

# neue AKZENTE

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

Aus der Praxis

## ADHS – eine (lebenslange) Kletterpartie?

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

*Zeitschrift*



## 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)  
Karin Knudsen  
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. Juli 2011

**Fotonachweis**  
Aktive der Landes- und Regionalgruppen  
Titelfoto: Frau Prof. Ludwig, Hochschule Fulda

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

Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten die erste Ausgabe 2011 unserer Vereinszeitschrift in Ihren Händen.

Wir freuen uns, dass wir auch dieses Jahr mit topaktuellen und interessanten Fachbeiträgen unseres wissenschaftlichen Beirates beginnen können und möchten an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich unseren Dank dafür aussprechen!

Doch was wäre unsere Zeitung ohne Berichte aus der Praxis. Lassen Sie sich überraschen, was in den letzten Monaten auf Bundes-, Landes- und Regionalebene alles geleistet wurde.

Sollten auch Sie an dem Punkt angekommen sein, dass Sie nicht mehr zusehen und warten möchten, ob und wann andere etwas bewegen – melden Sie sich bei uns und unterstützen Sie unsere ehrenamtliche Arbeit.

Ihre

Dr. Myriam Menter

## FACHBEITRÄGE

### Wissenschaft

*Prof. Dr. Gudrun Ludwig*

#### 04 Sport als Therapiebestandteil bei Kindern mit ADHS:

Erste Ergebnisse eines Projektes

*Dr. Johanna Krause,*

*Prof. Dr. Klaus-Hennig Krause*

#### 13 State auf the Art – ADHS

Zusammenfassung

*Renate Meyer*

#### 15 Verschiedene neuere Studien zu ADHS

In Verbindung mit Ernährung und Nährstoffversorgung

## AUS DER PRAXIS

*Renate Meyer*

#### 17 Magnesiummangel und ADHS

*Dr. Johannes Streif*

#### 19 Wer ist schon gerne behindert

Überlegungen zur ADHS als Behinderung

## AKTUELLES

*Vorstand ADHS Deutschland e.V.*

#### 22 Deutschlands ADHS-Verbände bauen ihre Zusammenarbeit aus

*Uwe Metz*

#### 23 Facetten des ADHS – Teil 2

ADHS in unserer Gesellschaft und Kultur

*Dr. Roy Murphy*

#### 26 Die Schön Klinik Bad Bramstedt

Eine psychosomatische Fachklinik mit eigenem Behandlungsschwerpunkt für ADHS im Erwachsenenalter

#### 27 Kriterien zur Bewertung von Kliniken

Zur vollstationären Behandlung der ADHS Schön Klinik Bad Bramstedt

#### 29 Der wissenschaftliche Beirat stellt sich vor

*Professor Dr. Günther Opp*

### Jugend

*Gerhild Gehrman*

#### 30 Junges Beraternetz

## BERICHTE

### ADHS Deutschland e.V. - bundesweit, landesweit, regional

*Sabine Nicolei*

#### 31 Fortbildung der Regionalgruppenleiter

*Gerhild Drüe*

#### 32 ADHS – Bildungschancen wahren in Unterricht und Sport

Bericht von einer besonderen Fachtagung 2010 in Hannover

*Uwe Metz*

#### 33 ADHS – ein Thema unserer Zeit

Mitgliederversammlung 2010 der Landesverbände Hessen und Baden-Württemberg in Böblingen

#### 33 Regionalgruppenberichte

In alphabetischer Reihenfolge

#### 43 Spenden und Fördergelder im Jahre 2010

## MEDIEN REZENSIONEN

*Arnd Bragenheim*

*Sabine Nicolei*

#### 44 Dr. Bonney: „Zappelix zaubert“

Lernspiel für Kinder zur Behandlung bei ADHS

*Maike Müller*

#### 46 Angelika Taubert:

Reittherapie in Neurologie und Psychotherapie

*Detlef Träbert*

#### 47 Stephan Marks:

„Die Würde des Menschen, oder: Der blinde Fleck in unserer Gesellschaft“

## TERMINE

#### 48 Termine Weiterbildung

Telefonberatung

E-Mail-Beratung

Junges Beraternetz

## VERBANDSDATEN

#### 50 Geschäftsführender Vorstand

Weitere Vorstandsmitglieder

Unterstützung des Verbandes

Wissenschaftlicher Beirat

Landesgruppenleiter

#### 52 Telefonberatung

# Sport als Therapiebestandteil bei Kindern mit ADHS:

## Erste Ergebnisse eines Projektes



Prof. Dr. Gudrun Ludwig

### 1. Problemstellung

Seit einiger Zeit finden sich über zahlreiche Studien hinreichend Belege dafür, dass sportliche Aktivität und Bewegung sich signifikant auch auf die psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen auswirkt. Insbesondere für Angststörungen, depressive Erkrankungen und Selbstwertgefühl finden sich etliche Belege. Während die Studienlage für die mehr internalisierenden Störungen bereits recht eindeutig ist, finden sich für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung nur wenige Hinweise in der Literatur. Kuo et al. (2004) verglichen die Effekte von Outdoor- im Vergleich zu Indoorsport auf die Symptomatik von ADHS und berichteten von der höheren Wirksamkeit von der naturgebundenen „green“ Settings, ohne diese zu differenzieren und Fragen der Gestaltung der Programme nachzugehen.

Ziel dieses Forschungsprojektes ist das Herausfinden der Wirksamkeit unterschiedlicher Sportangebote (Indoor) auf die Beeinflussung von Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität bei Kindern.

Verhaltensauffälligkeiten im Schulalter sind keine Seltenheit. Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit und ohne Hyperaktivität (ADHS) gehören zu den häufigsten Diagnosen, beeinflussen nachhaltig den familiären und schulischen Alltag. Die Entwicklung der Kinder ist hochgradig gefährdet. Die Hälfte bis zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen zeigen sich auch im Erwachsenenalter noch deutlich beeinträchtigt.

Erhöhte motorische Unruhe (Nicht-Stillsitzen-Können, häufiges Aufstehen und Herumlaufen im Klassenzimmer) gehört gerade im Grundschulalter zu den Leitsymptomen

der ADHS. Andererseits stellt physische Bewegung eine charakteristische Betätigungsform in diesem Alter dar. Daher wird in beiden Klassifikationssystemen für psychische Störungen (ICD 10 und DSM IV), nach denen weltweit diagnostiziert wird, erfasst, dass „Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß“ vorliegen. Die logische Schlussfolgerung aus dieser Definition wäre: „Liegt ein solches extremes Ausmaß an Bewegungsunruhe vor, benötigen diese Kinder mehr Bewegung als andere.“ Winston Churchill, der neben seiner ADHS auch noch die häufige Komorbidität Dyslexie hatte und die sechste Klasse wiederholen musste, meinte später von sich „wenn mich meine Lehrerin nicht jede Stunde um das Gebäude hätte laufen lassen, hätte ich die Schule nicht geschafft“.

Dennoch gehören Sport- oder Bewegungstherapie oft bislang nicht zu einem festen Bestandteil im multimodalen Therapiekonzept von Psychologen und Medizinern, da mangels kontrollierter Studien auch die Evidenz für diese Interventionen fehlt. Dabei birgt der Sport immense Möglichkeiten zur Modifizierung von aufmerksamkeitsgestörtem Verhalten und Hyperaktivität.

Erste eigene Studien über den Nutzen regelhaften Sporttreibens im verhaltenstherapeutischen Sinne zur Entwicklung von Basisfertigkeiten des Verhaltens (wie Hinhören, Hinschauen, Abwarten vor dem Handeln) sowie strategischem Denken und entsprechend wohlüberlegtem Handeln für das Verhalten erbrachten positive Effekte bei Vorschulkindern und Schulkindern. Das gilt es auch für das frühe Schulkindalter im Vergleich zu Kontrollkindern zu belegen, bedarf der Evaluation in größeren Gruppen, um sowohl in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS als auch im klinischen Alltag genutzt zu werden.

### Symptomatik der ADHS und Erklärungsansätze für die Wirksamkeit von Sport

Das Erscheinungsbild der aufmerksamkeitsgestörten, hyperaktiven Kinder wird in der Literatur sehr vielfältig beschrieben.

Im Schulsport oder in Sportvereinen sind Kinder mit ADHS oft nur schwierig oder gar nicht zu integrieren, sodass es hier zu verstärkten Versagensgefühlen bei den Kindern kommt, wenn sie denn in Vereinen scheitern.

Schaut man sich das Geschehen im Sport sehr konkret an, so wird deutlich:

Sport in einer Halle oder im Freien bedeutet auch, von vielen Geräuschen umgeben zu sein (ausgelöst durch die Mitschüler, den Lehrer oder auch von Geräten) und Unmengen visueller Reize ausgesetzt zu sein (sich bewegende Mitschüler, Sportgeräte). Eine Fülle von permanenten Reizen auf alle Sinne, die es zu sortieren gilt, zu hierarchisieren hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine gezielte motorische Handlung, und eben entsprechend zu verarbeiten. Damit verbunden ist die Selektion von Reizen erforderlich, deren Verstärkung oder Unterdrückung. Welch große Aufgabe für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und ihren defizitären Filterfunktionen!

Dann gilt es auch noch, bei all dieser Reizfülle permanent zu beobachten, wie sich das Handlungsgeschehen verändert, um z. B. in Spielsituationen schnell seine Handlung zu stoppen, um eine andere, passendere einzuleiten. Da heißt es permanent genau hinzuschauen, nachzudenken, die eigene motorische Handlung abzubremsen und umzustellen – welche Aufgabe für jemanden, der eher impulsiv statt planvoll und zielgerichtet handelt!

Die offene „Unterrichtssituation“ im Sport scheint für Kinder mit ADHS primär eher ungünstig zu sein. Auf den ersten Blick wirken die spezifischen Bedingungen des Sports, nämlich eine Sporthalle als relativ großer und vielgestaltiger Raum oder der offene Platz (Schulhof, Sportplatz) sowie eine oft nicht sehr kleine Gruppengröße eher als aufmerksamkeitserschwerende bzw. die Hyperaktivität verstärkende Faktoren. In dieser Situation zeigt sich bei den betroffenen Kindern dann häufig auch eine im unterschiedlichen Ausmaß vorliegende Störung des Sozialverhaltens.

Auch im Sport, insbesondere im Schulsport mit seiner Betonung, besteht eine nicht geringe Leistungsorientierung. Es geht um Gewinnen, um Siegen. Hier fehlt aus den oben genannten Gründen (negative Lernerfahrungen und Misserfolgserlebnisse) Kindern mit ADHS oft die Motivation, von sich aus sportliche Aktivitäten aufzunehmen.

Soll denn Sport unter diesen Bedingungen wirklich nützlich sein für Kinder mit ADHS, soll er gar therapieunterstützend wirken können?

Der Sport kann sehr wohl ein Feld sein, das zur Verhaltensmodifizierung nutzbar ist.

Die Kinder bewegen sich gern, und im Sport können sie sich austoben. Die Kinder benötigen eine gewisse Regelmäßigkeit, und im Sport sind Regeln immanent: Sei es bei Sportspielen vorgegebene oder für das Sporttreiben zur Unfallverhütung oder im sportlichen Vergleich selbst vereinbarte Regeln. Gewissermaßen in spielerischer Form ordnen sich Kinder diesen Regeln und auch der Organisation beim Üben nach festen Ablaufschemata unter.

