mehr richtig funktioniert. Ähnlich ist es bei uns Menschen: Wer ein Kind aufzieht (im doppelten Sinn des Wortes), muss es auch laufen lassen. Nur Kinder, die selber stehen und selber laufen, können selbstständige Selbstläufer ihres eigenen Lebensweges werden.

■ Detlef Träbert

Petrus hatte ADHS

Andacht am 25.9.2011 im Caritas-Haus, Feldberg anlässlich der gemeinsamen Mitgliederversammlung der Landesverbände Hessen und Baden-Württemberg.

Petrus hatte ADHS. Das ist eine stramme Behauptung.

Ich habe sie von einer Freundin aufgeschnappt, als wir im Hauskreis beieinander waren. Ein Hauskreis ist ein regelmäßiges Treffen von Christen außerhalb eines Gottesdienstes. Man kann dort über Dinge des Glaubenslebens besser und persönlicher sprechen als in der Kirche. Wir lesen dort auch gemeinsam in der Bibel.

An einem Abend lasen wir die Geschichte, als Simon Petrus im Sturm Jesus auf dem Wasser entgegenkommen wollte (Mt. 14,22ff). Simon Petrus ist der bekannteste Jünger Jesu. Sein ursprünglicher Name war Simon. Später hat er den Beinamen Petrus bekommen, unter dem er heute bekannt ist.

Petrus heißt Fels oder Stein. Den Namen erhielt er von Jesus: **Du bist Simon; du sollst Petrus, der Fels heißen.** (vgl. Joh. 1,42) Fels deshalb, weil Simon später eine führende Rolle in der christlichen Gemeinde einnahm.

In dieser Geschichte geht es allerdings darum, dass er beinahe wie ein Stein im Wasser versunken wäre.

Ich erzähle sie kurz:

Jesus war als Wanderprediger unterwegs. Er und seine Jünger bereisten die Gegend im Norden Israels, in der der See Genezareth liegt. Sie hatten einen langen, anstrengenden Tag hinter sich. Denn es kamen täglich viele Leute zu ihnen, während sie durch die Lande zogen.

An diesem Abend sagte Jesus zu seinen Jüngern, sie mögen zum Strand des Sees Genezareth gehen, um mit einem ihrer Boote ans andere Ufer überzusetzen. Er käme nach, sobald er die Leute nach Hause geschickt hätte. Jesus wollte auch die Gelegenheit nutzen, um allein zu sein und zu beten. Der ständige Betrieb kostete ihn Kraft.

Die Jünger machten sich auf den Weg. Es waren kernige Fischer vom See Genezareth, die mit Booten gut umgehen konnten. Als sie sich aber mitten auf dem See befanden, erhob sich ein starker Wind. Trotz ihrer Berufserfahrung gerieten sie in arge Bedrängnis. Denn dieser Wind, ein regelrechter Sturm, forderte alle Kraft von ihnen.

Sie plagten sich die ganze Nacht. Mitten in der Nacht sahen sie plötzlich eine Gestalt auf sich zukommen. Und zwar auf den Wellen. Dieser Anblick war für sie ebenso unglaublich wie für uns heute. Sie dachten, ihr letztes Stündlein hätte geschlagen und sie sähen schon Gespenster. Aber es war Jesus. Er sprach zu ihnen, um sie zu beruhigen: „Fürchtet euch nicht, ich bin es.“

Ich schätze, wenn mir jemand während eines nächtlichen Seesturms auf dem Wasser entgegenkommt und sagt, ich solle keine Angst haben, wird es mir eher schwer fallen, mich zu beruhigen.

Die Jünger im Boot schlotterten vor Angst. Und zwar nicht nur aus Angst vor dem Sturm, sondern auch aus Angst, den Verstand zu verlieren. Bis auf einen, Simon Petrus. Er reagierte völlig anders als die anderen. Er ergriff die Gelegenheit und verlangt von Jesus: „Jesus, wenn du es wirklich bist, dann sage mir, dass ich auf dem Wasser zu dir kommen soll.“

Jesus antwortete ihm: „Komm!“ und Simon verließ das Boot. Simon Petrus ging tatsächlich einige Schritte auf Jesus zu, aber angesichts des heftigen Windes bekam er Angst und begann im Wasser zu versinken. Er schrie nach Jesus: „Herr, rette mich!“ und Jesus zog ihn empor. Er fragte Simon: „Du hast mir geglaubt, auf dem Wasser zu gehen, warum hast du nach ein paar Schritten gezweifelt?“ Als die beiden ins Boot zurückgekehrt waren, legte sich der Wind und alle Jünger riefen: „Jesus, du bist wirklich Gottes

Sohn!“ Soweit die Geschichte. Nachdem wir die Geschichte gelesen hatten, rief die Freundin aus dem Hauskreis: „Im Sturm aus dem Boot zu steigen und übers Wasser zu gehen, was für eine abgefahrene Idee! Typisch ADHS! Petrus hatte ADHS.“

Wir haben natürlich gelacht. Es ist eine witzige Idee, Simon, der vor 2000 Jahren lebte mit etwas so Modernem wie ADHS in Verbindung zu bringen. Aber die Bemerkung ist bei mir haften geblieben. Denn etwas ist dran an ihr.

Versetzen Sie sich ins Boot der Jünger:

Sie erleben eine völlig unglaubliche, ja irrwitzige Situation. Kein normaler Mensch käme auf den Gedanken, solch eine Situation auszunutzen. Aber Simon Petrus war offenbar nicht normal. Er zeigt hier die typischen Verhaltensweisen eines Menschen mit ADHS: Er reagiert mutwillig, impulsiv, redet, bevor er nachdenkt und macht einfach, was ihm durch den Kopf schießt. Typisch ADHS. Doch die aberwitzige Situation setzt sich weiter fort.

Jesus fordert Simon Petrus tatsächlich auf, das Boot zu verlassen und zu ihm zu kommen. Nach ein paar Schritten auf den Wellen muss Simon Petrus allerdings zur Besinnung gekommen sein. Was er tat, war völlig unglaublich. Und prompt versinkt er im Wasser. Es ist so, als hätte der Glaube an Jesus ihn in die Lage versetzt, über das Wasser zu gehen. Doch in dem Moment, da die Angst seinen Glauben wegspült, geht er unter. Er schrie um Hilfe und Jesus muss ihn aus den Wellen ziehen.

Das ist auch typisch für Leute mit ADHS: Sie setzen sich einer unmöglichen Situation aus, rutschen ab und andere müssen dann dafür sorgen, dass sie wieder auf die Beine kommen.

Leute mit ADHS verwechseln regelmäßig Mut mit *Mutwillen*. Es sind Leute, die mit Begeisterung aus einem Flugzeug springen, um plötzlich festzustellen, dass sie keinen Fallschirm dabei haben. Simon Petrus wird im Verlauf seines Lebens noch manche solcher Dinger drehen.

Ein berühmtes Beispiel ist sein Verrat an Jesus: Erst gelobte er vollmundig, immer zu Jesus zu stehen und ihn selbst in Todesgefahr nicht zu verlassen. Dann aber scheiterte er kläglich, verrät seinen Herrn drei Mal, nur Stunden später.

Ich habe Simon nie als einen unaufrichtigen Menschen gesehen; in dem Moment, da er etwas ausspricht oder unternimmt, ist er ganz dabei. Aber es hielt eben nur einen Augenblick. Simon erschien mir zu wechselhaft und ungestimmt. Wie eigenartig, dass Jesus ausgerechnet ihn zum Petrus, zum Felsen macht. Ich glaube, es gibt einen Grund dafür, ich glaube, Simon war für Jesus ein besonderer Stein, ein Rolling Stone.

Das hat folgenden Grund: Wenn sich jemand von uns auf eine Arbeitsstelle bewirbt, achtet er darauf, dass sich im Lebenslauf ein Lebens- und Berufsabschnitt an den anderen anfügt. Es muss ein roter Faden in der Biographie zu erkennen sein. Brüche, z. B. plötzliche Berufswechsel oder abgebrochene Studiengänge oder angebrochene Ausbildungen machen sich nicht gut. Brüche vermitteln den Eindruck, dass der Bewerber wechselhaft ist und Dinge nicht zu Ende bringt.



Teilnehmende der Andacht

Ein beruflicher Lebenslauf muss Festigkeit, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit vermitteln. Dies signalisiert einem Arbeitgeber, dass der Bewerber konsequent, zielstrebig und vertrauenswürdig bei der Sache sein wird. Ein Arbeitgeber muss sich auf seinen Angestellten verlassen können. Solch ein Typ war Simon nicht gerade: Er war nicht der Typ, der abwog und überlegt handelte, sondern überholte sich gerne selbst rechts, war entweder tollkühn oder voller Furcht.

Wenn Jesus Simon genauso bewertet hätte wie ein Arbeitgeber einen Bewerber, hätte er ihn zweifellos nicht zum Felsen, zum Petrus berufen.

Aber Jesus bewertete ihn nicht in dieser Weise. Er hatte etwas anderes im Blick: **Simon war ein Mensch, der sich in Bewegung setzen ließ.**

Alle anderen Jünger blieben im Boot, Simon stieg aus. Simon war kein fester, unnachgiebiger Granitfelsen. **Er war ein Rolling Stone** – ein rollender Stein, er ließ sich von etwas bewegen.

Jesus weiß die Rolling Stones unter den Menschen wertzuschätzen. Rolling Stones sind Menschen, die neugierig und beweglich genug sind. Dass sich der Glaube in ihnen verwurzeln kann. Und so ist die große Glaubenserfahrung dieser Sturmnacht nicht, dass Simon wider alle Natur übers Wasser lief.

Die große Glaubenserfahrung war diejenige, dass Simon Hilfe von Jesus bekam, als ihn aller Mut verließ. Nur Menschen, die sich in Bewegung setzen lassen, machen solche Erfahrungen. Sie erleben das Leben wirklich.

In dieser Hinsicht haben Menschen mit ADHS einen Vorteil. Sie teilen die Rolling-Stone-Eigenschaften von Petrus:

Sie haben eine natürliche Neigung, sich auf das Leben wirklich einzulassen.

Es heißt, unter den Neugierigen dieser Welt, Leuten, die ähnlich gestrickt sind wie Simon, gibt es viele Menschen mit ADHS. Und das ist gut. Es ist eine große Gabe. Doch wie schätzen wir uns selbst ein? Wir tendieren dazu, unser Leben im Blick auf unsere Mängel und Defizite anzusehen. So als befänden wir uns in einem ständigen Bewerbungsgespräch und rechneten damit, dass uns jemand aufgrund unserer Defizite ablehnt. Darüber verlieren wir aus dem Blick, dass diese Mängel in Verbindung mit besonderen Gaben stehen.

Simon war sprunghaft, impulsiv, mutwillig. **Und** er war neugierig und leidenschaftlich – ein Mensch, der sich in Bewegung setzen ließ. Ich bin überzeugt, Jesus hatte diese Fähigkeiten erkannt und ihnen solch großen Wert beigemessen, dass Simon für ihn ein Fels wurde.