Wirksam werden die verhaltensmodifizierenden Möglichkeiten des Sports jedoch nur, wenn sie dem Sportpädagogen selbst bekannt sind und sein Vorgehen davon geprägt ist. Das Lehr- und Forschungsprojekt an der Hochschule

Fulda fühlt sich seit seinem Start 2008 diesen Aspekten verpflichtet.

Im folgenden Beitrag möchte ich Anregungen dafür geben, wie der Sport – trotz der eingangs skizzierten Situationen – positive Einflüsse für ADHS-Kinder bieten kann, welche besonderen Anforderungen er an den Pädagogen stellt und wie Sport dann auch noch verhaltensmodifizierend im Sinne von Beeinflussung der Verhaltensregulation und -organisation wirken kann. Erste Ergebnisse eines Projektes schließen den Beitrag ab.

## 2. Sport als eine Form der Therapie

So vielgestaltig die Empfehlungen zur Therapie bei ADHS sind, so kristallisiert sich doch ein gemeinsamer Nenner heraus: Alle Bemühungen richten sich auf die Veränderung des Verhaltens. Erscheinungen wie motorische Unruhe, schwankende Aufmerksamkeit oder impulsives Handeln fordern dazu heraus, Eltern, Erziehern und Lehrern zu empfehlen, den Mangel der inneren Strukturiertheit der Kinder durch eine feste äußere Struktur zu begegnen.

Doch kann der Sport über die motorischen Handlungen und die ihm eigenen Methoden wie die Verfahren des Übungsablaufs, Methoden der Organisation und der Bewertung eine große Rolle im Therapiekonzept mit Kindern mit ADHS spielen. Auch der Sport kann ein Feld sein, das zur Verhaltensmodifizierung mit nutzbar ist.

Kurzdarstellung des Projektes: theoretischer Hintergrund  
Aus den Potenzen des Sports für die Verhaltensbeeinflussung leiten sich Konsequenzen für die Durchführung des Sportes ab.

### 2. 1 Die Nutzung motorischer Handlungen im Dienste der Verhaltensmodifikation

Durch eine zielgerichtete Auswahl der Übungen kann der Pädagoge **direkt** Einfluss nehmen auf die Verhaltensregulation und -organisation. Bekannt sind Reaktionsübungen zur Verbesserung der Reaktionsfähigkeit. Ihr Wesen besteht darin, z. B. auf ein festgelegtes Signal eine bestimmte motorische Handlung auszuführen. Laufen die Kinder z. B. durch die Halle und sollen auf den Schlag mit dem Tamburin stehen bleiben, so fordert das dazu heraus, das Verhalten (das Laufen) zu inhibieren. Werden zwei oder drei verschiedene Signale mit entsprechenden Antwortreaktionen vereinbart, so müssen die Kinder genau **hinhören, nachdenken**, um richtig zu handeln, werden zu überlegtem **statt impulsivem** Handeln herausgefordert.

Ballspiele fordern und fördern nicht nur das genaue Beobachten und angepasstes motorisches Verhalten, ihnen sind zudem – wie allen Spielen und Sportspielen – Regeln immanent. Erst die Regeleinhaltung ermöglicht den Erfolg im Spiel. Verstöße ziehen sofort Konsequenzen nach sich, mindern die Spielfreude, fordern zur Selbstdisziplinierung heraus.

Alle Bewegungen, bei denen sich die Kinder dem vorgegebenen Rhythmus (durch Musik oder rhythmisierende Elemente) unterordnen, regulieren das motorische Verhalten, fordern zur Verhaltensanpassung an eine von außen gegebene Vorgabe heraus. Sich einer fremden Vorgabe unterzuordnen, nichts anderes ist Bewegen nach Musik, bereitet den Kindern zudem noch Freude und bietet ihnen einen großen Gestaltungsraum.

## 2. 2. Zur äußeren Strukturierung

Eine weitere Potenz des Sports zur Verhaltensbeeinflussung resultiert aus der Vielzahl methodischer Möglichkeiten bei der Gestaltung des Unterrichtsprozesses, wie nachfolgend dargestellt.

### Äußere Strukturierung

1. Reduzieren von Umweltreizen
2. Reizwerterhöhung des Unterrichtsmaterials
3. Raumeinteilung
4. Rituale, strukturierter Ablauf
5. Einteilungs- und Aufstellungsformen

### Organisation der Lernbedingungen

- zu 1. Lärmpegel, optische und akustische Reize reduzieren
- zu 2. Stimulierende Übungsstätte, herausfordernde Übungsmaterialien, Nutzen von Musik und Rhythmus
- zu 3. Räumliche Zuordnungen in der Halle, feste Plätze bei Erklärungen, Beginn – Ende
- zu 4. Beim Umkleiden, Begrüßen, Verabschieden, Auswertung
- zu 5. Partner- und Gruppeneinteilung, Sitzordnung, Abstände

#### 2. 2. 1 Die Reduzierung von Umweltreizen

Die offene Unterrichtszahl und die Fülle von Reizen erfordern vom Pädagogen Überlegungen, wie er reizreduzierend oder aufmerksamkeitsverstärkend effektiv den Übungsablauf, die Gruppeneinteilung und die Übungsstätten gestaltet.

Mit der Reizreduktion sollen die ablenkenden Umweltreize reduziert werden, während durch die Reizintensivierung der Reizwert bestimmter Stimuli im Sinne von Ausrichtung der Aufmerksamkeit erhöht wird. Damit kann den Schwierigkeiten der Kinder, Reize diskriminativ wahrzunehmen, entgegengewirkt werden. Die Aufmerksamkeit der Kinder soll dadurch auf die wesentlichen Aufgaben bzw. Übungen gelenkt werden, indem diese sich deutlich von anderen Reizen abheben.

Durch die Reduzierung von Umweltreizen soll einer Ablenkung der Kinder durch Außenreize entgegengewirkt werden.

Zur Verminderung von akustischen Reizen können z. B.

Vorhänge oder Trennwände beitragen (bei Mehrfachbelegung).

Dem Aufforderungscharakter von Spielgeräten und Material ist dadurch entgegenzuwirken, indem sie in geschlossenen Schränken, Netze oder Wagen aufbewahrt werden. Zu viele Materialien oder nicht mehr benötigte Geräte bewirken ebenfalls eine Reizüberflutung, sollten sofort weggeräumt werden.

#### 2. 2. 2. Reizwerterhöhung des Unterrichtsmaterials

Dagegen sollte die Aufmerksamkeit auf bestimmte aktuelle Übungsaufgaben gelenkt werden. Anregungen zur optimalen Stimulierung beziehen sich auf die Gestaltung einer hoch stimulierenden Übungsstätte. Ein interessanter Geräteaufbau, herausfordernde Übungsmaterialien, (z. B. Pedalo), besonders markierte Übungsfelder machen neugierig, fordern Aufmerksamkeit. Aber auch der Einsatz von Musik und Rhythmusinstrumenten zur zusätzlichen akustischen Ausrichtung der Aufmerksamkeit, zur Wahrnehmungssteuerung und zur Konzentrationsverbesserung bieten sich an. Im Sport ist der Begriff der „rhythmisierenden Sprechweise“ bekannt, wenn z. B. durch die Stimme Übungsabläufe betont werden. Darin unterscheidet sich unser Vorgehen von dem in der Motopädagogik, wo Kinder selbst unter vielen Spielgeräten auswählen können.

#### 2. 2. 3. Raumeinteilung

Die Reduzierung des Raumes ist im Sport nur modifiziert umsetzbar.

Bezogen auf das Blickfeld des Kindes im Raum, erweist es sich als hilfreich, wenn es nicht den gesamten offenen Raum im Blick hat, sondern nur einen Ausschnitt, in dem es einen entsprechenden Sitz- oder Stellplatz zugewiesen bekommt. Gerade bei Erklärungen des Pädagogen empfiehlt es sich, große Distanzen zwischen Lehrer und Kind zu vermeiden ebenso wie Ablenkung durch Nachbarn, indem man diese genau auswählt.

Bei Entspannungsübungen hat es sich bewährt, ADHS-Kinder möglichst „isoliert“ zu platzieren, z. B. abgeschirmt durch Bänke, um die Aufmerksamkeit auf den Pädagogen zu lenken.

Jedoch kann man die Reduzierung des Raumes auch als Anstoß dazu nehmen, die Turnhalle in funktional abgetrennte Bereiche zu untergliedern (z. B. mittels Trennwänden oder Vorhängen). So könnten jedem Bereich spezielle Funktionen zugeteilt werden. Dies könnte z. B. ein kleinerer Raum (Ruhe- und Entspannungsraum) sein, in dem man sich zu Beginn und am Ende trifft und der für das Experimentieren mit Instrumenten oder für Entspannungsphasen genutzt werden kann. Den größeren Raum (Bewegungsraum) könnte man für Bewegungsspiele (z. B. Fang- oder Tanzspiele) nutzen, für welche die Kinder viel Platz benötigen. Die Fitness-Gruppe arbeitet in strukturierten Räumen: ganze Halle zur Einleitung, Sporttherapieraum im Hauptteil und abgetrennte Halle zum Abschluss.

Gerade das Nutzen feststehender Plätze/Ordnungen für bestimmte Rituale, die stets im gleichen Sinne genutzt werden, um sich z. B. zu begrüßen oder zu verabschieden, soll zur Gewohnheit werden, gibt als äußere Struktur Handlungssicherheit.

#### 2. 2. 4. Rituale, Strukturierung des Unterrichtsablaufs

Für die ADHS-Kinder als hilfreich erweist sich ein nach feststehendem Muster strukturierter Ablauf der Sportstunde.

Dies bezieht sich auf die organisatorische Seite bei der Vorbereitung und Durchführung des Unterrichts als auch auf den direkten Übungsablauf.

Vor Beginn der Übungseinheit sollte der Pädagoge sowohl den Stundenablauf (Vorüberlegungen, Zielsetzung und Unterrichtsorganisation), als auch den Raum und die Übungsmaterialien vorbereitet haben, um einen möglichst reibungslosen Stundenverlauf zu gewährleisten.

Bereits **vor Beginn** der eigentlichen Stunde sind spezielle Gesichtspunkte zu beachten, die sich in jeder Stunde wiederholen sollten. Dazu zählen z. B. Ordnung und Disziplin beim **Umkleiden** aber auch Pünktlichkeit des Beginns, um bei diesen sich stets wiederholenden Tätigkeiten einen festen Ablauf zu sichern, Gewohnheiten zu entwickeln. Es bietet sich an, zu Beginn der Stunde auf einen festen Treffpunkt in der Halle (z. B. auf der Bank, möglichst mit der Blickrichtung weg von anderen Handlungsorten oder Störfaktoren) zu orientieren, um ein wildes und unkontrolliertes „Toben“ in der Turnhalle zu vermeiden.

Die Aufstellung während des Übens sollte allen Kindern bekannt sein, ebenso wie die Reihenfolge beim Üben selbst. Das bietet den Kindern ebenfalls Orientierung und gibt Sicherheit, vermeidet Streitereien. Dieses Vorgehen bedeutet, die Vorteile von sporttypischen Organisationsformen zu nutzen, denn hier kann der Pädagoge schon im Voraus planen, welche Kinder z. B. miteinander üben (dabei können zwei „Streithähne“ schon im Vorfeld voneinander getrennt werden).

Zum Schluss jeder Stunde – wie bereits während des gesamten Übungsprozesses – ist eine Auswertung bzw. eine Bewertung des Stundenverlaufs und der Teilnehmer vorzunehmen. Die gemeinsame Begrüßung – ebenso wie die Verabschiedung – bietet, nach einem sich wiederholenden Ritual durchgeführt, eine Orientierung bzw. Reflexion auf das Sportgeschehen.