Die Geschichte dieser Nacht ist eine Glaubensgeschichte. Und es ist eine Geschichte der Wertschätzung. Die Tiefe der Geschichte lässt sich zugegebenermaßen nur im Glauben ergreifen. Doch möchte ich Sie eines wissen lassen, gleichgültig ob oder in wie weit für Sie der christliche Glaube eine Rolle in Ihrem Leben spielt: Sie können von der besonderen Beziehung zwischen Jesus und Simon lernen. Achten Sie Ihre Fähigkeiten. Schätzen Sie sie wert. Jeder von uns hat Mängel und Defizite. Nur bei Menschen mit ADHS sind sie sehr offensichtlich. Deshalb neigen wir dazu, diesen Mängeln viel Platz in unserem Leben einzu-

räumen. Aber das ist nur ein Teil unseres Lebens. Der andere Teil sind Gaben, Möglichkeiten und Chancen.

Als Jesus den sinkenden Petrus aus den Wellen emporzog, zog er auch die Möglichkeiten und Fähigkeiten, die er an Petrus erkannte, mit empor. Es war für Simon Petrus zweifellos sehr schmerzlich, sich selbst derartig scheitern erleben zu müssen. Aber Jesus ließ ihn dort nicht. Indem er ihm half, hinderte er die Wellen des Selbstzweifels über ihm zusammenzubrechen. Weil er wusste, was er an Simon Petrus hatte und es wertschätzte.

Jesus hatte in Simon vor allen Dingen einen vielversprechenden Menschen vor Augen. Einen Menschen mit offensichtlichen Mängeln und einen Menschen mit großen Möglichkeiten.

„Die Stärke eines Menschen zeigt sich in der Blöße, die er sich selber gibt.“ (Elazar Ben Yoetz).

Simon zeigt viel Blöße und *gerade* deshalb konnte Jesus etwas mit ihm anfangen.

Simon war ein Mensch, den er von ganzem Herzen achtete und wertschätzte und den er deswegen nicht dem Sturm aus Angst und Wellen überließ.

Ich wünsche uns sehr, dass wir diese Wertschätzung finden und sie weitergeben können.

■ Uwe Metz

Eltern-Kind-Fachklinik Norderheide

Im Rahmen von Eltern-Kind Kuren in der Fachklinik Norderheide in Bordelum bietet das AD(H)S-Konzept der Fachklinik ein breites Spektrum an Hilfsangeboten und Fördermaßnahmen für betroffene Kinder und Jugendliche wie auch deren Eltern.

„Ich fühle mich so allein.“

Dieses Gefühl kennen Eltern von AD(H)S betroffenen Kindern sehr gut, aber vor allem die betroffenen Kinder selbst. Das Gefühl, nichts wert zu sein, sitzt bei den meisten Kindern und Jugendlichen sehr tief. Aufgrund der vielen, negativen Erfahrungen im Lebensumfeld und in der Familie ist die Eigenwahrnehmung stark verzerrt und die Eltern sind in den meisten Fällen im Familienalltag völlig überfordert. Vor allem der schulische Leistungsdruck lastet auf den Schultern der Kinder und somit auch auf den Schultern der



Eltern-Kind-Fachklinik Norderheide

Eltern. Die Spirale der Ratlosigkeit bis hin zur Verzweiflung ist vorprogrammiert.

Hier geht es nicht nur um die Stärkung des Selbstvertrauens der Kinder, sondern auch das der Eltern. Nicht selten sitzen sie in der „Falle“, denn den eigenen Kindern können

Eltern nur helfen, wenn sie selbst stark sind und auf sich selbst vertrauen können.

Die Eltern erhalten alle relevanten Informationen aus medizinischer Sicht, wie beispielsweise Kernsymptome von AD(H)S, Diagnostik, verschiedene Therapieansätze, medikamentöse Therapie u. a.

Im Elterstraining wird die Aufmerksamkeit auf die Stärken des Kindes gelenkt und mit dieser positiven Grundstimmung wird das Erscheinungsbild und der Teufelskreislauf eines AD(H)S-Kindes und der betroffenen Eltern aufgezeigt. In der Gruppe werden gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeitet.

Da die Fachklinik ganzjährig schulpflichtige Kinder und Jugendliche betreut, ist das Verhaltens- und Konzentrationstraining nach dem Marburger Konzept in den täglichen Unterricht von 08:00 bis 12:00 Uhr integriert. In erster Linie deshalb, weil gerade die AD(H)S-Kinder in den Heimatschulen oftmals große schulische Probleme haben und sie hier in diesem Rahmen in einer Klasse bis 10 Kindern positive Lern- und Kommunikationserfahrungen machen können. Ziel ist die Förderung der Selbstständigkeit, des Selbstbewusstseins, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Sensibilisierung der eigenen und fremden Gefühle durch Reflexion, Umgangsformen, Konzentration durch: Motivationserhöhung, angemessener Umgang mit Fehlern und Frustration.

Die Kunsttherapie ist ein Teil des Trainings, in der die Ich-Funktion und das Selbstwertgefühl durch das Erlebnis, mit eigenen Händen etwas geschaffen zu haben, gestärkt werden.

Neben dem Marburger Training werden folgende Therapien geboten wie Bogenschießen, Reittherapie, Musiktherapie, Ergotherapie.

Beim Bogenschießen erfahren die Kinder und Jugendlichen die vorherrschenden Gegensätze von Spannung und Entspannung sowie Festhalten und Loslassen, Entspannung von Körper und Geist durch Förderung der Konzentration, Ruhe und Körperbeherrschung.

In der Reittherapie ist das Pferd der Partner der Kinder und Jugendlichen und gleichzeitig Co-Therapeut. Im Körperkontakt mit dem Pferd können sie eine Art Grundver-

trauen entwickeln, sie lernen Regeln einzuhalten und Grenzen zu erkennen.

In der Musiktherapie bieten Klang, Rhythmus und Bewegung den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, sich auf einer anderen Ebene zu erfahren und kennen zu lernen, die innere Scheu vor Neuem zu überwinden, um dann mit allen Sinnen kreativ sein zu können. Die Konzentration, Koordination spielt dabei ebenso eine große Rolle wie auch die Wahrnehmung.

Die **psychomotorische Ergotherapie** dient der Förderung der Eigenwahrnehmung, des Selbstvertrauens in die eigenen Fähigkeiten, der Einschätzung von Gefahren, Förderung der Konzentration und der sozialen Kompetenzen, Aushalten von Wartezeiten.

Abgerundet wird dieses Konzept durch eine wundervolle Natur. Bordelum liegt mitten im Weltnaturerbe Wattenmeer und bietet neben viel Sehenswertem ein heilsames Klima und die Ruhe dieser einzigartigen Landschaftsumgebung.

All diese Maßnahmen sind wichtiger Bestandteil, um den Eltern und deren Kindern eine erholsame Zeit zu ermöglichen. Die Eltern erleben, dass sie nicht alleine sind mit ihren Problemen und Belastungen. Der Austausch mit anderen betroffenen Eltern im Elterstraining stärkt das Selbstbewusstsein, macht nachdenklich und gibt Hoffnung.

Die Kinder und Jugendlichen fahren in der Regel am Ende einer Maßnahme mit einer Ahnung davon nach Hause, dass sie zwar anders sind als andere Kinder, aber nicht schlechter oder wertloser. Sie haben vielleicht seit langem das erste Mal wieder die Erfahrung gemacht, dass sie so angenommen werden, wie sie sind.

Denn sie sind besondere Kinder, die unserer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.

■ Eltern-Kind-Fachklinik Norderheide
Norderweg 1, 25852 Bordelum
Internet: www.ak-familienhilfe.de

Liebe mich dann,
wenn ich es am wenigsten verdient habe,
denn dann brauche ich es am meisten.

Unbekannt

Kriterien zur Bewertung von Kliniken

Eltern-Kind-Fachklinik Norderheide

Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich

1. Um welchen Klinik-Typ handelt es sich:

Klinik für Erwachsene

- Psychiatrische Klinik bzw. -abteilung
- Psychosomatische Klinik bzw. -abteilung
- Fachklinik für Suchterkrankungen
- Kur-Klinik bzw. medizinische und psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung
- Fach- oder Kur-Klinik für Erwachsene, in welche Kinder mit aufgenommen werden

Klinik für Kinder bzw. Familien

- Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -abteilung
- Psychosomatische Klinik bzw. -abteilung
- Kinderklinik bzw. -abteilung
- Kur-Klinik für Kinder ohne Begleitung von Erwachsenen
- Kur-Klinik für Kinder in Begleitung von Erwachsenen bzw. Mutter/Eltern-Kind-Klinik

2. Welche therapeutische Verfahren kommen in der Klinik zur Anwendung bzw. werden angeleitet?

- | | | |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Verfahren | <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gesprächstherapeutische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychomotorische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entspannungsverfahren | <input type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ergo- und Kunsttherapeutische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsnahes Coaching | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Familientherapie | | |

3. Über welche spezifischen Kompetenzen in der Behandlung der ADHS verfügt die Klinik bzw. verfügen ihre Mitarbeiter?

- Multiprofessionelles Team aus
 - Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin,
 - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Facharzt für Pädiatrie, Psychologe,
 - Psychologischer Psychotherapeut, approbierter Psychotherapeut, Therapeuten in drei oder mehr der unter Punkt 2 genannten therapeutischen Disziplinen, Sozialdienst für Erwachsene mit Kenntnissen in Nachbetreuung, Gesetzeslage, Arbeitsmarkt, Sozialdienst für Kinder mit Kenntnissen in Nachbetreuung, SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), Schule und Berufsbildung
- Nachweis spezifischer Fortbildungen der Mitarbeiter im Bereich der ADHS
 - Ausbildung in Klinikabteilungen oder Facharztpraxen mit wissenschaftlichem Renommee in der Behandlung der ADHS, Fortbildungen zum Thema ADHS, Zusammenarbeit mit Kliniken und/oder Universitätsambulanzen mit Erfahrung im Bereich der ADHS, Mitgliedschaft der behandelnden Ärzte und Therapeuten in ADHS-spezifischen Fach- und Betroffenenverbänden, Beteiligung von Mitarbeitern der Klinik oder Abteilung an Forschungsprojekten zum Thema ADHS

- Vorliegen eines schriftlichen Konzeptes zur Behandlung der ADHS für
 - Patienten, Fachleute, Krankenkassen; seit welchem Jahr liegt das Konzept vor? **2010**
 - Wann wurde das Konzept zum letzten Mal aktualisiert? **2011**
- Vorliegen eines schriftlichen Behandlungsplans für die Dauer des Aufenthaltes mit Aussagen zu
 - Therapiebausteinen, Häufigkeit und Dauer der Therapiebausteine, Zusammenhang des therapeutischen Angebots mit der ADHS-Symptomatik (Angaben zum spezifischen Nutzen), Nachsorgeangeboten,
 - Hinweise auf Selbsthilfegruppen
- Kompetenzen in der Behandlung häufiger komorbider Erkrankungen
 - Depression, Angststörung, Zwangsstörung, Tic-Störung (Tourette), Störung aus dem autistischen Formenkreis, Ess-Störung, Psychosomatische Erkrankung, Persönlichkeitsstörung,
 - Störung des Sozialverhaltens, Lern- und Leistungsstörung

4. ADHS-spezifische Elemente in der Behandlung:

- Aufklärung über das Störungsbild (Ursache, Symptome, individuelle und soziale Folgen)
- Aufklärung über nachweislich zur Behandlung der ADHS geeignete therapeutische Verfahren
 - Medikation, Psychotherapeutische Verfahren, Familientherapeutische Verfahren,
 - andere therapeutische Verfahren, Coaching, Sport, Erziehungsberatung und Elternt raining
- Medikation mit
 - Stimulanzien, Antidepressiva, Neuroleptika, Beruhigungsmitteln, Schlafmittel,
 - Homöopathischen Mitteln und/oder Naturheilmitteln
- ADHS-spezifisches Coaching u.a. mit den folgenden Themen
 - Begabungen und Ressourcen, Selbstorganisation im Alltag, Ordnung im Haushalt und am Arbeitsplatz bzw. Schule, Freundschaft und Beziehung, finanzielle Belange einschließlich Schuldner-Beratung, Zeitmanagement, Förderung von Alltagsfertigkeiten,
 - Kenntnisse von Gesetzeslage und Leistungen von Krankenkassen, Arbeits- und Sozialamt

5. Einbezug von externen Personen und Institutionen in die Behandlung:

- Einbezug von Familienangehörigen, Partnern und/er nahestehenden Freunden in die stationäre Behandlung (durch Berichte)
- Einbezug von vor- und nachbehandelnden Ärzten und/oder Therapeuten in die stationäre Behandlung
- Einbezug von Institutionen/Einrichtungen in die stationäre Behandlung
 - Schule bzw. Arbeitgeber, Jugendamt, Sozialamt, Arbeitsamt, Private Anbieter von ADHS-spezifischem Coaching, Partnerschafts- und Familienberatung, Erziehungsberatung und Elternt raining (intern in Klinik)
- Einbezug von Vereinen (u.a. Sportvereinen) und/oder organisierten Freizeitangeboten
- Einbezug von ADHS-Selbsthilfegruppen

6. Angebote und Hinweise zur Nachbehandlung:

- Die Klinik bzw. die Abteilung bietet eine ambulante Nachsorge für Patienten an
 - Ambulante ärztliche Betreuung durch Klinikärzte, Ambulante (psycho-)therapeutische Behandlung durch Kliniktherapeuten, Verschreibung von Medikation nach Entlassung aus der stationären Behandlung,
 - Notfallkontakt zu durch die stationäre Behandlung vertrauten Klinikmitarbeitern, Unterstützung durch den Klinik-Sozialdienst nach dem Ende der stationären Behandlung
- Die Klinik bzw. Abteilung verfügt über ein Behandlungskonzept, das eine erneute stationäre Aufnahme zur Fortsetzung der Therapie nach Ablauf einer bestimmten Zeit vorsieht
- Die Klinik stellt die im Verlauf der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse, nachbehandelnden Fachleuten und/oder dem Patienten zur Verfügung in Form von Arztbrief, Testbefunden, mündlicher Beratung, telefonischer Verfügbarkeit für Nachfragen
- Einladung zu Nachtreffen von Patienten einer Therapie-Gruppe
- Einladung zu Fortbildungsveranstaltungen : Vorträge, Gesundheitsgespräche, Workshops
- Einladung zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. zur Erforschung der Wirksamkeit von Therapieverfahren bei ADHS)
- Verweis an lokale Selbsthilfegruppen

Ankündigung für alle Mitglieder über die Fälligkeit des Mitgliedsbeitrages 2012

RECHNUNG – MITGLIEDSBEITRAG 2012

Sehr geehrtes Mitglied,

hiermit kündigen wir die Fälligkeit des Mitgliedsbeitrag für das Kalenderjahr 2012 an und bitten Sie gem. § 6 unserer Satzung um **Überweisung bis spätestens 31.03.2012** auf das Konto bei der Volksbank Hannover, **BLZ: 251 900 01, Konto-Nr.: 0 221 438 500**.

Bitte vermerken Sie als Verwendungszweck **Mitgliedsbeitrag 2012** und Ihre **Mitgliedsnummer** auf dem Überweisungsträger.

Sollten Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen, werden wir Ihren Beitrag spätestens bis 30.04.2012 einziehen. **Bitte denken Sie daran, uns Änderungen zum Konto oder BLZ mitzuteilen.**

Der Jahres-Mitgliedsbeitrag beträgt: 40,00 EUR für Einzelpersonen 80,00 EUR für Körperschaften

Wir sind wegen Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege nach dem letzten uns zugegangenen Freistellungsbescheides des Finanzamtes für Körperschaften I Berlin, Steuernummer 27/659/51241 vom **06.09.2011** nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftssteuer und Gewerbesteuer befreit.

Die Körperschaft fördert folgende gemeinnützige Zwecke im Sinne von § 52 Abs.2 Satz 1 AO **öffentliche Gesundheitspflege (Nr.3)**. Die Körperschaft ist berechtigt, für Spenden und Mitgliedsbeiträge Zuwendungsbestätigungen nach amtlich vorgeschriebenem Vordruck (§ 50 Abs.1 EStDV) auszustellen.

Bitte beachten Sie unseren Hinweis zum vereinfachten Spendenabzug bis 200 €.

Mit freundlichen Grüßen

Karin-Gisela Seegers
(Schatzmeisterin)

Spendenabzug im Verein

Vereinfachter Abzug bis 200 € (HaufeIndex: 1825952)

Eine Zuwendung ist grundsätzlich steuerlich nur abzugsfähig, wenn eine vom Zuwendungsempfänger ausgestellte Zuwendungsbestätigung nach amtlichem Muster vorliegt. Bei Zuwendungen bis 200 Euro genügt ab 2007 aus Vereinfachungsgründen als Nachweis der Bareinzahlungsbeleg oder die Buchungsbestätigung eines Kreditinstituts (§ 50 EstDV), wenn

- der Empfänger ein gemeinnütziger Verein ist,
- der steuerbegünstigte Zweck, für den die Zuwendung verwendet wird, ersichtlich ist
- die Angaben über die Freistellung des Empfängers von der Körperschaftsteuer auf dem von ihm hergestellten Beleg aufgedruckt sind und
- auf dem Beleg angegeben ist, ob es sich bei der Zuwendung um eine Spende oder um einen Mitgliedsbeitrag handelt.

Aus der Buchungsbestätigung müssen

- Name und Kontonummer des Auftraggebers,
- Name und Kontonummer des Empfängers,
- der Betrag sowie
- der Buchungstag

ersichtlich sein.

Der Zuwendende (Spender) hat beim Finanzamt den vom Zuwendungsempfänger (Verein) hergestellten Überweisungsbeleg vorzulegen. Teilweise verlangen die Finanzämter aber zusätzlich eine Bestätigung des Kreditinstituts für das Doppel des Überweisungs-trägers. **Problemloser kann für diese Fälle der Zahlungsnachweis auch dadurch geführt werden, dass man eine Kopie des Kontoauszugs mit dem Überweisungsvermerk für die Geltendmachung zum Sonderausgabenabzug bei der Steuererklärung vorlegt. Beim Online-Banking wird meist der eigene ausgedruckte Kontoauszug akzeptiert.**

Einen Rechtsanspruch auf uneingeschränkte Anerkennung von sog. Kleinspenden ohne Vorlage einer Zuwendungsbestätigung nach amtlichem Muster besteht jedoch nicht.

Im Fall des Lastschriftverfahrens muss die Buchungsbestätigung Angaben über den steuerbegünstigten Zweck, für den die Zuwendung verwendet wird, und über die Steuerbegünstigung des Vereins enthalten.

Zum Nachweis für das Finanzamt sollte ebenfalls eine Kopie des Kontoauszugs mit eingereicht werden.

Liebe Mitglieder,
 verschiedentlich kam die Idee auf, einheitliche Verbands-T-Shirts anzufertigen. Dankenswerterweise hat sich Ronald Schmidt, Regionalgruppe Bremen bereiterklärt, sich darum zu kümmern. Beispielfotos sehen Sie unten.
 Er würde sich über weitere Textvorschläge freuen. Bitte senden Sie diese an:
 schmidt-lemwerder@arcor.de (Betreff: T-Shirt).
 Wir werden in der nächsten „neue AKZENTE“ den besten Spruch bekanntgeben.



„Im Chaos der Gefühle – ADHS und mehr...“ mit großer Resonanz

ADHS-Selbsthilfe Osnabrück lud zu Tagung in Fachklinik ein

Mit 190 Teilnehmern verzeichneten die Anmelde Listen einen großen Besucherstrom zum Osnabrücker Symposium, das die Landesgruppe Niedersachsen/Bremen veranstaltet hat. Hartmut Gartzke, nun seit kurzem Vorsitzender des Bundesverbandes ADHS Deutschland e. V., unterstützte meist im Hintergrund als damaliger Landesgruppenleiter mit seiner Frau Antje professionell die Planungen der drei intensiv kooperierenden Regionalgruppenleiterinnen: Gerhild Drüe (www.adhs-os-nord.de), Barbara Niehenke (www.adhs-os-sued.de) und Brigitte Sparenberg (ADHS Erwachsene Osnabrück).

Schnell herrschte Einigkeit im Planungsteam über die Vortragsthemen und die zu gewinnenden Referenten: ADHS, die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, sollte in der Osnabrücker Region erstmals als zen-

trales Thema in Beziehung gesetzt werden zu weiteren psychiatrischen Störungsbildern, die das Leben Betroffener bis zur Unerträglichkeit belasten können: Sucht und die Borderline-Störung. Als Ziel setzten sich die Gruppenleiterinnen, neben den zu erwartenden Regionalgruppenleitungen des westlichen Nordens, insbesondere die Fachleute der Region zu erreichen. Und so fragten sie in der psychiatrischen Klinik Osnabrücks, dem AMEOS-Klinikum, (ehemaliges Niedersächsisches Landeskrankenhaus) nach der Möglichkeit kostengünstiger Raumnutzung.

Tagungsort: Osnabrücker Fachklinik

Als geradezu Beispiel gebend bewerteten die Gruppenleiterinnen heute die Kooperation von Selbsthilfeverband und psychiatrischer Fachklinik für dieses Projekt, das im Er-

gebnis ein Symposium mit hohem fachlichen Anspruch für Fachkräfte, Betroffene und Interessierte wurde. Was nach ihrer Ansicht dem Symposium zu dem unerwartet großen Anklang in der regionalen Fachwelt verholfen hatte, war neben den prominenten Referenten und bedeutsamen Programmthemen wohl auch der „Treffpunkt“ des Ameos-Klinikums Osnabrück, der dem Planungsteam kostenlos zur Verfügung gestellt wurde: ein dem Ernst der Thematik angemessenes, würdiges Ambiente aus dem 19. Jahrhundert. Die Ehrenamtlichen und ihre zahlreichen Helferinnen und Helfer aus der regionalen ADHS-Selbsthilfe konnten ihren Gästen dank großzügiger Unterstützung durch die wirtschaftlichen Mitarbeiter der Klinik einen perfekten Rahmen bieten.