Zielorientierung und Stundenauswertung sollten zu festen Gewohnheiten des Pädagogen werden. Dieses Vorgehen gibt den Kindern Verhaltenssicherheit: sie kennen die an sie gestellten Erwartungen, können sich darauf einstellen, motivieren und eine positive Bewertung am Ende löst Vorfreude auf die nächste Stunde aus.

Für Kinder mit ADHS bietet dieses Vorgehen Sicherheit,

Verlässlichkeit, Überschaubarkeit.

#### 2. 3 Verhaltensbezogene Strukturierung

Weiter Potenzen zur Verhaltensmodifizierung ergeben sich aus der Tatsache, dass Sport in Gruppen, in offenen Situationen stattfindet.

##### Verhaltensbezogene Strukturierung

1. Regeln
2. Positives Selbsterleben
3. Wirkungsvolle Beteiligung

##### Nutzen der Gruppenarbeit

- zu 1. Vereinbarungen, klare Formulierungen, konsequente Einhaltung, stete Bewertung
- zu 2. Verstärken durch Gruppe, Erfolg in Gruppe erleben, Helfen lassen beim Auf- und Abbau,
- zu 3. Integrieren beim Entwickeln von Ideen

#### 2. 3. 1 Regeln der Zusammenarbeit

Die offene Situation im Sport fordert geradezu heraus, zur Gewährleistung der Sicherheit aller Beteiligten Verhaltensregeln zu vereinbaren. Diese beziehen sich auf den Umgang der Teilnehmer miteinander, den Übungsablauf und konkret natürlich dann auf die Regeln bei Spielen. Gemeinsam mit der Gruppe vereinbart, fordert das natürlich eine stete Bewertung deren Einhaltung. Gerade dies sollte für den Pädagogen zur Regel werden. Mit gleichem Selbstverständnis ist zu bedenken, dass den Kindern die von ihnen erwarteten Verhaltensweisen (auch im Sinne von motorischen Zielen) vor dem Üben erläutert werden, um dann auch ausgewertet, bewertet zu werden.

Als Mittel zur Bewertung bieten sich Lob, Gestik und Mimik an. Ein spezifisch gemeinsam vereinbartes Zeichensystem kann zusätzliches Vertrauen schaffen, befördert ein gewisses Gruppengefühl.

Hierbei bietet sich auch die Nutzung von **Verhaltensverstärkern** an. Je nach Alter und Vereinbarung sind Signalkarten oder Handzeichen des Pädagogen zu empfehlen, die zur Bewertung genutzt werden können.

Auf den Sport bezogen eignen sich als Token z. B. bunte Wäscheklammern oder Klebepunkte. In meiner persönlichen Arbeit hat sich eine Magnettafel bewährt, die man an der Wand befestigen kann (möglichst nicht in Reichhöhe der Kinder, um ein Vertauschen der Token zu vermeiden). Diese Tafel wird mit den Namen der Kinder beschriftet und die bunten Magnetsteinchen können leicht angebracht (bei positivem Verhalten – z. B. Regeleinhaltung, genau zuhören, sich bremsen können) und wieder abgenommen werden (bei unerwünschtem Verhalten – z. B. Regelverletzung, nicht zuhören, umherlaufen). Das Wichtigste bei dem Einsatz von Token ist, wie schon genannt, dass die Kinder vorher genau über dieses System informiert werden und verstehen, für welches Verhalten sie positiv verstärkt (durch

den Erhalt eines Magnetsteinchens) und für welches Verhalten sie negativ verstärkt (durch Abgabe eines Magnetsteinchens) werden.

Die positive/negative Verstärkung sollte neben materieller auch die soziale Belohnung mit einbeziehen. Die soziale Verstärkung erfolgt über Gestik/Mimik, Ermutigung (vor Beginn oder während einer Übung – zeigt dem Kind, dass man ihm etwas zutraut) und Lob (nach einer erfolgreich abgeschlossenen Übung – bewertet eine Leistung) und wirkt positiv auf die Selbsteinschätzung der Kinder. Gerade „Tipps“ und „Tricks“ vom Übungsleiter motivieren die Kinder und helfen ihnen dabei, eine Übung zufriedenstellend auszuführen.

Positive Selbsterfahrungen, auch über die Wirkung auf andere Kinder, können gezielt im Sport vermittelt werden.

### 2. 3. 2 Positives Selbsterleben

Beim Sporttreiben in einer Gruppe dominiert die Interaktion zwischen den Kindern. Das birgt zwar auch zusätzliche Reibungspunkte, kann aber auch die Wirkung von erfolgreichem Handeln potenzieren. In Spielen erfolgreich zu sein ist nicht das Ergebnis der Leistung Einzelner, es sind alle Mannschaftsmitglieder beteiligt. Mit einer klaren Aufgabe versehen, kann auch das aufmerksamkeitsgestörte Kind sich einbringen, erlebt seinen Anteil am Erfolg, erfährt Bestätigung durch Kameraden. Gerade Spielsituationen fordern dazu heraus, Regeln, Spielfeldmarkierungen zu akzeptieren, sich mit seinem Verhalten anzupassen.

### 2. 3. 3 Wirkungsvolle Beteiligung

Im Sport bedarf es häufig des Nutzens vielfältiger Übungsmaterialien. Die Hilfsbereitschaft der Kinder nutzend, aber auch aus Gründen der Sicherheit, sollten die Kinder beim Aufbau und Wegräumen der Materialien helfen, um die Kinder in die Organisation mit einzubeziehen bzw. ihnen kleine Aufgaben zuzuteilen und sie auch im Auge zu behalten. Aber auch die Auswahl der Spiele erfolgte oft durch die Kinder selbst.

### 2. 4 Inhalte des Projektes

Abschließend möchte ich noch das Vorgehen und einige Erfahrungen unseres Projektes vorstellen.

In zwei Studien wurden zunächst in einem sporttherapeutischen Training zur Beeinflussung von aufmerksamkeitsgestörtem hyperaktiven Verhalten im Vorschulalter gezielt Übungsformen zur Förderung der Reaktionsverzögerung und des Anpassens motorischen Verhaltens als Ausdruck verbesserter Verhaltenssteuerung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Diese Erfahrungen wurden seit 2007 durch die Psychomotorik-Gruppe des Projektes genutzt.

In Anlehnung an Lauth/Schlottke sollte in der Psychomotorikgruppe das Üben von Basisfertigkeiten zur Reaktionsverzögerung als fundamental für die Arbeit in offenen Räumen und Situationen, wie sie im Sport typisch sind, im Zentrum der Therapie stehen.

In der Fitness- und Klettergruppe (später Ballspiele) sollten die Kinder zu Problemlösungsstrategien geführt werden (anlehnend an Lauth/Schlottke). Die zunächst laut geäußerte Selbstinstruktion (Formulieren des Handlungszieles, der geplanten Schritte) geht dabei zunehmend in eine verdeckte, innere Instruktion (innere Sprache) über. Mit dem Strategietraining sollte jedoch erst begonnen werden, wenn die Basisfertigkeiten variabel in unterschiedlichen Situationen zur Verfügung stehen (als verfestigte Komponenten der Verhaltensregulation). Deshalb wandten wir diese Form nicht in der Psychomotorikgruppe an.

Da viele dieser Übungen auch als Partnerübungen oder in kleinen oder größeren Gruppen ausgeführt werden und ein gemeinsames Abstimmen, Zusammen- und Aufeinander-zugehen erfordern, ist der kooperative und Sozialverhalten fördernde Charakter offensichtlich. Dieses Aufeinander-Angewiesen-Sein, das Miteinander-Arbeiten-Müssen wird ganz besonders dann provoziert, wenn in Kleingruppen selbstständig bestimmte Lösungsvarianten zu erproben sind wie beim Klettern. Dort wurde der rücksichtsvolle, aufmerksame Umgang miteinander besonders gefördert. In der Klettergruppe erlernten die Kinder nicht nur Kletter- und Sicherungstechniken, sie mussten vor jeder Übungseinheit auch Grundzüge des Umgangs mit diesen Regeln wiederholen, um sie zu festigen (verinnerlichen) und erleben vor jedem Klettergang das Ritual von Zielformulieren, Kletterweg vereinbaren, sich gegenseitig absprechen im Sinne von geplantem Handeln (Strategietraining). Zudem schlossen die Übungseinheiten mit einem Spiel ab, gewählt durch jenes Kind, das die gesteckten Ziele, vereinbarten Regeln am besten einhielt. (Abb. 1 u. 2)



Abb. 1: Orientieren beim Klettern

Die Vorgehensweise in der **Fitness-Gruppe** war geprägt vom Trainingskonzept von Lauth/Schlottke für aufmerksamkeitsgestörte Kinder. Demnach schließt sich an das Basistraining ein sogenanntes Strategietraining an. Die Kinder lernen, vor dem Handeln ein Ziel zu formulieren, Schritte zu dessen Erreichen und schließlich die Realisierung zu kontrollieren und zu bewerten, das weitere Vorgehen zu bestimmen.



Abb. 2 Stärken des Selbstbewusstseins:  
Anderen Sicherheit geben

Dazu nutzten wir individuelle Trainingspläne, die vor dem Üben jeweils angeschaut und entsprechend planvoll umzusetzen waren. Für jedes Kind wurde eine Abfolge der Trainingsstationen (Geräte) fixiert, die Einstellung der Geräte (Höhen, Widerstände) erprobt und notiert, die Wiederholungszahlen und Übungsserien festgelegt, alles auf einem individuellen Trainingsplan notiert. Vor jeder Übungseinheit sprach der Übungsleiter mit jedem Kind das aktuelle Vorgehen bzw. Belastungsveränderungen durch, die Kinder wiederholten ihre Stationsfolge. An jedem Übungsgerät (z. B. Laufband, Seilzüge) kontrollierte das Kind gedanklich das Vorgehen (Was ist mein Plan? Wie stelle ich das Gerät ein? Wie übe ich?), um dann nach dem Üben das Erreichte selbst zu kontrollieren und zu notieren. Am Ende der Übungseinheit vergleicht jedes Kind das individuelle Ziel mit den erreichten Leistungen und berichtet dem Übungsleiter darüber. Jenes Kind, das seinem Ziel am nächsten kam, die vereinbarten Regeln am besten umsetzte und dabei selbstständig arbeitete, darf ein abschließendes Spiel bzw. das für die nächste Übungseinheit auswählen.



Abb. 3: Planvolles Handeln: Geräte nach Vorgabe  
einstellen und richtiges Üben

Die Inhalte der **Psychomotorikgruppe** orientierten sich am Basistraining von Lauth und Schlottke (1998), dessen Ziel

Verhaltenweisen sind, die auf genauem Hinhören, Hinsehen und überlegtem Handeln basieren. Übungen zur Förderung der Reaktionsverzögerung, der räumlichen Orientierung und des kinästhetischen Differenzierens waren die Mittel der Wahl.

„Genaueres Hinschauen“ oder genau Berührungspunkte spüren, stand im Zentrum der **Wahrnehmungsübungen**, wo es darum ging, sich räumliche Anordnungen zu merken (Abb. 5) oder Körperberührungen zu spüren wie beim „Piz-zabacken“ (Abb. 6). Aufmerksames Hören sicherte im Spiel „Keulendieb“ den Erfolg, indem mit geschlossenen Augen auf die Bewegungen des heranschleichenden „Keulendiebes“ zu achten ist (Abb. 7).



Abb. 4: Auf dem Laufband lange laufen: Aufmerksam  
bei einer Tätigkeit bleiben



Abb. 5: Figurennachlegen

Bei den **Differenzierungsübungen** galt es, mit wohl dosiertem Kräfteinsatz zu arbeiten, ein Ziel genau zu treffen, auch mit unterschiedlichen Bällen wie beim Zielwerfen (Abb. 8), einen Luftballon zu balancieren (Abb. 9) oder beim Spiel „Burgball“ (Abb. 10) eine „bewachte“ Keule zu treffen, dabei aber mit den anderen Kindern durch Zuspielden Mitspieler in die beste Wurfposition zu bringen.



Abb. 6: „Pizzabacken“



Abb. 7: „Keulendieb“



Abb. 8: Zielwerfen mit dosiertem Krafteinsatz

### Orientierungsübungen

#### 3. Erste Ergebnisse

##### 3.1 Diagnostik in der Pilotstudie

Zur Erfassung der intellektuellen Leistungsfähigkeit fand der Intelligenztest K-ABC (Kaufman Assessment Battery for Children) Anwendung. Er prüft die Intelligenz und das Niveau der Fertigkeiten von Kindern zwischen 2; und 12; 5 Jahren. Die einzelnen Skalen drücken die kindliche Fähigkeiten zum geistigen Verarbeiten aus, in unterschiedlichem Maße lassen Aufgaben der Skala einheitliches Denken (SED) auch Aussagen über Wahrnehmungsleistungen und Aufmerksamkeitsleistungen zu, wie z. B. „genaues

Hinschauen“ (Handbewegungen) oder „genaues Hinhören“ (Zahlennachsprechen, Wortreihe). Teilaufgaben der Skala ganzheitliches Denken (SGD) erfordern neben dem genauen Hinsehen „Nachdenken“ und überlegt Handeln, integrieren vieler Reize (Gestaltschließen, Dreiecke, Bilder ergänzen, Fotoserie u.a.).

Aufmerksamkeitsleistungen wurden mittels D2-Test nach Brickenkamp erfasst.

Zur Anwendung kamen in der Pilotstudie zudem koordinative Kontrollübungen von Jung (2002).

##### 3.2 Ergebnisse der Pilotstudie

In der beschriebenen Pilotstudie nahmen bislang 33 Kinder im Alter von vier bis 13 Jahren teil, davon 26 Jungen und sieben Mädchen.



Abb. 9: „Mit wohldosiertem Krafteinsatz“  
Luftballon balancieren

Durch die Nutzung der Potenzen des sporttherapeutischen Trainings können typische Verhaltensstörungen des ADHS-Kindes beeinflusst werden. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass durch spezielle Trainingsprogramme auf Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität, Impulsivität und verminderte Aufmerksamkeit Einfluss genommen werden kann. Die in der Studie integrierten Kinder vermochten am Ende der Studie nicht nur länger aufmerksam zu arbeiten, sondern machten dabei auch weniger Fehler (Abb. 11 u. 12).



Abb. 10: Burgball

Veränderungen im Intelligenztest im Verlauf der Studie werden weniger im Kontext verbesserter intellektueller Fähigkeiten diskutiert, sondern stärker hinsichtlich veränderter Leistungsvoraussetzungen bei der Reizaufnahme und Verarbeitung im Sinne von Aufmerksamkeitsleistungen (Abb.13 u. 14).

Insgesamt ist es aus Sicht der Aufmerksamkeitsdefizite der in der Studie integrierten Kinder durchaus nicht verwunderlich, dass zu Beginn der Untersuchungen vor allem die Werte der Skala einzelheitliches Denken mit einem Wert von 89,06 unterhalb des Durchschnittes von 100+/- 7,5 liegt. Eine Verbesserung auf 96 bedeutet eine Annäherung an „normale“ Werte.

Die Ergebnisse aller in das Projekt integrierten Kinder verbesserten sich im Laufe der Studie, wobei sich durch altersgerechte Normwerte dies als „echte“ Verbesserung darstellt.

entspricht dem durchschnittlichen Alter der Probanden) erreichen sie bei einem Orientierungstest (Medizinball-Farben-Lauf nach Jung, 2002) durchschnittlich die Note 3, dagegen beim ganzkörperlichen Reaktionstest (Jung 2002) und im Zielwerfen zur Erfassung der kinästhetischen Differenzierungsfähigkeit sogar nur die Note 4 (Abb. 15).

Vergleicht man die Ergebnisse verschiedener Testaufgaben zur Erfassung koordinativer Leistungen, so zeigt sich ein differenziertes Bild.

Kinder des Projektes, die über einen längeren Zeitraum involviert waren, vermögen ihre Leistungen innerhalb des Projektes in komplexen Tests nicht zuverlässig zu steigern oder verschlechtern sich sogar, wie am Beispiel des Medizinball-Nummern-Laufes (Abb. 16) und Zielwerfens (Abb. 17) deutlich wird.

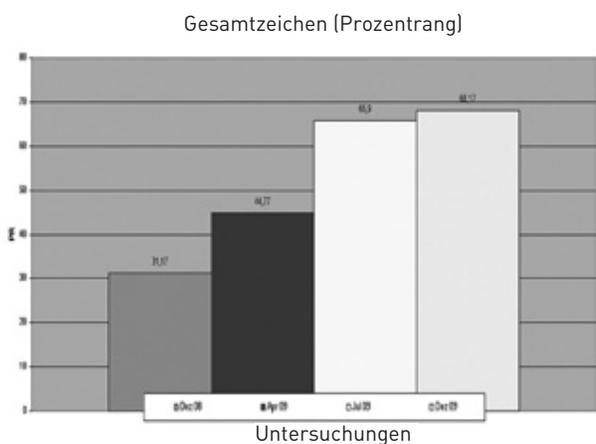


Abb. 11: Ergebnisse d2-Test (GZ-PR)

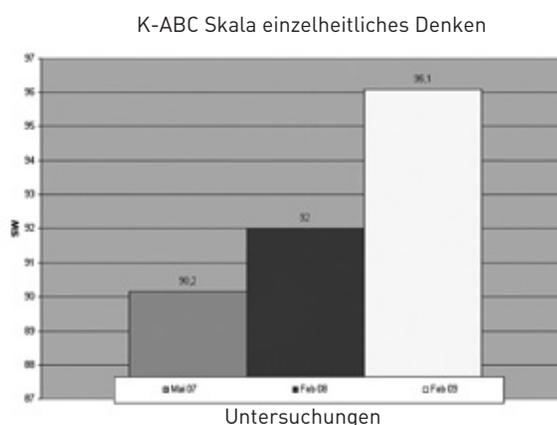


Abb. 13 u. 14: Ergebnisse K-ABC (SED; SGD)

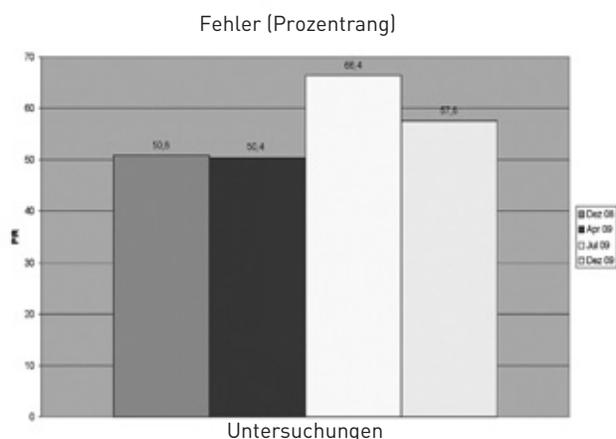
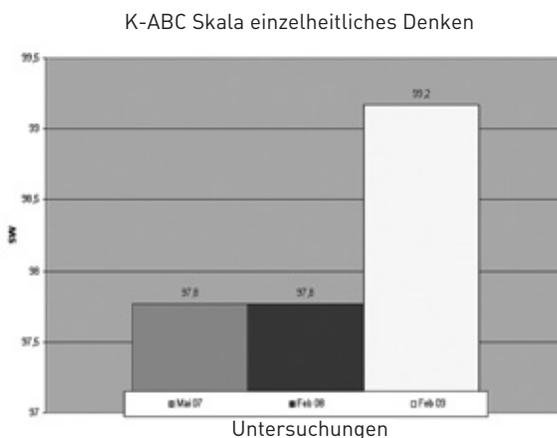


Abb. 12: Ergebnisse D2-Test (F-PR)



**Ergebnisse Motorik-Tests**

Im Kontext von Erklärungsansätzen von ADHS lassen sich auch Auswirkungen auf motorische Leistungen vermuten. Erste Ergebnisse dokumentieren zunächst, dass bei Kindern mit ADHS neben der Verhaltensproblematik auch Auffälligkeiten bei den koordinativ-motorischen Fähigkeiten auftreten können. Im Vergleich zu Kindern 3. Klassen (das

Die sehr komplexen Aufgaben erfordern eine hohe Konzentration sowie sinnvolles richtiges Handeln.

Bei motorischen Testaufgaben, bei denen die Aufmerksamkeitsspanne nur kurzzeitig zu erbringen war, zeigten sich durchaus Verbesserungen, wie die Ergebnisse im komplexen Reaktionstest (Ball-Reaktion-Übung) im Vergleich zur einfachen Reaktion beim Fallstabtest (Abb. 18/19).

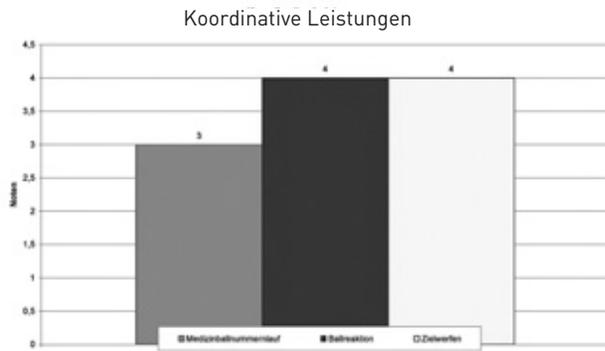


Abb. 15 Koordinative Leistungen von AD(H)S-Kindern im Vergleich zu Gleichaltrigen (Notenwerte)

Allgemein kann mit den Möglichkeiten des Sports, also mit den ihm eigenen Mitteln und Methoden, dazu beigetragen werden, Verhaltensdispositionen positiv zu beeinflussen. Beobachtete Fortschritte im sozialen Umgang der Kinder und entstandene Freundschaften zwischen ihnen als ein wichtiges Ergebnis sollen nicht unerwähnt bleiben.

Aufgrund des geringen Umfanges der Stichprobe bedarf es weiterführender Untersuchungen im Vergleich zu Kontrollkindern, der Evaluation in größeren Gruppen, um sowohl in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS als auch im klinischen Alltag genutzt zu werden. Literatur bei der Verfasserin zu erfragen.