Mehrere Krankenkassen sicherten die finanzielle Seite des Vorhabens. Landrat Manfred Hugo und der Osnabrücker Oberbürgermeister Boris Pistorius übernahmen gemeinsam die Schirmherrschaft zu dieser Tagung, zu der Burkhard Jasper als Osnabrücker Bürgermeister stellvertretend deren Grußwort überbrachte. Man bedauerte zwar die Verhinderung der Schirmherren, aber wegen der aktuellen Nachwirkungen der Kommunalwahlen brachten die Planerinnen dafür Verständnis auf.

Das Symposium: Ein inhaltsschwerer Nachmittag

Unter Moderation von Hartmut Gartzke begann nach den Worten zur Begrüßung der ärztliche Direktor des Ameos-Klinikums, **PD Dr. Harald Scherk**, seinen Vortrag: **„ADHS – facettenreich und oft lebenslang“**. Diese fachliche Einführung zu Verursachung, Symptomatik und Therapie von ADHS schuf die Basis zum Verstehen der nachfolgenden Vorträge. Scherk verstand es zu vermitteln, wie sehr die Erkrankung im Verlauf das gesamte Leben von Patienten zu beeinträchtigen vermag. Da im Erwachsenenalter die sozialen Probleme oft sämtliche Bereiche wie Partnerschaft und Familienleben, Freundschaften und das Berufsleben betreffen, zudem Begleiterkrankungen eher zunehmen würden, führe dies vielfach zu einer geringeren Lebenszufriedenheit. Die Einbindung in die Gesellschaft und das Erreichen von Lebenszielen werde deutlich erschwert.

Mit **„ADHS-betroffen oder Borderline – Unterschiede und Gemeinsamkeiten?“** berichtete **PD Dr. Alexandra Philippen** von der Uniklinik Freiburg als Spezialistin für die beiden oft verkannten Probleme von eigenen und fremden Forschungsergebnissen, wobei sich Laienzuhörer vermutlich bisweilen schwer taten, allem Gesagten seinen fachlichen Gehalt zu entnehmen. Dass bei Borderline-Persönlichkeits-Störung (BPS) Probleme auf der emotionalen und der zwischenmenschlichen Ebene und in der Identität der Betroffenen im Vordergrund stehen, wird sich die nichtbefasste Zuhörerschaft vorstellen können. Das von der Referentin beschriebene Leitsymptom der Störung, die „einschießende, starke Anspannung, die als äußerst aversiv

erlebt wird und keiner klaren, handlungsweisenden Emotion zuzuordnen ist“, dies mag für Außenstehende nicht leicht nachzuvollziehen sein.



Teilnehmende im „Treffpunkt“ des AMEOS-Klinikum

Um die Schwierigkeit der Abgrenzung der beiden Störungsbilder zu verdeutlichen, nannte Philippen eine Reihe gemeinsamer diagnostischer Kriterien von ADHS und Persönlichkeitsstörungen wie der BPS.

Untermauert mit Statistiken aus der Forschungsarbeit, leider mit englischen Fachbegriffen beschriftet, zeigt sich als Fazit für die interessierte Zuhörerschaft, dass viele Gemeinsamkeiten, insbesondere die häufigen Überschneidungen in der Symptomatik beider Krankheitsbilder noch viel klärende Forschung notwendig machen. Die Aussage: „Je schwerer die ADHS im Kindesalter, desto höher das Risiko für Persönlichkeitsstörungen“ verdeutlichte, dass Patienten, die von beiden Störungen betroffen sind, schwer kranke Patienten sind, was alleine an der vermehrten Suizidalität abzulesen ist.

Im Dreierpack: ADHS – Borderline – Abhängigkeitserkrankungen

Wie es das Planungsteam wünschte, referierte **Prof. Dr. Martin Ohlmeier** vom Klinikum Kassel in dem Gebiet seiner langjährigen Erfahrung: **„Die Sucht nach der Sucht – ADHS und Abhängigkeitserkrankungen“**: Ein früherer Beginn und stärkere Ausprägung des Substanzmissbrauchs sei bei ADHS-Betroffenen festzustellen. Demnach sei ADHS ein starker Risikofaktor für Substanzmissbrauch, insbesondere Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Heroin. Eine besondere Risikofreudigkeit wegen ADHS führe zu Substanzmissbrauch, aber vielfach sei Sucht auch Ergebnis verfehlter Selbsttherapieversuche, weil die Krankheit nicht erkannt und therapiert worden sei. Große Bedeutung für Fachleute wie für Patienten haben laut Ohlmeier die erfreulichen Ergebnisse wissenschaftlicher Studien, wonach die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien das Risiko eines Substanzmissbrauchs bei Jugendlichen reduziere. Zur Therapie der Patienten mit der Kombination von ADHS und Sucht gelte es, zuerst die Suchterkrankung und evtl. vorhandene komorbide Störungen wie z. B. Depression psychotherapeutisch zu behandeln, um dann im weiteren Verlauf medikamentös auf die ADHS einzuwirken.

Zentrale und bei allen Referenten übereinstimmende Aussagen zur Verursachung von ADHS waren, wie von der Wissenschaft immer wieder bestätigt, die hauptsächlich genetischen Gründe. Die Therapie solle in der Regel nicht auf Medikamente beschränkt werden, jedoch bereiten Medikamente erfahrungsgemäß im Patienten oft erst den Boden für den Erfolg psychotherapeutischer und pädagogischer Angebote.



von links nach rechts: Brigitte Sparenberg, Gerhild Drüe, Dr. Harald Scherk, Barbara Niehenke, Harmut Gatzke

Alle drei Referenten stellten dankenswerter Weise ihre Vortragsfolien dem internen Mitgliedernetz von ADHS Deutschland e. V. zum Downloaden zur Verfügung.

Drumherum und parallel: Fortbildung, Wahl und Jugendveranstaltung

Eingerahmt wurde das Osnabrücker ADHS-Symposium mit Sitzungen zur internen Schulung für die niedersächsischen und die Bremer Regionalgruppenleiter des Selbsthilfeverbandes. Die turnusgemäß angesetzte Wahl der Landesgruppenleitung für Niedersachsen/Bremen ergab ein einstimmiges Votum für Margit Tütje-Schlucker, die Leiterin der Regionalgruppe Sassenburg, als Nachfolgerin für Hartmut Gatzke, der wegen seiner verstärkten Vorstandstätigkeit auf Bundesebene nicht wieder kandidierte.

Für diese verbandsinternen Aktivitäten konnten die Räume des Bildungszentrums im Ameos-Klinikum unentgeltlich genutzt werden, während für engagierte Jugendliche ein gesondertes Programm durchgeführt wurde: Schulungen für die in der Selbsthilfe einzigartigen Emailberatungen des Jugendberaterteams (jugendberatung@adhs-deutschland.de) sowie ein Freizeitprogramm in einer Skaterhalle.

Von vielen Beteiligten gab es großes Lob für diese wohlgeplante Veranstaltung in Osnabrück. Sie ließ die Mitglieder aus ganz Niedersachsen sowie aus Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein zufrieden nach Hause fahren.

■ Gerhild Drüe

Jugendtreffen in Osnabrück

Im Rahmen des ADHS- Landesgruppentreffen Niedersachsen/Bremen

„Wie, nur vier Jugendliche?“, war mein erster Gedanke, als Julian, Jule, Fabian und ich abends nach dem gemeinsamen Essen in die Jugendherberge fuhren. Allerdings stellte sich dieser Gedanke als falsch heraus. Am Samstag, nach dem Frühstück kamen noch Alexander, Maximilian und Johannes zu uns und gemeinsam machten wir uns auf den Weg in unseren „Vortrags- und Medienraum“. Der Vormittag verlief ruhig und entspannt. Wir stellten uns vor und sprachen über alles Mögliche. Da dieses Treffen für mich das erste Mal war, wurde mir spätestens jetzt bewusst, dass ich hier auf eine lustige, interessante und unternehmungsfreudige Gruppe getroffen war. Zum Mittagessen, trafen Dominic und unser Referent Frank Klaukien zu uns, der mit uns am Nachmittag über das Thema Konflikte und Mobbing sprach. Ein, wie wir alle fanden, sehr interessantes und wichtiges Thema. Parallel zu unserer Veranstaltung lief in der Ameos Klinik in Osnabrück die Veranstaltung der Erwachsenen. Einige von uns hatten sich entschieden, den Vortrag von Frau Dr. Alexandra Philipsen zum Thema Borderline und ADHS anzuhören. Anschließend fuhren wir wieder in die Jugendherberge, hierzu sollte man sagen, dass die Straßenführung in Osnabrück trotz Navigationsgerät und Google Maps

etwas verwirrend war. Hier hatten wir noch etwas Zeit um uns zu unterhalten und Stadt, Land, Fluss zu spielen, bis wir in den Sportclub zum gemeinsamen Abendessen fuhren. Hier stieß dann auch Frederik zu uns und wir waren vollständig. Während des Essens besprachen wir den Rest des Abends und entschlossen uns ganz spontan, ins Kino zu fahren. Der Film regte uns zur Diskussion an, in der wir unser neu erworbenes Fachwissen anwenden konnten. Schließlich setzten wir uns alle noch in den Aufenthaltsraum und erzählten.



Jugendgruppe beim „Skaten“

Nach dem Frühstück verließen wir die Jugendherberge endgültig und machten uns auf den Weg in die Skatehalle. Für viele von uns war es eine neue Erfahrung, auf dem Skateboard zu stehen, damit zu fahren sowieso. Während der Skateboardstunden hatten wir alle viel zu lachen. Insgesamt war es ein super Vormittag, wenn man von ein paar unfreiwilligen, aber auch nur leichten Stürzen und einer zerrissenen Hose absieht. Um den letzten Tag der Veranstaltung in Würde ausklingen zu lassen, fuhren wir zum

Mittagessen zu McDonalds und ließen das Wochenende Revue passieren.

Alles in allem denke ich, dass dieses Wochenende in Osnabrück sehr aufschlussreich, interessant und lustig war und, dass es sich immer wieder lohnt solche Veranstaltungen zu besuchen und deshalb freue ich mich auf das nächste Treffen.

■ Nele

PAPST MEETS ADHS

Gemeinsame Mitgliederversammlung der Landesverbände Baden-Württemberg und Hessen in Feldberg (September 2011)

In mehrerer Hinsicht besonders war das Treffen der Landesverbände Baden-Württemberg und Hessen. Zunächst, weil es als gemeinsames Treffen gestaltet wurde. Uwe Metz, kommissarischer Leiter des Verbandes Hessen und Bärbel Sonnenmoser, Vorsitzende des baden-württembergischen Verbandes, organisierten es zusammen.

In zweiter Hinsicht besonders war dieses Treffen, weil es in einer sehr anziehenden Umgebung stattfand. Auf dem Feldberg im Schwarzwald. Den häuslichen Rahmen bot das Caritas-Haus, Feldberg, einer Klinik, die sich u. a. auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS spezialisiert hat.