■ Prof. Dr. Gudrun Ludwig

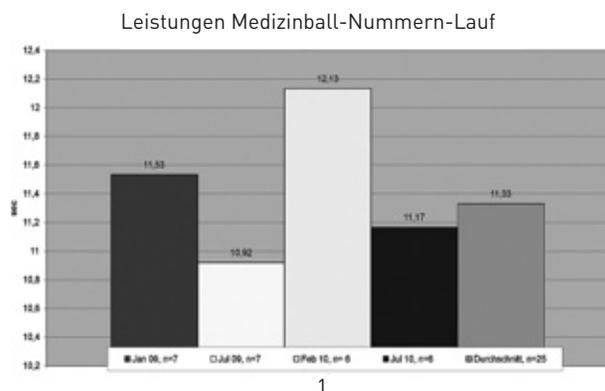


Abb. 16: Ergebnisse im Orientierungstest

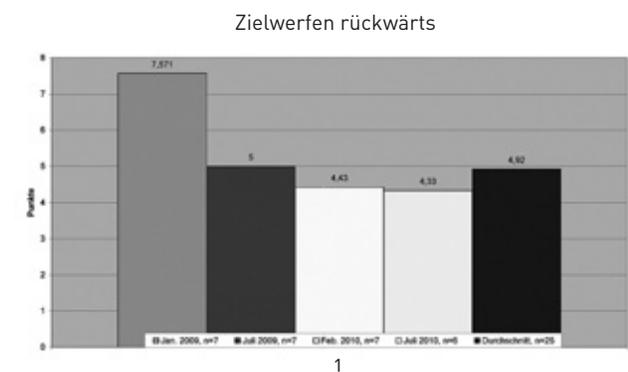


Abb. 17: Ergebnisse beim Zielwerfen

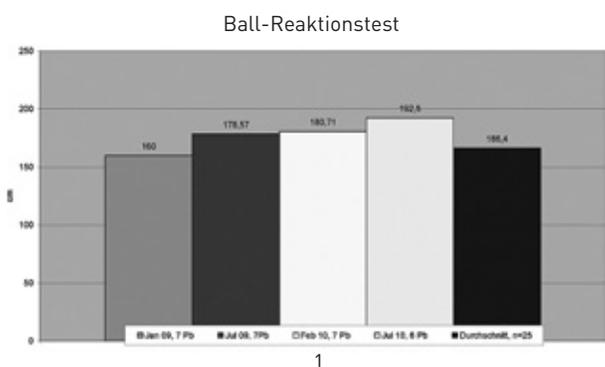


Abb. 18: Leistungsentwicklung bei der komplexen Reaktionsfähigkeit

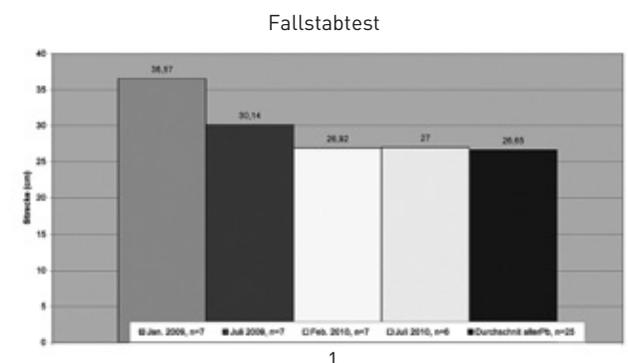


Abb. 19: Einfache Reaktionsleistungen im Fallstabtest

# State of the Art - ADHS

## Zusammenfassung

Die ADHS ist die häufigste psychiatrische Erkrankung des Kindes- und Jugendalters mit inzwischen eindeutig nachgewiesener hoher Persistenz ins Erwachsenenalter. Genetische Faktoren gelten als entscheidend für die Ätiologie der Erkrankung. Als wichtiger möglicher exogener Faktor wurde bisher das Rauchen von Müttern in der Schwangerschaft angesehen. Eine neue Studie belegt, dass es sich bei dem Zusammenhang zwischen Rauchen in der Schwangerschaft und ADHS bei den Kindern nicht um einen toxischen, sondern um einen Vererbungseffekt handeln dürfte, d.h., dass von der ADHS betroffene, in der Schwangerschaft rauchende Mütter ihre genetische Veranlagung bezüglich ADHS an ihre Kinder weitergeben. Die Bedeutung des Dopaminsystems für die ADHS wird immer deutlicher; so fanden sich bei transkraniellen sonografischen Untersuchungen Auffälligkeiten in der Substantia nigra. Von gesundheitsökonomischer Seite wird die entscheidende Bedeutung einer rechtzeitigen Gabe von Stimulanzien hervorgehoben. Eine entsprechende Therapie hat positive Effekte auch bezüglich der Ausprägung und Entwicklung psychiatrischer Komorbiditäten. Die günstigen Effekte einer Behandlung mit retardiertem Methylphenidat bei Erwachsenen mit ADHS erhellen aus mehreren aktuellen großen kontrollierten Studien. Zur Bedeutung der Psychotherapie im Rahmen eines multimodalen Behandlungsansatzes, bei der ADHS im Erwachsenenalter wird, derzeit eine große multizentrische Studie durchgeführt. Bei erwachsenen Frauen mit ADHS sind geschlechtsspezifische Besonderheiten zu beachten, die bei fehlender Kenntnis eine frühzeitige Diagnosestellung verhindern können.

Die entscheidende Bedeutung genetischer Faktoren in der Ätiologie der ADHS wird immer klarer; gemäß einem aktuellen Überblick ist die Heritabilität bei dieser Erkrankung mit 0,76 anzusetzen (1). Die Bedeutung diverser Kandidatengene (u.a. DRD4, DRD5, DAT1, HTR1B und SNHP-25) konnte durch Metaanalysen erhärtet werden. Genomweite Assoziationsstudien werden in Zukunft weitere Klarheit schaffen. Besonders wichtig werden in diesem Zusammenhang Studien zu Gen-Umwelt-Interaktionen sein.

Als begünstigender exogener Faktor für die Entstehung einer ADHS wurde in den letzten Jahren immer wieder ein Nikotinabusus der Mutter während der Schwangerschaft angeführt; andererseits wurde darauf verwiesen, dass ein grundlegender Fehler der bisherigen Studien sein könnte, dass die betroffenen Mütter nicht ausreichend auf das Vorliegen einer ADHS – insbesondere vom unaufmerksamen Typ – untersucht wurden; Müttern, die selbst unter

ADHS leiden, dürfte es viel schwerer fallen, auf das im Sinne einer Selbstmedikation eingesetzte Nikotin während der Schwangerschaft zu verzichten (2). Wenn also statistisch häufiger Kinder mit ADHS aus einer Schwangerschaft ebenfalls betroffener und deswegen rauchender Mütter resultieren, wäre eine genetische Verursachung wahrscheinlicher als eine toxische. In einer aktuellen multizentrischen Studie mit einem neuartigen Design wurde dieser Frage nachgegangen:



Prof. Dr. K-H. Krause



Dr. med. Johanna Krause

In 20 Fertilitätskliniken wurde untersucht, ob sich bei den Kindern von Frauen, die in der Schwangerschaft geraucht hatten, im Vergleich zu Nichtraucherinnen Unterschiede fanden, wobei weiterhin unterschieden wurde zwischen den Kindern, deren Mütter genetisch mit ihnen verwandt waren, und denen, bei denen keine genetische Verwandtschaft bestand (d.h. Schwangerschaft durch Eizellenspende) (3). Resultat war, dass die Kinder rauchender Mütter, die genetisch mit ihnen verwandt waren, signifikant häufiger eine ADHS-Symptomatik zeigten als die Kinder von nicht rauchenden Müttern. In der Gruppe der genetisch nicht mit ihren Müttern verwandten Kinder hatte das Rauchen dagegen keinen Einfluss auf die Ausbildung von späteren ADHS-Symptomen; hier zeigten die Kinder der rauchenden Mütter sogar niedrigere ADHS-Scores als die von Nichtraucherinnen. Die Autoren folgern hieraus, dass es sich bei dem beschriebenen Zusammenhang zwischen Rauchen in der Schwangerschaft und Ausbildung einer ADHS beim Kind um einen Vererbungseffekt handeln dürfte (3).

Die wesentliche Rolle des Dopaminsystems, das ja durch Nikotin beeinflusst wird (4), zeigt sich auch in einer Studie, in der mithilfe der transkraniellen Sonografie eine vermehrte Echogenität der Substantia nigra bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS gefunden wurde (5). Zur Frage, wie die Gabe von Stimulanzien sich auf das Rauchverhalten bei Patienten mit ADHS auswirkt, liegt jetzt eine placebokontrollierte Doppelblindstudie vor; in Übereinstimmung mit eigenen Erfahrungen zeigte sich, dass das Rauchen unter

der Medikation zwar nicht häufiger ganz aufgegeben wurde, dass aber die Zahl der pro Tag gerauchten Zigaretten unter Stimulanzien abnahm (6).

Zunehmend wichtig werden – gerade in Anbetracht der bestehenden Wirtschaftskrise – gesundheitsökonomische Aspekte, vor allem bei so häufigen Krankheiten wie der ADHS. Für Kinder und Jugendliche mit ADHS wurden mehr als 2,5fach höhere direkte Kosten gegenüber einer bezüglich Alter, Geschlecht und Kassenzugehörigkeit identischen Kontrollgruppe nachgewiesen (7). Kosteneffektivitätsanalysen zeigten, dass eine intensive Methylphenidatbasierte medikamentöse Behandlungsstrategie nach den derzeit gängigen Maßstäben als kosteneffektiv anzusehen ist, während aus ökonomischer Sicht Atomoxetin eine Therapieoption der zweiten Wahl darstellt; für psycho- bzw. verhaltenstherapeutische Interventionen liegen gemäß der aktuellen Übersicht noch keine positiven Evaluationen vor (8).

Einen positiven Effekt von Stimulanzien auch auf Entwicklung von komorbiden Störungen wie Depression, Angststörungen und oppositionellem Verhalten belegt eine neue Studie aus den USA (9). Weiterhin wurde auch eine Abnahme der Videospieldsucht bei Kindern mit ADHS durch die Gabe von Methylphenidat beschrieben (10).

Zur Frage der Persistenz der ADHS ins Erwachsenenalter liegt eine neue kontrollierte Studie vor, in der über 10 Jahre der Verlauf der ADHS bei Jungen verfolgt wurde (11); 78% erfüllten im jungen Erwachsenenalter immer noch Kriterien einer Persistenz (fehlende funktionelle Remission, noch mindestens die Hälfte der vollen Symptomatik oder weitere medikamentöse Behandlung), wobei nur noch 35%

das Vollbild der ADHS gemäß DSM IV-Kriterien boten. Bei Erwachsenen mit ADHS bestätigte sich der positive Effekt von retardierten Methylphenidatpräparaten in drei großen aktuellen Studien (12,13,14). In einer demnächst erscheinenden Analyse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information wird die positive Wirksamkeit von Stimulanzien bei Erwachsenen mit ADHS eindrücklich bestätigt (15). Eine groß angelegte Multicenterstudie zur Wirksamkeit einer zusätzlichen Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS wird aktuell durchgeführt (16). Eine europäische Expertenkommission hat ein Konsensuspapier zur Behandlung Erwachsener mit ADHS erarbeitet, in dem die entscheidende Bedeutung von Stimulanzien im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes unterstrichen wird (17).

Bei der Diagnostik der ADHS bei Mädchen und Frauen sind geschlechtsspezifische Besonderheiten hinsichtlich des Komorbiditätsprofils zu beachten; bei Mädchen mit ADHS wird über fünfmal häufiger eine Major Depression diagnostiziert, dreimal häufiger werden sie wegen depressiver Symptome behandelt, bevor überhaupt erst die Diagnose einer ADHS gestellt wird. Stets bedacht werden sollte die Häufung von Essstörungen bei Mädchen und Frauen mit ADHS wegen der erheblichen therapeutischen Konsequenzen (18).

Aus: Pharmafokus ZNS 2010; 7: 64-66.

Mit freundlicher Genehmigung des Georg Thieme Verlages, Stuttgart

■ Dr. J. Krause, Ottobrunn und  
■ Prof. Dr. K.-H. Krause, München

#### Literatur

- Coghill D, Banaschewski T. Expert Rev Neurother. 2009; 9:1547-1565.
- Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. 3. Aufl. 2009. Schattauer; Stuttgart, New York.
- Thapar A, Rice F, Hay D et al. Biol Psychiatry. 2009; 66:722-727.
- Krause J. Expert Rev Neurother. 2008; 8:611-625.
- Krauel K, Feldhaus HC, Simon A et al. Biol Psychiatry. 2010: in press
- Winhusen TM, Somoza EC, Brigham GS et al. J Clin Psychiatry. 2010: in press
- Schlender M, Trott GE, Schwarz O. Nervenarzt. 2010; 81:289-300.
- Schlender M, Trott GE, Schwarz O. Nervenarzt. 2010; 81:301-314.
- Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T et al. Pediatrics. 2009; 124:71-78.
- Han DH, Lee YS, Na C. Compr Psychiatry. 2009; 50:251-256.
- Biederman J, Petty CR, Evans M et al. Psychiatry Res. 2010; 177:299-304.
- Adler LA, Zimmerman B, Starr HL et al. J Clin Psychopharmacol. 2009; 29:239-247.
- Medori R, Ramos-Quiroga JA, Casas M et al. Biol Psychiatry. 2008; 63:981-989.
- Rösler M, Fischer R, Ammer R et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009; 259:120-129.
- Benkert D, Krause KH, Wasem J, Aidelsburger P. Medikamentöse Behandlung der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) im Erwachsenenalter in Deutschland. 2010; Deutsche Agentur für Health Technology Assessment im Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DAHTA@DIMDI).
- Philipsen A, van Elst LT, Lesch KP et al. Psychother Psychosom Med Psychol. 2009; 59:132-140.
- Kooij JJS and Members of the European Network Adult ADHD. BMC Psychiatry 2010: in press
- Quinn PO. Curr Psychiatry Rep. 2008; 10:419-423.

# Verschiedene neuere Studien zu ADHS

## In Verbindung mit Ernährung und Nährstoffversorgung

Zusammengestellt von Renate Meyer



Renate Meyer

### Verringerung der ADHS-Symptome durch hypoallergene Ernährung:

Pelsser LM, Frankena K, Toorman J, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial.

Lancet 2011; 377: 494-503.

In einer Untersuchung, deren Teilnehmer repräsentativ für alle Kinder mit ADHS waren, führte eine fünf-wöchige hypoallergene Eliminationsdiät bei 50 Kindern mit ADHS im Alter von vier bis acht Jahren (als Kontrollgruppe dienten weitere 50 ADHS-Kinder, die sich für fünf Wochen im Allgemeinen gesund ernähren sollten) bei 32 der verbliebenen 41 Kinder, die die Diät durchgehalten hatten, zu einem signifikanten Rückgang der ADHS-Symptome.

In der 2. Untersuchungsphase, an der dann 30 Kinder teilnahmen, die auf die Diät ansprachen, kam es durch die Wiedereinführung bestimmter Nahrungsmittel dann bei 19 (63%) der getesteten Kinder zu einer Rückkehr der Symptome.

Gem. den Forschern um Prof. Dr. J. Buitelaar spreche es dafür, dass eine spezielle Ernährung bei allen Kindern mit ADHS Teil des Behandlungsplans werden sollte.

Bereits Anfang der 90iger Jahre konnten im Zusammenhang mit den Studien zur „Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen“ (Prof. Schmidt et al, Dr. Egger et al), welche im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurden, ähnliche Ergebnisse nachgewiesen werden. Die oligoantigene Diät nach Prof. Egger, mit nachfolgender rein-

troductiver Phase (Wiedereinführungsphase) weicht nur unwesentlich von der in der neueren Studie angewandten hypoallergenen Diät ab.

Dementsprechend wird die oligoantigene Diät mit nachfolgender reintroductiver Phase bei ADHS ohnehin schon erfolgreich in verschiedenen Ambulanzen in Meran, London und München durch ein interdisziplinäres (fächerübergreifendes) Team, bestehend aus Kinderarzt, Kinderneurologen, Psychologen, Diätassistenten eingesetzt.

Es verbleibt die Frage nach den zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen. Unverträglichkeitsreaktionen unterliegen verschiedenen Pathomechanismen und bei Allergien üblicherweise angewandte Prick-Tests und RAST-Tests erfassen nur zirkulierendes und an Mastzellen gebundenes Ig-E und damit nur einen Typ möglicher Immunantworten. Bereits mit den Studien zur „Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen“ wurde seitens der Forscher gefordert, die Wirkmechanismen (Frage einer allergischen Pathogenese/immunologischer Vorgänge) der oligoantigenen Diät in weiteren Untersuchungen zu überprüfen, was mit dieser neuen Studie zumindest im Hinblick auf ohnehin umstrittene und den Patienten von daher auch selbst zu tragenden IgG-Bluttests erfolgte.

Hiernach erscheint es nicht als sinnvoll, eine Eliminationsdiät auf Basis einer IgG-Testung durchzuführen, sondern eine ärztlich begleitete und zeitlich begrenzte Auslass-Diät anzustreben (z.B. der oligoantigenen Diät, begleitet durch ein interdisziplinäres Team, wie es ADHS-Deutschland bei Verdacht auf eine nahrungsmittelinduzierte ADHS-Symptomatik ohnehin empfohlen hat), welche dann umgehend abgesetzt werden muss, sollte sie keine Wirkung zeigen oder, um diese mit einer Wiedereinführungsphase fortzusetzen, sollte sie zu deutlichen Verbesserungen der Symptomatik führen.

<http://www.wissenschaft.de/wissenschaft/news/312866.html>

[http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/44584/Diaet\\_lindert\\_ADHS.htm](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/44584/Diaet_lindert_ADHS.htm)

<http://www.adhdenvoeding.nl/cms/wp-content/uploads/2011/02/Pelsser-The-Lancet-2011-Publication-INCA-study.pdf>

<http://www.adhdenvoeding.nl/publicatie-inca-studie-in-the-lancet/>

Und hier noch die aktuellen Gesundheitstipps von Prof. Egger, derzeit Primar der Pädiatrie Krankenhaus Meran:  
<http://www.sb-meran.it/de/news/3575.asp>

Interdisziplinäres Team der Uni-München:  
[http://www.kind.med.tu-muenchen.de/cms/front\\_content.php?idcat=63](http://www.kind.med.tu-muenchen.de/cms/front_content.php?idcat=63)

#### **Auswirkungen von Lebensmitteln auf körperliche Beschwerden und Schlafstörungen bei Kindern mit ADHS:**

Effects of food on physical and sleep complaints in children with ADHD: a randomised controlled pilot study, Pelsser LM, Frankena K, Buitelaar JK, Rommelse NN, Eur J Pediatr. 2010 Sep;169(9):1129-38. Epub 2010 Apr 17

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann mit komorbiden körperlichen Beschwerden und Schlafstörungen in Verbindung gebracht werden. Diätetische Interventions-Studien haben überzeugende Beweise für die Wirksamkeit bei der Verringerung von ADHS-Symptomen bei Kindern gezeigt. In dieser Studie wurden speziell die Auswirkungen einer Eliminationsdiät auf körperliche Beschwerden und Schlafstörungen bei Kindern mit ADHS untersucht. Hiernach kann eine Eliminationsdiät ein wirksames Mittel sein, körperliche Beschwerden und Schlafstörungen bei ADHS zu verringern. Aber es ist mehr Forschung notwendig, um die Auswirkungen von Lebensmitteln auf funktionale/somatische Symptome bei Kindern mit und ohne ADHS zu bestimmen.

Internet:

<http://www.pelsser.nl/>

<http://www.adhdenvoeding.nl/uploads/File/Downloads/adhd%20and%20physical%20complaints%20pelsser%20Eur%20J%20ped%202010.pdf>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20401617>

#### **Histamin und ADHS:**

The Role of Histamine Degradation Gene Polymorphisms in Moderating the Effects of Food Additives on Children's ADHD Symptoms, Jim Stevenson, Ph.D., Edmund Sonuga-Barke, Ph.D., Donna McCann, Ph.D., Kate Grimshaw, M.Sc., Karen M. Parker, M.S., Matthew J. Rose-Zerilli, B.Sc., John W. Holloway, Ph.D., and John O. Warner, M.D., American Journal of Psychiatry. 2010 Jun 15

Hiernach wird vermutet, dass genetische Polymorphismen den Histaminabbau bei ADHS beeinträchtigen, was wiederum die Vielfalt der Reaktionen auf Zusatzstoffe bei ADHS erklären könnte. Gene beeinflussen eine Reihe von Neurotransmittersystemen und deren Zusammenspiel mit Umweltfaktoren, wie Ernährung. Daher sind weitere Un-

tersuchungen notwendig, um genetische Einflüsse auf die ADHS-Symptome zu verstehen.

Internet:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/appi.ajp.2010.09101529v1>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20551163>

#### **Nahrungsaufnahme und Nährstoffversorgung von Kindern mit ADHS:**

Nutritional status of children with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study.

Kiddie JY, Weiss MD, Kitts DD, Levy-Milne R, Wasdell MB, International Journal of Pediatrics, 2010:767318. Epub 2010 Jun 28.

Die Pilotstudie zeigt eine Prädisposition für niedrige Zink- und Kupfer-Werte bei Kindern mit ADHS, obwohl die Nährstoffaufnahme vergleichbar war mit der Norm der Bevölkerung.

Internet:

<http://www.hindawi.com/journals/ijped/2010/767318.html>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20652039>

#### **Mehrfach ungesättigte Fettsäuren, Magnesium und Zink bei Kindern mit ADHS:**

Supplementation of polyunsaturated fatty acids, magnesium and zinc in children seeking medical advice for attention-deficit/hyperactivity problems - an observational cohort study.

Huss M, Völp A, Stauss-Grabo M, Lipids Health Dis. 2010 Sep 24;9:105.

In der Beobachtungsstudie zeigten die meisten Probanden nach 12 Wochen der Substitution aus einer Kombination von Omega-3 und Omega-6-Fettsäuren sowie Magnesium und Zink eine deutliche Reduzierung der ADHS-Symptome. Das Ergebnis deutet auf eine positive Wirkung dieser Nährstoffe auf Aufmerksamkeits-, Verhaltens- und emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen hin.

Internet:

<http://www.lipidworld.com/content/9/1/105>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20868469>

#### **Verringerung der ADHS-Symptome durch hypoallergene Ernährung:**

Pelsser LM, Frankena K, Toorman J, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial.

Lancet 2011; 377: 494-503.

■ Renate Meyer

# Magnesiummangel und ADHS

Nach Feststellungen der Selbsthilfeorganisation Mineralimbalancen (mit dem Schwerpunkt Magnesiummangel) wird in Deutschland der Magnesiummangel „kaum diagnostiziert, häufig fehlbeurteilt und schließlich nicht kausal therapiert“.

Professor Dr. Dr. Liebscher, 1. Vorsitzender der SHO Mineralimbalancen weist auf die Ähnlichkeit zahlreicher ADHS-Symptome mit denen des Magnesiummangels (Mg-Mangels) hin.

Er behauptet nicht, dass Mg-Mangel die Ursache von ADHS sei, sondern ADHS häufig eher eine Fehldiagnose, weil der Mg-Mangel nicht erkannt und nicht untersucht würde. Bei einem Mg-Mangel könne sich hinter einer ADHS-Diagnose auch ein genetisch bedingter Mg-Mangel verbergen. Der Gesunde habe eine 40-fache Regulationsspanne, um ernährungsbedingten oder stressbedingten Mg-Mangel auszugleichen. Diejenigen, die das nicht könnten, seien genetischbedingt in dieser Regulationsspanne eingeengt. Durch Stressbelastung fände man die eigentlichen Mg-Mangel-Betroffenen oft erst heraus.