Als dritte Besonderheit schließlich mussten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einige logistische Vorüberlegungen anstellen, um nach Feldberg gelangen zu können. Denn just am letzten Septemberwochenende gefiel es Papst Benedikt XVI. in Freiburg den Abschluss seiner Deutschlandreise zu begehen. Bei der Planung hatten Bärbel Sonnenmoser und Uwe Metz versäumt, Kontakt mit dem Vatikan aufzunehmen. Doch die Mitglieder, die nach Feldberg kamen, bezogen den Pilgerfaktor mit ein und umfuhren das klerikale Event weiträumig.

Neben einem sehr angenehmen Rahmen, einer malerischen Umgebung und einem Hauch Indian Summer im Hochschwarzwald hatten die Mitglieder Gelegenheit, an interessanten Vorträgen und Workshops teilzunehmen. Frau Chiharu Sadohara von der Universitätsklinik Freiburg warb für ihre Studie über den Einfluss von Selbsthilfegruppen bei erwachsenen Betroffenen. Frau Amrei Pohl, ehemalige leitende Psychologin des Caritas-Hauses sprach über die Beziehung ADHS und Sport. Zu Lernschwierigkeiten und -hilfen, Organisation von Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen und weiteren wichtigen und interessan-

ten Themen gab es von den Referentinnen und Referenten wissenswerte Anregungen. Einiges von dem, was die Teilnehmer erfuhren, soll in der Bundes-Mitgliederversammlung 2012 in Böblingen aufgegriffen und weitergeführt werden.



von li nach re: Udo Wankelmuth, Bärbel Sonnenmoser, Uwe Metz

Neben den Vortrags- und Workshop-Angeboten steht der Austausch im Mittelpunkt. Fragen, die immer wieder zur Sprache kamen, waren die Versorgungslage in den einzelnen Regionen, die Möglichkeiten und Angebot für erwachsene Betroffene, die Irrungen und Wirrungen im Blick auf Medikation und Behandlung. Betroffene bzw. Angehörige finden sich häufig im Irrgarten der Vorurteile und Ideologien vor. Von Freud bis Hüther, von Medikinet bis Magnesium wird alles geboten. Hier leisten die Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen von ADHS-Deutschland den unverzichtbaren Dienst der Klärung. Diese Tätigkeit ist nicht hoch genug wertzuschätzen. Oft genug tritt zur Hilflosigkeit durch das ADHS auch die Not, keine oder keine angemessene therapeutische Hilfe finden zu können.

Deswegen ist den Mitgliedern für ihr Interesse und den Referierenden für ihre Informationen und Ausführungen sehr zu danken.

■ Uwe Metz

15. ADHS-Kongress in Sindelfingen

Am 15. Oktober 2011 fand im Stiftsgymnasium in Sindelfingen der 15. ADHS-Kongress statt. Der Kongress wurde wie in den Jahren zuvor in Zusammenarbeit mit den Volkshochschulen der Umgebung gemeinsam mit den Selbsthilfverbänden ADHS-Deutschland e. V. und Ads e.V. organisiert. Der Termin des 15. ADHS-Kongresses wurde erst etwa einen Monat vorher bekannt gegeben und so war die Teilnehmerzahl in diesem Jahr auch geringer. Auch in diesem Jahr war die Anzahl der Infotische überschaubar, mehr als die fünf aufgestellten hätten auch keinen Platz am diesjährigen Veranstaltungsort gehabt.

Pünktlich um neun Uhr wurden die etwa 100 Anwesenden von Dr. Christian Fiebig, Direktor der VHS Böblingen-Sindelfingen begrüßt. Besonders bedankte sich Dr. Fiebig beim Staatssekretär Dr. Frank Mentrup MdL für sein Erscheinen. Es ist das erste Mal, dass ein Politiker den Kongress besucht. Nach einer kurzen Einführung, was die VHS für Aufgaben hat und welche Arbeiten sie erledigt, übergab Dr. Fiebig das Wort an Staatssekretär Dr. Frank Mentrup.

Dr. Mentrup bedankte sich für die Einladung und führte in seiner Ansprache aus, dass ihn die Krankheit ADHS schon früh in seiner beruflichen Laufbahn, z. B. im Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim, begleitet hat. ADHS im Erwachsenenalter ist immer mehr ein Thema in der Öffentlichkeit. Wir sind angeleitet, ADHS-Kinder und Jugendliche positiv zu unterstützen und zu fördern, sie stark und selbstsicher zu machen für ihr weiteres Leben. ADHS ist ein eigenes Störungsbild und muss gründlich diagnostiziert werden. Trotz aller Fortschritte im Bereich ADHS ist Deutschland immer noch im Vergleich zu anderen Ländern ein untertherapiertes Land. Weiter führte Dr. Mentrup aus, dass viele Menschen, die eine Sucht entwickelt haben (Alkohol-, Drogen-, Spielsucht), oft eine unerkannte ADHS haben. Das stellt ein großes Problem in der heutigen Zeit dar. Die Landesregierung Baden-Württemberg will erreichen, dass in Schulen, Tagesstätten, Kindergärten, kurzum in allen Einrichtungen, in denen Kinder betreut werden, alle Kinder so angenommen werden wie sie sind. Mit all ihren Problemen, Krankheiten und Besonderheiten. Integration ist das Wort, das man hier nennen muss und Veränderung fängt im Kopf an. Bevor er zum Schluss seiner Rede kam, dankte er der VHS und den Sponsoren, dass sie diesen Kongress organisiert und unterstützt haben. Gerne kommt er im nächsten Jahr wieder und wird dann mehr Zeit mitbringen und sich auch unter das Publikum mischen. Speziellen Dank sprach er zum Schluss allen Selbsthilfgruppen aus, für die Arbeit und den Einsatz für Betroffene mit ADHS. Ohne die Selbsthilfgruppen wären so manche neue Errungenschaften nicht möglich gewesen.

Den ersten Vortrag an diesem Tag hielt Prof. Dr. med. Ludger Tebartz van Elst von der Universitätsklinik Freiburg zum Thema ADHS des Erwachsenenalters – medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung – die neue Zulassung von ADHS-Medikamenten für Erwachsene.

Im ersten Teil seines Vortrages beschäftigte er sich mit dem Krankheitsbild der ADHS. Er zeigte die Symptome auf, erklärte die Diagnostik und erklärte einzelne Tests, die man speziell im Erwachsenenalter anwendet, um ADHS zu diagnostizieren. Durch anschauliche Folien erklärte er die Vorgänge im Gehirn. Anhand eines kleinen Films „Das HB Männchen in der Badewanne“ kam er zu dem zweiten Teil seines Vortrages, die Besonderheiten der ADHS im Erwachsenenalter und die spezielle Therapie. Eindrucksvoll schilderte er anhand zweier Fallbeispiele aus seiner Praxis den Verlauf der Diagnostik bis hin zur Therapie. Im dritten Teil führte er aus, welche Art von Medikamenten bei ADHS wirksam sind, was für Voraussetzungen erfüllt werden müssen, um Medikamente verschreiben zu dürfen und welche Therapien für erwachsene Betroffene sinnvoll und hilfreich sind.

In der darauffolgenden 30-minütigen Pause bestand die Möglichkeit, sich mit Getränken zu versorgen, eine Kleinigkeit zu Essen.

Der zweite Vortrag von Prof. Dr. med. Michael Rösler vom Institut für Forensischer Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes in Homburg beschäftigte sich mit den „Neuen Aspekten der Diagnostik der ADHS bei Erwachsenen“. Zu Beginn zeigte er anhand von wissenschaftlichen Ergebnissen die Prävalenz in den verschiedenen Lebensaltern auf.

2013 soll eine Diagnose nach DSM-V erfolgen und das DSM-IV ablösen. Die DSM-V enthält neue Diagnosekriterien und teilt sich einmal auf in DSM-V Kinder und Jugendliche bis 12 Jahre und nochmal in DSM-V ältere Jugendliche und Erwachsene. Neu wird z. B. sein, dass es nun sechs Merkmale für Hyperaktivität und sieben Merkmale für Impulsivität gibt. Angepasst wird auch die 6 von 9 Regel. In Zukunft wird bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen 4 von 9 Regel gelten.

Weiter führte er aus, wie sich die ADHS im Alter verändert. Die Probleme verändern sich, die Symptomatik aber bleibt doch bestehen. Die ADHS muss beim Erwachsenen von manischen und Borderline-Störungen abgegrenzt werden. ADHS ist eine häufige Störung – auch im Alter und leider gibt es keinen einfachen ADHS Test.

PD Dr. Dipl. Psych. Ute Strehl von der Universität Tübingen behandelte in ihrem Vortrag das Thema „Neurofeedback als Form der Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS?“

Worum handelt es sich bei Neurofeedback? Neurofeedback ist eine Spezialrichtung des Biofeedbacks. Beim Neurofeedback werden Gehirnstromkurven (EEG-Wellen) aufgezeichnet und nach ihren Frequenzanteilen zerlegt.

Frau Dr. Strehl führte in der Universität Tübingen eine Studie durch, in denen Kinder mit ADHS 10 Sitzungen in zwei Wochen, und das dreimal in Abständen von 4-6 Wochen, absolvieren mussten. In den Sitzungen lernen die Kinder die Hirnaktivität gezielt zu aktivieren und zu hemmen, auch unter Transferbedingungen. In den 4-6-wöchigen Pausen erhielten die Kinder Transferübungen (Detektivbögen, Hausaufgabenbetreuung, Umsetzung des Gelernten in den Alltag). Vorher-nachher-Vergleiche belegen die Angleichung der Hirnaktivität an die „Norm“, Aktivierung in Arealen, die für die Aufmerksamkeit und Reaktionshemmung zuständig sind.

Sechs Monate nach Beendigung der Therapie sind z.B. die Verhaltensveränderungen erhalten geblieben sowie die Aufmerksamkeit hat sich weiter verbessert. Beim EEG hat sich die Verbesserung erhalten. Zwei Jahre nach Ende der Therapie hat das EEG die Verbesserung immer noch erhalten, sowie die Verhaltensveränderung und die Aufmerksamkeit blieben erhalten oder haben sich nochmals verbessert. Ein Vergleich hat ergeben, dass Neurofeedback im Vergleich zur Stimulantien-Therapie den gleichen Effekt hat und eine deutliche Überlegenheit z. B. zum Aufmerksamkeitstraining, Entspannung oder Gruppentherapie.

Für mich war das erstaunlichste an diesem Vortrag die Effekte im Schriftbild eines ADHS-Kindes, das eine Neurofeedback-Therapie absolviert hatte. Dr. Strehl zeigte uns drei Schriftproben eines Kindes, das einmal eine krakelige kaum lesbare Schrift am Anfang zeigt, bis hin zum schönen, fein säuberlichen Schriftbild nach sechs Monaten und einem nochmal verbesserten oder zu mindestens gleich gebliebenen Schriftbild nach zwei Jahren.

Nach einer 20 minütigen Pause erwartete uns der letzte Vortrag an diesem Tag.