Magnesium ist das Anti-Stress-Mineral und in Stresssituationen steigt der Mg-Bedarf weiter an.

Der Mg-Mangel gehöre unbedingt zur Ausschlussdiagnostik bei ADHS, denn ein Mg-Mangel sei ein bedeutsamer Risikofaktor für eine ADHS-Symptomatik. Insofern kritisiert Professor Dr. Dr. Liebscher, dass der Mg-Mangel in der ADHS-Leitlinie als Differenzialdiagnose sowie Magnesium als therapeutische Option fehlt und fordert, dass jeder ADHS-Betroffene grundsätzlich auf einen bestehenden Mg-Mangel untersucht und zunächst probatorisch mit Mg ausreichend hoch substituiert wird. Denn es haben in den letzten 15 Jahren von mindestens 4 verschiedenen internationalen Gruppen (Hermelin&Kozielec 1997, Schimatschek et al. 1998, Nogovitsina&Levitina 2005, Mousain-Bosc et al. 2006) entsprechende Studien zum Mg-Mangel und zur Wirksamkeit von Mg bei ADHS mit einheitlichem Trend der Ergebnisse vorgelegen: ADHS-Kinder haben häufig einen Mg-Mangel.

Als führende Magnesiummangelsymptome mit im Lebensalter wechselndem klinischen Bild werden auf der Homepage der SHO Mineralimbalancen sowie in nachstehender Literatur [2] beschrieben:

Reizbarkeit, Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, innere Unruhe, kalte Füße, Kopfschmerzen, Mattigkeit/Energielosigkeit, Geräuschempfindlichkeit, Grübeleien, Taubheitsgefühl in den Händen und Füßen, übermäßiges Schlafbedürfnis,

Herzklopfen, Herzjagen, Schwächegefühl, Kreuz- und Rückenschmerzen, Muskelkrämpfe.

Im Säuglings- und Kleinkindalter finden sich Geburtskomplikationen, leichte Gedeihstörungen, Infektanfälligkeit, erhöhte Krampfbereitschaft (Zahn- und Fieberkrämpfe) sowie eine verspätete Zahnung.

Im Schulkindalter sind Konzentrations- und Schlafstörungen, Nervosität, Bauch- und Kopfschmerzen, Kollapszustände, ca. ab dem 10. Lebensjahr Muskelkrämpfe, ca. ab dem 15. Lebensjahr Beklemmungsgefühle und Luftnot Erscheinungen des Magnesiummangels. Mädchen haben oft eine verspätet einsetzende Regelblutung und Regelschmerzen (Menstruationsbeschwerden); mitunter ist auch die Zyklusdauer verändert.

Im Erwachsenenalter treten rasche Erschöpfbarkeit, erhöhtes Schlafbedürfnis, Ängste, Depressionen, Muskelkrämpfe (in der Wadenmuskulatur, in den Gefäß- und Eingeweidemuskeln), Kopfschmerzen, Migräne (diffuse und/oder migräneartige Kopfschmerzen sind die Regel), unklare Oberbauchbeschwerden und Koliken auf.

Im Einzelfall können auch jeweils nur einzelne Symptome und Folgekrankheiten dominieren.

Weitere ausführliche Ausführungen zur Symptomatik eines Mg-Mangels finden Sie auf der Homepage der SHO Mineralimbalancen unter „Oft gestellte Fragen“:

[http://www.magnesiumhilfe.de/faq.php?q\\_lang=de](http://www.magnesiumhilfe.de/faq.php?q_lang=de)

Beim Mg-Mangel sind primäre und sekundäre (durch verschiedene Erkrankungen, die zu einer Verschlechterung der Magnesiumbilanz im Körper beitragen, auf die mit diesem Beitrag jedoch nicht näher eingegangen wird) Ursachen zu unterscheiden.

Zu den primären Ursachen eines Mg-Mangels gehören eine mangelhafte Ernährung und eine dadurch bedingte zu geringe Magnesiumaufnahme und genetische Ursachen, die den Aufnahmemechanismus (Magnesiumabsorption) im Darm oder die Magnesium-Wiederaufnahme (Rückresorption) in der Niere beeinträchtigen. Ein ernährungsbedingter Mg-Mangel wird in Deutschland bei einem Bedarf von 300mg Mg in der Nahrung jedoch als nicht existent angenommen, da bei gesunden Probanden ein ernährungsbedingter Mg-Mangel nur bei extremer Mangelernährung zu erzeugen ist [2].

Bei den genetischen Ursachen findet man im Gegensatz zu selten vorkommenden, extrem symptomatischen Patienten

(in der Regel schwer krampfende Neugeborene) viel häufiger Patienten, die unbehandelt einen Magnesiumspiegel im unteren Normbereich (des Serums) aufweisen, weil die genetisch bedingten Störungen moderater ausfielen (Magnesiummangeltetanie, auch Magnesiummangelsyndrom). Wobei die Häufigkeit des genetisch bedingten Mg-Mangels durch Polymorphismen wichtiger Gene, die für den Mg-Transport und die Mg-Homöostase verantwortlich sind, in der Bevölkerung relativ hoch einzuschätzen ist und mindestens ca. 15-20% der Bevölkerung betrifft [2]. Was gem. der SHO Mineralimbalancen leider jedoch nur sehr selten zur Kenntnis genommen wird.

Vom Gesamtbestand des menschlichen Organismus befinden sich 95% des Magnesiums im Intrazellulärraum, 5% im Extrazellulärraum und in den Blutbestandteilen enthalten die Erythrozyten ca. 70% des Magnesiums. Daher lässt das Blutserum nicht zwangsläufig Rückschlüsse auf die Versorgung der Zellen zu, was auch in Studien durch Messung der Mg-Konzentration der Erythrozyten Berücksichtigung fand.

Werden Mg-Werte im Serum und in den Erythrozyten parallel bestimmt, ist der Mg-Mangel in den Erythrozyten häufiger und eher zu erkennen [2].

Entsprechend erfolgt gem. Professor Dr. Dr. Liebscher öfters eine Fehlinterpretation der Blutserumwerte (falscher Ausschluss), wenn hierbei nicht durch Anamnese klinische Symptome des Mg-Mangels mitberücksichtigt werden. Als unterer Grenzwert für Mg-Blut-Serumwert wird in der Literatur 0,75mmol/L angegeben, die Angaben für die obere Referenzbereichsgrenze schwanken hierbei um den Wert von 1,10mmol/L [1 u.2].

So beschreibt die SHO Mineralimbalancen, dass sich nach ihren Beobachtungen trotz eines Magnesiummangels bei bis zu 80% der Mg-Mangel-Betroffenen der Serumspiegel im Normbereich befindet, bei den meisten Magesiumma-

gel-Tetanikern im unteren Bereich des Normwertes. Magnesiumkonzentrationen des Serums im Referenzbereich von 0,76-1,1mmol/L für sich alleine betrachtet, schließen daher einen Magnesiummangel nicht aus, die Hämolyse und Freisetzung von intrazellulärem Mg. führten zu einer Verfälschung (Erhöhung) der Serumkonzentrationen.

Aus diesen Gründen empfiehlt Prof. Dr. Dr. Liebscher in der Routine-Überwachung aller Patienten mit ADHS-Symptomatik oder ADHS-Diagnose den Beginn einer oralen Magnesiumtherapie bei Serumkonzentrationen von <0,9mmol/L oder bei Mg in den Erythrozyten von <2,2mmol/L sowie die Kontrolle der Serum-Magnesiumkonzentration in Abständen von drei Monaten.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass ein genetisch bedingter Mg-Mangel eine lebenslange Mg-Substitution notwendig macht.

Informationen und Kommentar über den von der SHO Mineralimbalancen geforderten Magnesium-Zielwert (Hinweise zur Substitution finden Sie unter „Oft gestellte Fragen“):

[http://www.magnesiumhilfe.de/poster200811.php?q\\_lang=de](http://www.magnesiumhilfe.de/poster200811.php?q_lang=de)

<http://www.magnesium-kommentar.de/>

Weitere Links zu Magnesiummangel, incl. Schilderung eines Betroffenen mit Fehldiagnose:

<http://www.mg-mangel.de/>

<http://www.mg-mangel.de/viewtopic.php?f=45&t=33>

Weitere Informationen sind zu erhalten über:

SHO Mineralimbalancen e.V.

-Schwerpunkt Magnesiummangel-

Karl-Marx-Allee 3, 10178 Berlin

1. Vorsitzender: Prof. Dr.sc.nat.Dr.med.D.-H.Liebscher

E-mail: [dierck-h.liebscher@magnesiumhilfe.de](mailto:dierck-h.liebscher@magnesiumhilfe.de)

■ Renate Meyer

#### Literatur:

(1) Diagnostik des Magnesiummangels; L.Spätling, H.G.Classen, W.R. Külpmann, F.Manz, P.M.Rob, H.F.Schimatschek, W.Vierling, J.Vormann, A.Weigert, K.Wink: Fortschritte der Medizin 118.Jg.-Originalien II/2000, S. 49-53

(2) Magnesiummangeltetanie – eine angeborene Magnesiumverlustkrankung; D.-H.Liebscher und

U.C.Liebscher: Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Jahrgang 39, Nr. 5/2010, S. 209-219

(3) Magnesiummangel und -therapie bei ADHS, Empfehlung der Gesellschaft für Magnesiumforschung e.V.; D.-H.Liebscher, K.Baerlocher; H.G.Classen, U.C.Liebscher, G.-W.Ratzmann, W.Vierling, A.Weigert, K.Kisters: Nieren- und Hochdruckkrankheiten, in press

# Wer ist schon gerne behindert?

## Überlegungen zur ADHS als Behinderung

In einem der ersten Abschnitte seines bewegenden Buchs „Wo fahren wir hin, Papa?“ fordert der französische Humorist und Autor Jean-Louis Fournier seine Leser provozierend auf: „Wer noch nie Angst gehabt hat, ein anormales Kind zu kriegen, der hebe die Hand.“ Er weiß, wie sie reagieren werden, wie sie reagieren sollen: „Keiner hat die Hand gehoben.“ Fournier, der selbst zwei schwerstbehinderte Kinder hatte, sucht die Solidarität der anderen. Gebt zu, dass auch Ihr die Behinderung, das Anderssein, die Ausgrenzung fürchtet!

Die Leser seines Buches hat er gespalten – in Bewunderer seiner Ehrlichkeit und wütende Kritiker der Rücksichtslosigkeit, mit der er die Behinderung als Makel entlarvt. Dabei hat nicht Fournier diesen Makel entdeckt und ausgerufen, sondern die Gesellschaft. Egal, was die Gesetze sagen, die politisch korrekten Medien schreiben, ganz tief im Kopf eines jeden von uns ist der Gedanke: Gott sei Dank bin ich nicht gelähmt, geistig behindert, blind oder ein Bettnässer! Der nächste Gedanke ist eine unvermeidliche Entschuldigung, da man doch auch im Rollstuhl, als Erwachsener mit den Fähigkeiten eines Kindes und ohne Blick auf die Welt glücklich sein kann. Und Bettnässen ist doch keine Behinderung, sonst wären ja drei Kinder jeder regulären Grundschulklasse behindert!