Dr. med. Gottfried Maria Barth M.A. aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Tübingen referierte zum Thema „ADHS und Spielsucht im Internet und am Computer“. In diesem Vortrag gab es viel zu sehen. Insgesamt hatte er 81 Folien dabei und wir konnten sehen, dass ein an ADHS leidender Jugendlicher eine Spielsucht im Internet oder am Computer schneller entwickeln kann. Auslöser ist die Anziehungskraft von Computerspielen bei ADHS durch *kurze Segmente mit wenig Daueraufmerksamkeit *sofortige Belohnung *Anreiz zur Belohnungserhöhung. Computerspielen kann als eine Art Selbstmedikation bei ADHS angesehen werden, die Wirkung könnte über eine Dopamin-Freisetzung und eine Stimulierung des visuellen Arbeitsgedächtnisses zustande kommen. Wie äußert sich diese Sucht? Es besteht ein unwiderstehliches Verlangen am Computer zu spielen, verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Beginn, Beendigung und Dauer des Spielens, Entzugerscheinungen (Nervosität, Unruhe, Schlafstörungen) bei veränderter Computernutzung, fortschreitende Vernachlässigung anderer Tätigkeiten oder Interessen usw. Mindestens drei dieser Kriterien müssen erfüllt sein, so kann man von einer Sucht sprechen. Im weiteren Verlauf des Vortrages zeigte er uns an Beispielen auf, wie eine Diagnostik und die daraus resultierende Therapie bei Spielsucht abläuft.

Mein Fazit zu diesem 15. ADHS-Kongress. Trotz der hohen Qualität der Vorträge bin ich ein wenig enttäuscht von dem Drumherum. Leider konnte dieser Kongress an den Erfolg vom 13. Kongress nicht anknüpfen, obwohl ich mir das erhofft habe.

■ Sabine Kolb, Elterngruppe Bruchsal/Hambrücken

Nachlese Jahrestagung des BKJPP 2011

Vom 10.-12. November 2011 fand in Friedrichshafen die Jahrestagung des BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.), (www.bkjpp2011.de) statt.

Der ADHS Deutschland e. V. war auf der angeschlossenen Industrieausstellung mit einem kleinen, aber feinen Stand vertreten. Bärbel Sonnenmoser, Karl-Heinz Fuchs und Patricia Ödell waren bereit, als Standpersonal den ADHS Deutschland e. V. zu unterstützen. Im Gegensatz zur Didacta in Stuttgart, waren auf dieser Messe weniger die Informationen zum Thema an sich gefragt, sondern haupt-

sächlich die Flyer die in den jeweiligen Einrichtungen/Praxen ausgelegt werden können. Durch Einzelgespräche mit Interessierten konnte klar gemacht werden, dass sich ein Beitritt in den ADHS Deutschland e. V. auch für Einrichtungen lohnt. Im kommenden Jahr findet die Jahrestagung in Lübeck statt.

Auf der Homepage des BKJPP finden sie unter der Rubrik „Für Eltern und andere Experten“ immer interessante Informationen zu vielen Themen rund um das Kind. Mit und ohne AD(H)S.

■ Patricia Ödell, Bärbel Sonnenmoser

Jahresbericht der Erwachsenen- gruppe in Brechen – Limburg

**10 Jahre – hmm
War da irgendwas mit –
Muss man da was machen –
Sollten wir das nicht feiern –
Sollten wir da stolz drauf sei –
Nö, Quatsch – das ist unser Beitrag.
Freuen können wir uns –
Freuen, dass wir das schon so lange machen
und es immer noch Spaß macht
und es nie langweilig wird.**

Vielleicht – Nein – bestimmt! Auch darüber, dass wir schon vielen auf den Weg helfen konnten, vielen mit unserer Selbsthilfegruppe ein Stück „gutes Gefühl“ und „aufgehoben sein“ geben konnten. Ich freue mich über jede erzählte Begebenheit, die dafür Beispiel ist „wie ADHS im Erwachsenenalter sein kann“ – im Leiden und auch im „endlich erfahren wie es besser geht“. Eindrucksvoll, wie ein Kind mit Spitznamen „Unglück“ als Erwachsener zu der Erkenntnis kommt, eine ausgeprägte ADHS zu haben.

Bewundernswert wie ein explosiver, hochintelligenter Mann seinen Wutanfall friedlich auslebt, indem er seine Reisetasche auf den Boden knallt und einen Indianer- oder Rumpelstilzchen-Tanz drum herum hüpfert und das vor großem Publikum in der Bahnhofshalle.

Und ganz besonders wohltuend auch, die eigenen Ängste, Nöte, Fehlverhalten und auch Erfolge erzählen zu können und dabei sicher zu sein, verstanden zu werden.

10 Jahre Selbsthilfegruppe – Danke!

Danke an die, die uns auf die Idee brachten (Birgit, Hildtrud, Elke, Marion, Konny). Danke für die Unterstützung in den ersten Jahren (BV-AH e. V. und Kreis Limburg-Weilburg) und in den folgenden Jahren (ADHS Deutschland e. V., Kreis Limburg-Weilburg) und an Manuela, die uns Ihre Räumlichkeiten und auch das eine und andere „Hilfe-Gespräch“ gegeben hat.

Besonderen Dank an Marion – die mich oft vertreten hat, wenn gar nix mehr ging, sie den ganzen Papierkram und das Finanzzeug macht. Und letztendlich Dank an alle, die zu den erfolgreichen Abenden beitragen.

Dank auch an Lisa, die oft auf mich verzichtet hat wegen Gruppe und Verband und die jetzt ihrerseits anderen Hilfe gibt (Gespräche mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, geplante Jugendgruppe).

■ Richarda Rapp und Marion Rudolph

Tätigkeitsbericht 2010 der ADS-Selbsthilfegruppe Hemer

Es wurde jeweils einmal im Monat am 2. Dienstag ein Gruppenabend angeboten, den interessierte/hilfesuchende Personen besuchen konnten. Die Bekanntmachung der Termine erfolgte durch die örtlichen Zeitungen und durch Flyer. Die Selbsthilfegruppe bot an diesen Abenden auch die Möglichkeit an, die gruppeneigenen Fachbücher auszuleihen.

Im Januar hielt Frau Dr. Inez Freund-Braier (Psychologin) einen Vortrag über ADHS bei Jugendlichen.

Im März besuchten die Gruppenleiterinnen einen Vortrag von Cordula Neuhaus. Sie referierte über ADHS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im Mai wurde ein Familientag im Bibertal veranstaltet, der dazu diente, dass sich Eltern und Kinder bei Kaffee und Kuchen und später beim gemeinsamen Grillen zwanglos austauschen und näher kennen lernen konnten.

Im September war die Selbsthilfegruppe auf der von der Stadt Iserlohn initiierten Veranstaltung „Selbsthilfegruppen stellen sich vor“ (Präsentationsplattform für Selbsthilfegruppen) mit einem Infostand vertreten.

Im Dezember wurde eine kleine Weihnachtsfeier veranstaltet.

■ Regina Wortmann

Jahresbericht der AD(H)S-SHG Kiel-Mettenhof

Die Selbsthilfegruppe Kiel-Mettenhof ist eine Gruppe, die sich neben der Organisation einer Elterngesprächsgruppe im Stadtteil Mettenhof die Aufgabe gestellt hat, für Information, Aufklärung und Beratung für alle Lebensbereiche von Betroffenen im Raum Kiel zu sorgen.

Wir beide „Gründerinnen“, zwei Mütter, deren erwachsene Söhne von ADS bzw. ADHS betroffen sind, eine davon selbst erst mit 56 diagnostiziert, haben wie andere Eltern auch erfahren müssen, wie steinig der Weg für alle Beteiligten ist und haben sich deshalb ganz intensiv mit ADHS beschäftigt. Neben unseren Kenntnisse und Erfahrungen aus eigener Betroffenheit, haben wir über die Teilnahme an Symposien in Kliniken, Fachtagungen, Messen, über intensives Literaturstudium, gezielte Ausbildung und Gespräche mit Experten unsere Kenntnisse ausgebaut und vertieft und stellen sie nun wöchentlich in Beratungen zur Verfügung. Bisher nur telefonisch und nach Vereinbarung vor unseren beiden monatlichen Terminen.

Über Themenabende mit Filmen und Präsentationen versuchen wir seit Februar 2010 Interessierte, Eltern und Bezugspersonen im Bürgerhaus des Stadtteils Mettenhof zu erreichen. Bisher mit bescheidenem Erfolg. Weitere Öffentlichkeitsarbeit leisten wir dadurch, dass wir auf den jährlichen Selbsthilfetreffen der KIBIS vertreten sind, auf den Ehrenamtsmessen und Gesundheitstagen (mit Filmen) indem wir Kontakte zu Ämtern, Einrichtungen, Ärzten, Kliniken halten. Inzwischen haben wir auch Einzelvorträge angeboten, z. B. für die Kinderbetreuer der AWO und die Gleichstellungsbeauftragte in Plön.

Unser Hauptanliegen ist die Schule geworden. So sind wir dabei im Stadtteil Mettenhof ein Netzwerk aufzubauen. Dabei sollten uns das IQSH (Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen in Schleswig-Holstein, mit der zuständigen Beratungsstelle für Inklusive Schule) und das Ministerium für Bildung und Frauen in SH helfen.

Die Zusammenarbeit war allerdings bisher noch wenig einträglich. ADHS ist eben ein sperriges, unbequemes Thema. Die „Eckpunkte zu ADHS und Schule“ des ZAN haben wir dort vorgestellt und erreicht, dass das Ministerium dazu Stellung nimmt und dass „Die kleinen Anfrage der FDP an den Landtag zu ADHS“ 2009 aktualisiert wurde. (Dr. Klug ist inzwischen der Bildungsminister). Auf eine Aktualisierung des Bildungsservers des Ministeriums bzw. einen Wegweiser zu ADHS, wie angekündigt, warten wir noch vergeblich. Der nächste Schritt wäre die Einbeziehung des Sozialministeriums (entsprechend der Eckpunkte zu ADHS und Jugendhilfe). Doch dazu braucht es mehr als den Einsatz von Einzelkämpfern. Daher bereits im Oktober 2009 unsere Entscheidung, dem Bundesverband beizutreten. Gleichzeitig sind wir dabei, die wenigen in SH bestehenden Selbsthilfegruppen über den Landesverband zu aktivieren. Zunächst durch die Herausgabe eines einheitlichen Flyers. 2012 sind zwei Symposien geplant. Das letzte war 2003 in Flensburg!

Die eigentliche Selbsthilfegruppe ist bereits im August 2007 dadurch entstanden, dass die Kinder- und Jugendärztin Dr. med. Karstädt uns beide zu einer Elterngruppe eingeladen hat. Daraus wurde dann eine Großveranstaltung im Oktober 2008 in Mettenhof, auf der die Gründung der SHG beschlossen wurde.

Inzwischen leisten die Eltern dieser Gruppe die Unterstützungsarbeit, wenn gefrustete, und völlig deprimierte Eltern „ihre Kinder nicht mehr lieben können“. Sie sind diejenigen, die so gemeinsam gestärkt für Aufklärung und Auseinandersetzungen mit Behörden, Schulen, Angehörigen bereitstehen und für ihre Kinder kämpfen. Wenn diese Eltern dann strahlend über ihre Erfolge berichten, ist das Lohn genug für unseren Einsatz.

■ Erika Freese und Gudrun von Kajdacsy

Tapferkeit wird dadurch nicht schlechter, dass sie ein wenig schwerfällt.

George Bernard Shaw

Dr. med. Adam Alfred, Dr. med. Astrid Neuy-Bartmann,
Dipl.-Psych. Stefanie Eiden und Klaus Werner Heuschen

„AD/HS-Spots“

Ein Lernprogramm für Erwachsene mit AD/HS

Das ist doch mal was Neues: zehn knackig-kompakte Spots auf DVD zu den häufigsten Alltagsproblemen von Menschen mit AD(H)S, verbunden mit psychologischen Hilfen und Lösungsmöglichkeiten.

Die recht häufigen Probleme von Betroffenen mit dem Durchhalten bei Lesen langer Bücher sind seit vielen Jahren bekannt, nun wird dieser Zielgruppe – und nicht nur dieser! – eine sinnvolle Darreichungsform der wichtigsten Informationen zu AD(H)S geliefert.

Besonders hilfreich ist der Aufbau der Spots: Erst wird eine AD(H)S-typische Problematik von Schauspielern gezeigt, z. B. eine eskalierende Gesprächssituation oder eine chaotische Zeitplanung. Dann schwenkt der Blick des Zuschauers aus der Szene, man sieht Kameras, Scheinwerfer und Mikrofone. Zwischen ihnen tritt der Ratgeber hervor, der die nun eingefrorene Szene kommentiert und Rat gibt. Anschließend – man wünscht sich, das könnte man auch im richtigen Leben – wird die Szene zurückgespult und ein alternatives Ende, das den Rat berücksichtigt, wird gezeigt. Super Idee!

Schon alleine durch diese Spots können viele Informationen zu den zehn ausgewählten Themen vermittelt werden. Im Gegensatz zum Buch eignen sich die Spots auch sehr gut zum gemeinsamen Ansehen, z. B. von Freundin und Freund oder Eltern und (erwachsenen) Kindern. Auch die Nutzung im Rahmen von Therapie, Coaching oder Eingliederungshilfe bietet sich an.

Besonders gelungen ist es den Darstellern, die Rollen bei allen Problemen doch wertschätzend zu spielen, wodurch sich Menschen mit AD(H)S ernst genommen fühlen können.

Der Ratgeber im Video erinnert mich beim ersten Ansehen an einen Lehrer, der mit Einwüfen wie „Stopp, Alex, nachdenken!“ zwar Recht haben mag, aber auch das Verhältnis von „Rat“ und „Schlag“ bei manchem „Ratschlag“ vielleicht stärker als nötig in Richtung „Schlag“ auslegt.



**Dr. med. Adam Alfred,
Dr. med. Astrid Neuy-
Bartmann, Dipl.-Psych.
Stefanie Eiden und
Klaus Werner Heuschen**

ISBN:

978-3-9813333-9-8

Verlag: ADHS-Zentrum
München (AZM);

Auflage: 1

(25. Juni 2011)

Preis: 39,95 €

Oder fühle ich mich da zu sehr an meine eigene Schulzeit erinnert? Beim zweiten Ansehen merke ich: Der Mann hat einfach Recht, auch wenn man's nicht gerne haben mag.

Wer nun durch die Spots Lust auf mehr bekommen hat, kann das knapp neunzigseitige Buch in die Hand nehmen. Auch hier zeigt sich, dass die kurze Aufmerksamkeitsfähigkeit vieler Betroffener bei der Gestaltung berücksichtigt wurde: es gibt keine seitenlange „Bleiwüste“ sondern gut strukturierte, kurze und prägnante Abschnitte.

Zunächst werden nach dem Prinzip der FAQ (Frequently asked questions – häufig gestellte Fragen) die wichtigsten Fragen und Stichwörter zum Thema AD(H)S erörtert. Diesen Teil kann man hintereinanderweg lesen, muss man aber nicht. Auch eine lexikonartige Nutzung bietet sich an. Im zweiten Teil gibt es zu jedem einzelnen Spot einen zwei- bis fünfseitige Text, der neben einer Beschreibung des Spots und den Hinweisen des Ratgebers (die darf man ruhig mehrmals lesen!) auch viele Hintergrundinformationen enthält.

Was ich mir noch im Buch wünschen würde, wären ein paar Fußnoten mit Quellenangaben zu den Studien, auf die nur allgemein verwiesen wird. Das ist vielleicht Potential für die sicherlich erforderliche nächste Auflage.

Insgesamt ist das Doppel aus DVD und Buch ein Geschenk des Himmels für die Zielgruppe, da es in vorbildlicher Weise Rücksicht auf ihre Aufmerksamkeitsfähigkeit nimmt.

■ Patrik Boerner

Detlef Träbert:

„DenkMalAn!“ – Aphoristische Andenken

Die große Begabung von Menschen mit AD(H)S ist, Querverbindungen ziehen zu können. Das In-Reihenfolge-Denken macht ihnen Mühe. Das Querdenken kein bisschen.

Eine feine Übung im Querdenken ist dieses Büchlein mit Aphorismen und Sinn-sprüchen von Detlef Träbert. Er ist neben seiner Tätigkeit als Pädagoge und Re-ferent Aphorismenliebhaber und Sprü-cheschmied. So stellt er fest, dass Bahn-vorstände gerne mal einen Wutburger als Snack verzehren, man Singles selten allein antrifft und Trödeln in Wirklichkeit Widerstand gegen die Hektik ist.

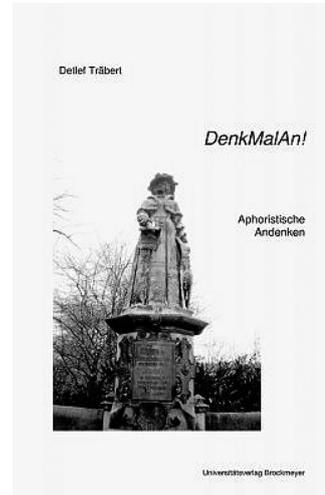
Große Weis- und Wahrheiten verbrät er nicht und just das macht den Reiz des Bu-ches aus:

Träbert betrachtet das Leben aus der Parkbankperspektive, nicht aus der Höhe eines Zimmers im Elfenbeinturm.

Zwar trifft nicht jeder Spruch. Manchmal feilt er an den Worten lieber als am Sinn. Das wirkt dann etwas gestelzt. Ähnlich die umständliche (und wie ich finde unnötige) Typographie des Titels „DenkMalAn“. Aber im Großen und Ganzen ist es eine leichte, witzige, nicht selten spitzige und nie dumme Lektüre.

Wer gerne einem Querdenker folgt, dem sei Detlef Träberts Buch ans Herz gelegt. Mir hat es Spaß gemacht.

■ Uwe Metz



Detlef Träbert:
„DenkMalAn!“ –
Aphoristische Andenken
ISBN-10: 3819608265
ISBN-13: 978-3819608261
Verlag: Brockmeyer,
1. Auflage (Oktober 2011)
Preis: 9,90 €

Hier bitte abtrennen.....

Hier bitte abtrennen.....

Anderungsmitteilung

Sollte sich Ihre Anschrift, Bankverbindung etc. geändert haben, bitten wir diese, wie folgt einzutragen:

Name, Vorname/Mitgliedsnummer

Meine neue Adresse/Telefonnummer/E-Mail

Meine neue Bankverbindung

Dr. med. Adam Alfred, Dipl.-Psych. Stefanie Eiden, Klaus Werner Heuschen,
Dr. med. Astrid Neuy-Bartmann, Dr. med. Ulrich Rothfelder:

„AD/HS-Praxishandbuch“

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und ihre Begleiterkrankungen.

Ein praktischer Leitfaden für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, Erwachsene, Lehrer und Therapeuten.

Störungen des Sozialverhaltens sowie Teilleistungsschwächen und umschriebene Entwicklungsstörungen wie Legasthenie, Dyskalkulie, ZAWS (zentrale auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung) beschrieben.

Der zweite Teil befasst sich mit der multimodalen ADHS-Therapie, insbesondere auch, wie Eltern dabei aktiv werden können. Dargestellt werden verhaltenstherapeutische Methoden, Psychoanalyse und Psychotherapie sowie heilpädagogische und ergotherapeutische Verfahren, medikamentöse Behandlung und mögliche alternative Behandlungsweisen.

Im dritten Teil werden die Themen im Bereich AD/HS und Gesellschaft im weiteren Sinne dargestellt, angefangen von soziologischen Betrachtungen über die Problematik rund ums Lernen mit AD/HS unter Berücksichtigung von Begabung, Schulformen und den Möglichkeiten und Gefahren der neuen Medien.

Der letzte Teil bietet Empfehlungen zu Literatur, Förderspielen und interessanten Internetadressen.

Insgesamt informiert das Buch aktuell und umfassend in einer leicht lesbaren Form über alle Aspekte der ADHS.

■ Dr. Myriam.Menter



Dr. med. Adam Alfred, Dr. med. Astrid Neuy-Bartmann, Dipl.-Psych. Stefanie Eiden und Klaus Werner Heuschen, Dr. med. Ulrich Rothfelder.
ISBN: 9783981333312
Verlag: AZM
ADHS-Zentrum München
Preis: 22,95 €

Dieses Buch wurde völlig überarbeitet und ist nunmehr in **2. Auflage** mit über 350 Seiten im **Mai 2011** erschienen. Die Autoren werden dem Titel vollumfänglich gerecht. Im ersten Teil werden Symptomatik, Diagnose und Begleiterscheinungen der AD/HS ausführlich unter Berücksichtigung des möglichen Symptomwandels im Erwachsenenalter behandelt. Als Begleitstörungen werden neben den psychischen Erkrankungen wie Angststörungen, Phobien, depressiven Störungen, Tics, Zwängen auch Enuresis, Enkopresis und



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



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 03.02.2012 - Sonntag, 05.02.2012

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 30.03.2012 – Sonntag, 01.04.2012

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 15.06.2012 – Sonntag, 17.06.2012

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 31.08.2012 – Sonntag, 02.09.2012

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg/Hessen:

Voraussichtlich Ende September 2012

Landesgruppe Bayern:

29. Februar 2012 in Straubing

Landesgruppe Hamburg/Schleswig-Holstein:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

15./16. September 2012 in Wolfsburg

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

02./03. Juni 2012 in Münster

Landesgruppe Thüringen:

Aufgrund der geringen Größe
keine eigene Fortbildung

Fortbildungstermine Junges Beraternetz

Samstag, 21.01.2012 – Sonntag, 22.01.2012

(Anreise 20.01.2012)

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Samstag, 22.09.2012 – Sonntag, 23.09.2012

(Anreise 21.09.2012)

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Samstag, 13.10.2012 – Sonntag, 14.10.2012

(Anreise 12.10.2012)

Christophorushaus

Am Hasselholt 1

23909 Bäk

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**
30916 Isernhagen
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**
81541 München
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**
14055 Berlin
seegers-berlin@t-online.de
- Schriftführer: **Patrik Boerner**
boerner@p-boerner.de
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

- Europäische Kontakte: **Detlev Boeing**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- Unterstützung
des Vorstandes: **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Telefonberatungsnetz: **Gerhild Gehrman**
25336 Elmshorn
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- E-Mail-Beratung:
Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
63739 Aschaffenburg
email-beratung@adhs-deutschland.de
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**
38112 Braunschweig
webredaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und
Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim
- Regionalgruppen: **Bärbel Sonnenmoser**
71032 Böblingen
baerbel@adhs-bb.de
- Juristische
Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**
96049 Bamberg

Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Menter**
91056 Erlangen
gf@adhs-deutschland.de
- Ernährung/
Stoffwechsel-
besonderheiten: **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koeppern@t-online.de
- Jugendteam: jugendberatung@adhs-deutschland.de

Wissenschaftlicher Beirat

- Dr. Johanna Krause,**
Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und
Psychotherapie, Ottobrunn
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause,**
Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
- Prof. Dr. Gerhard W. Lauth,**
Universität Köln
- Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch,**
Universität Würzburg
- Prof. Dr. Gudrun Ludwig,**
Fachhochschule Fulda
- Prof. Dr. Martin Ohlmeier,**
Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Dr. Alexandra Philipsen,**
Universitätsklinikum Freiburg
- Dr. Helga Simchen,**
Kinder- und Jugendpsychiaterin,
Psychotherapeutin, Mainz

Landesgruppenleiter

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| Baden-Württemberg | Bärbel Sonnenmoser |
| Bayern | Brigitte Nagler |
| Berlin | Karin-Gisela Seegers |
| Hamburg/Schleswig-Holstein | Christiane Eich |
| Hessen (kommissarisch) | Uwe Metz |
| Niedersachsen/Bremen | Margit Tütje-Schlicker |
| Nordrhein-Westfalen | Herta Bürschgens |
| Thüringen | Andrea Wohlers |

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 41 07 24
12117 Berlin

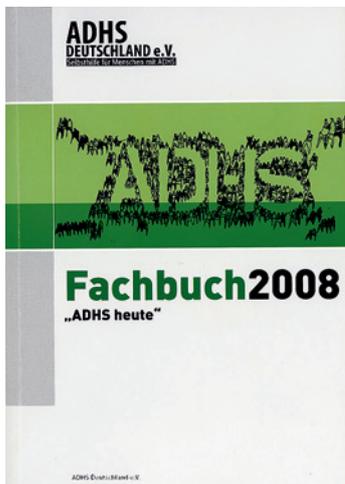
Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 030 – 85 60 59 02
Fax 030 – 85 60 59 70
Montag 14:00 – 16:00 Uhr
Di, Do, Fr 10:00 – 12:00 Uhr
e-mail: info@adhs-deutschland.de
Besuchen Sie uns unter
www.adhs-deutschland.de

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

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

Aus unserem Verlag:



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
"ADHS heute"

ADHS Deutschland Verlag, 2008,
ISBN 978-933067-15-9

€ 9,50

Dieses Fachbuch behandelt drei aktuelle Themen: die Genderproblematik, d.h. in wie weit Männer anders betroffen sind als Frauen; Cognitive Enhancement, d.h. die Möglichkeit, mit Psychopharmaka, zu denen auch Methylphenidat zählt, seine geistige Leistungsfähigkeit zu steigern und die immer wiederkehrende Diskussion, ob es sich bei ADHS nicht doch um eine „Modekrankheit“ handelt.



Regina Rusch
"Zappelhannes"

ADHS Deutschland Verlag, 2009
ISBN 978-3-933067-16-6

€ 6,80

Hannes ist nicht dumm, im Gegenteil. Aber er kann nicht stillsitzen. Er kann sich nur dann konzentrieren, wenn ihn nichts ablenkt und er ganz bei der Sache bleiben darf. Und es fällt ihm auch sehr schwer, unterschiedliche Tätigkeiten aufeinander abzustimmen: Zu leicht rollt ihm dann ein Ei vom Tisch, oder er fällt mit dem Fahrrad um. Die Eltern und die anderen Erwachsenen haben es nicht leicht mit einem hyperaktiven Kind. Sie müssen viel Geduld mit Hannes haben. Und doch kann man bei aller Sorge um Hannes mit ihm über seine Mißgeschicke lachen.

ADHS Deutschland e.V.

Poschingerstr. 16; 12157 Berlin
Tel.: 030 / 85 60 59 02
Fax: 030 / 85 60 59 70

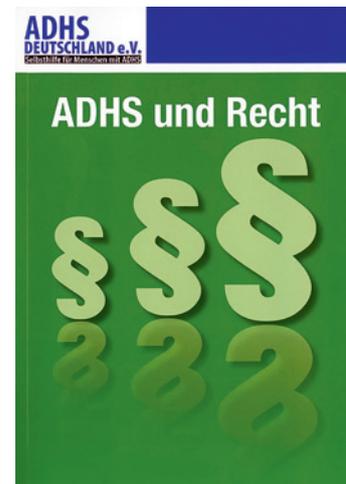
E-Mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de

Spendenkonto:

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

Beitragskonto:

Volksbank Hannover
BLZ 251 900 01
Konto-Nr. 221 438 500



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
"ADHS und Recht"

ADHS Deutschland Verlag, 2011
ISBN 978-3-933067-17-3

€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

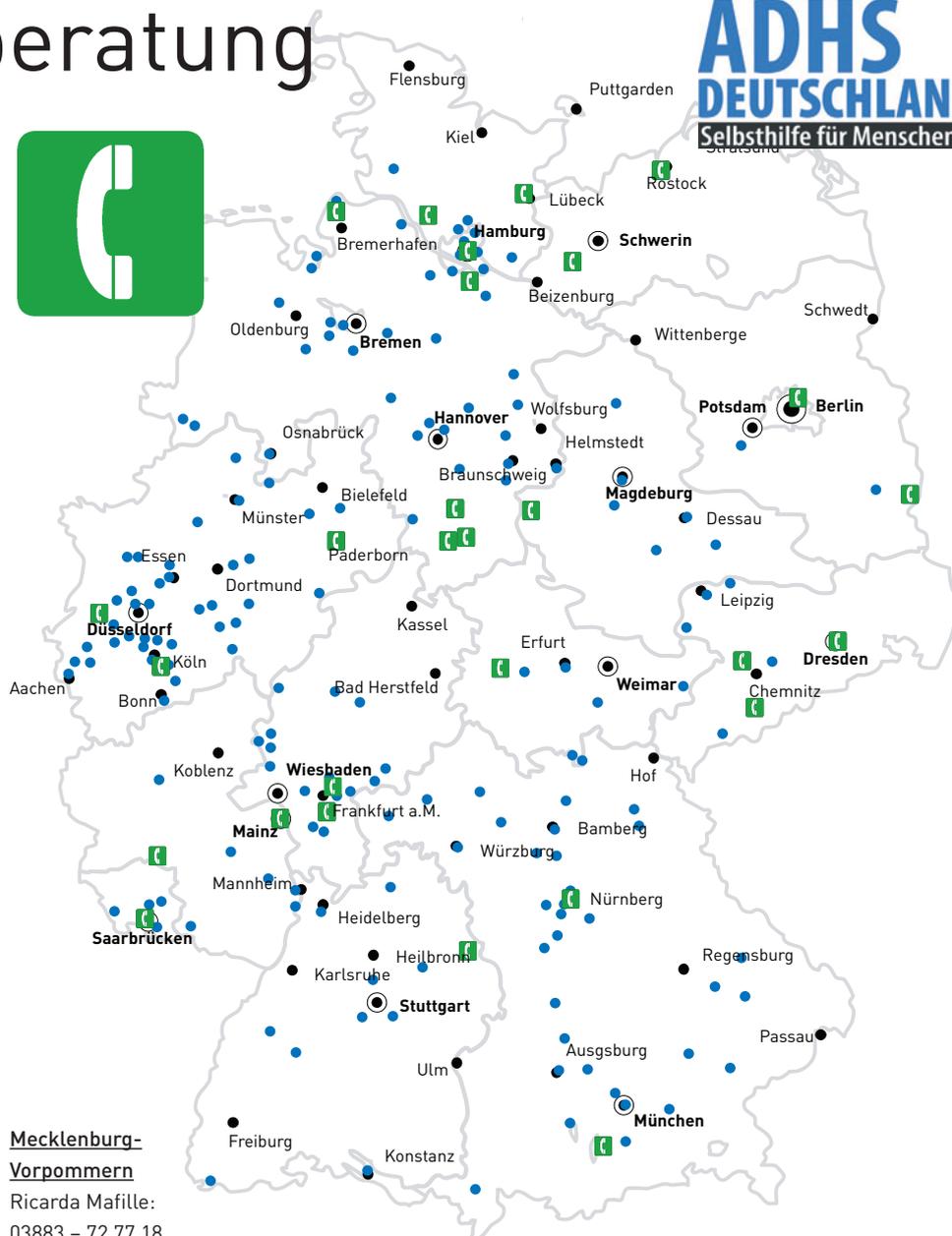
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

Leistungspflichten der Jugendämter gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit ADHS

Telefonberatung



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



Bayern

Ingrid Meyer-Kaufmann:
0911 – 9 56 63 51
Michaela Nagy:
09180 – 90 97 16
Karin Straußberger-Christoph:
0911 – 7 66 53 30
Ruth Wissing:
0951 – 9 68 47 89
Carolin Zaswoka:
09542 – 77 26 89

Baden – Württemberg

Bernd Kaspar:
07957 – 9 26 96 91
Uwe Metz
07152 – 6 10 47 20

Berlin

Karin-Gisela Seegers:
030 – 3 01 97 14

Brandenburg

Kerstin Maschke:
03561 – 6 66 11

Bremen und Umgebung

Sabine Bernau:
04793 – 93 10 21
0170 – 2 46 27 44
Ellen Köster-Schmidt:
0421 – 6 97 99 91

Hamburg und Umgebung

Pitt Lau:
040 – 43 91 06 08
Birgit Weigel:
040 – 68 91 50 23
Daniel Meyer:
040 – 87603296

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg
05684 – 16 59
Regina Schubert:
069 – 98 55 68 23
Judith Prinzessin
zu Sayn-Wittgenstein:
06043 – 9 84 00 16

Mecklenburg- Vorpommern

Ricarda Mafille:
03883 – 72 77 18
Karin Heynen:
0381 – 70 07 59 25

Niedersachsen

Sabine Nicolei:
0531 – 22 45 91 45
Angela Schwager:
05554 – 99 56 46
(Kreis Wesermarsch)
Ellen Köster-Schmidt:
0421 – 6 97 99 91

NRW

Karin Knudsen:
0221 – 3 56 17 81
Ulrike Vlck:
02161 – 53 17 39

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg
0651 – 4 63 78 78

Sachsen

Susanne Voigt:
037341 – 4 98 30

Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrman:
04121 – 80 72 72
Carola Kliemek
0461 – 3 15 37 72

Saarland

Sabine Berg
0651 – 4 63 78 78

Thüringen

Regina Schrage:
03691 – 87 22 22

Obwohl alle Bundesländer besetzt sind,
benötigen wir noch Verstärkung:
Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.adhs-deutschland.de oder fordern diese bei der Geschäftsstelle an.

ADHS Deutschland e. V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Tel. 030-85605902