### Wer entscheidet, wer behindert ist?

Der Blick Fourniers auf die Behinderung seiner Söhne offenbart eine doppelte Scheinheiligkeit unserer Gesellschaft im Umgang mit Behinderung und Behinderten. Zum einen tut sie sich mit der Würdigung der Andersartigkeit – entgegen allen Beteuerungen von Politikern und Sozialstaatsfunktionären – noch immer schwer, ganz ähnlich den Dilemmata mit der Mündigkeit von Kindern oder der Frauenquote fürs Topmanagement. Mit fünf sollen die Kids in die Schule, für die überbeurten Leistungen der Telekommunikationsfirmen und des Web 2.0 sind sie eingeschränkt geschäftsfähig, aus Sicht manches Politikers auf Stimmensuche mit 16 auch reif fürs Wahlrecht, doch Tabak und Alkohol gibt es erst ab 18, den Führerschein nur auf Probe und bis 25 sollen sie im Haushalt der Eltern wohnen. Freilich sind auch die Frauen in unserer Gesellschaft längst gleichberechtigt, schaffen es allerdings – warum nur? – trotz im Mittel besserer Schulleistungen kaum in die Leitungsfunktionen der Gesellschaft. Das ist so verlogen wie ein Steuerfreibetrag von jährlich 1.420 Euro bei 100% Schwerbehinderung. Manche rechtliche Förder- und Schutzmaßnahme für Behinderte hat dazu geführt, dass sie heute endgültig ausgegrenzt werden, weil am Ende doch Spezialschulen besser sind als die stümperhafte Inklusion des Staatsschulwesens und manch Arbeitgeber die realen

wie auch vermeintlichen Privilegien der Behinderten in einem Maße fürchtet, dass er ihre Einstellung ungeachtet aller Qualifikationen gar nicht erst erwägt.

Zum anderen offenbart auch die persönliche Sicht des Einzelnen auf die Behinderung einen kritischen Zwiespalt. Lachen Sie über Behindertenwitze? Fournier erzählt, dass er einst in eine Fernsehsendung zum Leben mit behinderten Kindern eingeladen worden sei. Während der Aufzeichnung habe er darüber gesprochen, dass seine Kinder ihn mit ihren Dummheiten oft zum Lachen gebracht hätten. „Wenn ein Kind sich beim Essen mit Schokoladenpudding beschmiert, lachen alle; wenn das Kind behindert ist, lacht keiner.“ Alles, was er zum Lachen über behinderte Kinder gesagt habe, sei später aus der Sendung herausgeschnitten worden. Begründung: „Man müsse an die Eltern denken, es hätte sie schockieren können.“ Und wenn man an die Behinderten denkt? Wie viel Grund, fragt Fournier sich und seine Leser schonungslos, haben seine Kinder ihm gegeben, mit ihnen zu lachen? Sollen sie niemals ein Lachen sehen, nur weil wir Beobachter von ihrer Behinderung betroffener zu sein scheinen, als die naiven Kinder es selbst je sein können?! Die meisten Behinderten, welche die hilflose Scham ihrer Mitmenschen erkennen, sind vom Mitleid der anderen angewidert. Nicht, weil sie selbst niemals Mitleid mit dem eigenen Schicksal empfinden. Nicht, dass nicht auch sie gelegentlich des Mitgefühls ihrer Nächsten bedürfen. Allerdings wollen sie den Schwächen ihrer Natur keine Schwäche des Willens, keinen Verzicht auf das Machbare, keine voreilige Absage an die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft hinzufügen.

Die meisten Behinderten wissen um ihre Behinderung und sehen sich selbst doch nicht als behindert, da sie ihr Leben nicht über die Behinderung definieren. Es gibt so viele Bereiche, in denen sie mit den Normalen, dem Durchschnitt der Gesellschaft pari sind, dasselbe können, dasselbe wollen. Den meisten „Normalos“ hingegen fällt es unendlich schwer, Behinderte nicht unter dem Aspekt der Behinderung zu sehen. Vor allen Eigenschaften eines Menschen sticht ihnen die Behinderung ins Auge, das Andersartige, von dem sie sich mitleidig, mit Scham und Erleichterung distanzieren. Wer entscheidet nun, wer behindert ist? Darüber sind die Würfel längst gefallen, ganz gleich, ob sie die Auffälligen zur systematischen Ausgrenzung oder erzwungenen Integration, zur Selbstaufgabe oder zum Förderdiktat verurteilen. Mit Behindertenausweis und Nachteilsausgleich ist der Makel der Behinderung institutionalisiert worden, indem sich die Behinderten nachgerade durch die Forderung nach unbedingter Teilhabe ausgrenzen.

Die Privilegien der attestierten Behinderung sind in diesem Sinne die festgeschriebene Summe aller Defizite, die ausgeglichen werden müssen. Zugleich gibt es die Solidarität, die Unterstützung der Gemeinschaft nur für das nachgewiesene Leiden. Wen wundert es da, dass alle nur über die Pathologie, das Krankhafte der Behinderung sprechen?

### **Niemand ist gerne behindert. Oder doch?**

Niemand ist gerne behindert. Die umgangssprachlich negative Besetzung des Begriffs demonstriert, was Behinderung jenseits struktureller körperlicher Schäden, geistiger Funktionsbeeinträchtigungen und seelischer Leiden ausmacht: die fehlende Passung zwischen individuellen Fähigkeiten und sozialem Anspruch. Behinderung manifestiert sich im Scheitern an Erwartungen. In der Gesellschaft und ihren Gesetzen sind diese Erwartungen durch Normen definiert und objektiviert. Darüber hinaus schafft das Kunstbild der Schönen, Erfolgreichen und Mächtigen in den Medien ein vermeintliches Ideal, Objekte des Vergleichs, der Verehrung oder Distanzierung. Ob wir wollen oder nicht: Jeder von uns hat ein Muster konnotierter, durch das Leben in der Gesellschaft quasi automatisch in unser Denken eindringender Vorstellungen, wie man in der Gemeinschaft mit anderen glücklich sein kann: Indem man etwas darstellt, sich behauptet und respektiert wird. In diesem Streben des Einzelnen nach dem persönlichen Glück erwächst die Behinderung aus der schmerzlichen Einsicht, weniger zu können, als man will, glaubt, hofft – und denkt, dass die anderen von einem erwarten.

Aus der Perspektive individueller und sozialer Erwartung erleben sich die meisten Menschen, ganz gleich ob krank oder gesund, in manchen Augenblicken ihres Lebens als „behindert“, als den eigenen und fremden Ansprüchen ungenügend, eingeengt durch Normen und Regeln, überfordert durch die Notwendigkeit permanenter Selbstbehauptung, gelähmt durch die Angst vor dem Scheitern. Der Boom des Cognitive Enhancement – ob pharmakologisch betrieben oder in Form von Mentaltrainings und Psychotechniken – macht überdeutlich, wo die Messlatte des sozialen Vergleichs inzwischen liegt: über dem Normalen, jenseits der Grenze von psychischer Genügsamkeit und physiologischer Leistungsfähigkeit. In der Gemeinschaft von Spitzensportlern, Nobelpreisträgern und dem Dalai Lama wirken die meisten von uns wie Behinderte, in ihrer körperlichen Belastbarkeit begrenzte, in ihren kognitiven Funktionen eingeschränkte, in ihrem seelischen Gleichgewicht erschütterte Menschen. Dennoch kultivieren wir den globalen Wettbewerb des Besser-Seins und Besser-sein-Wollens in unserem Denken mit einer Mischung aus nützlichem Ehrgeiz und masochistischer Verzweiflung, als ob jeder alles kann und zuletzt auch können muss.

Nun mag mancher einwenden, es sei doch ein Leichtes, sich von solch quälenden Idealen, vom Streben nach dem offensichtlich Unerreichbaren zu verabschieden. Wann und wie aber gestehen wir uns und anderen ein, dass viele un-

serer Hoffnungen unberechtigt, unserer Ziele unerreichbar sind? Und macht es denn Sinn, unsere Ideale zu verraten, weil man sich ihnen allenfalls nähern, niemals aber ihnen genügen kann? Fällt schon die Antwort auf diese Fragen an das eigene Leben schwer, um wie viel schwerer ist es, diese Hoffnung auf das Beste für das Leben unserer Kinder aufzugeben, sich mit ihren Nöten in Familie und Schule abzufinden, ihr dürftiges Bestehen im Wettbewerb um Erfolg und soziale Anerkennung zu akzeptieren. Wie verführerisch ist da der Gedanke, das Scheitern als Behinderung des Begabten anstatt als Ausdruck seines Wesens zu begreifen. Wie nah liegt die Rechtfertigung des schulischen Versagens durch die Teilleistungsstörung des Hochbegabten, wie nah die Erklärung des Problemverhaltens durch die genetische Disposition. Und ja, es gibt zwei schlechte gute Gründe für diese Gedanken, denn zum einen scheitert bisweilen auch das Genie (wenngleich recht selten), zum anderen verlangt die Gesellschaft nach verständlichen Gründen für dieses Scheitern (irgendeine Erklärung, die ihr Mitleid und ggf. ihre Hilfe rechtfertigt). Hinter all dem steht das unauslöschliche Bewusstsein, dass es zumindest in dieser Gesellschaft – wahrscheinlich aber in jeder menschlichen Gemeinschaft – besser ist, nicht gelähmt, nicht geistig behindert, nicht blind oder ein Bettnässer zu sein. Schließlich ist es auch besser, nicht verhaltensauffällig zu sein, unruhig, impulsiv und ablenkbar. Ist man es doch, muss man sich rechtfertigen.

### **Gute und schlechte Gründe, behindert zu sein**

Keine Frage: Es gibt Behinderung und gute Gründe, sie als solche zu benennen, sie festzustellen und ihr entgegenzuwirken – alleine wie auch in Solidargemeinschaften und mit Hilfe des Staates. Ebenso unzweifelhaft ist, dass die ADHS im Alltag einer postindustriellen Gesellschaft eine Behinderung darstellt: als Kind für ein Jahrzehnt und länger in Schulräume und unbedingte Klassengemeinschaft gezwungen, abgelenkt durch die Fülle medialer Reize und verraten in einem System, das auf Selbstbeherrschung statt bindende Strukturen setzt. Auch wenn die von der ADHS Betroffenen weder die stammesgeschichtliche Arche Noah einer untergegangenen Jäger- und Sammlerkultur noch die Indigo-Kinder einer neuen Zeit sind, so fehlt ihnen doch häufig die rechte Passung in den Formalismus und die Bürokratie einer weitgehend mit sich selbst beschäftigten Wohlstandsgesellschaft. Die moderne Zivilisation bedeutet im Guten wie im Schlechten eine Geschichte der Anpassung, in der jeder einen Vorteil hat, der die Spielregeln versteht und ihnen leichthin zu folgen vermag. Selektive Ruhe, Umsicht und Reaktionen mit Bedacht sind allerdings Verhaltensweisen, die durch die neurophysiologische Disposition der ADHS nicht gerade begünstigt werden.

Wer unter den Folgen der ADHS leidet, soll Hilfe suchen, in letzter Konsequenz auch um den Preis einer festgestellten Behinderung. Dies gilt für Eltern, deren betroffenen Kinder ansonsten absehbar scheitern in einer Gesellschaft,

die Verhaltenslizenzen nur dort gewährt, wo sie die Auffälligen in besonderen Einrichtungen isolieren kann und kritisches Verhalten in pädagogischen und therapeutischen Schutzräumen wirkungslos macht. Dies gilt auch für die betroffenen Erwachsenen, denen die ADHS beruflichen Erfolg erschwert und privates Glück verunmöglicht. Sie sind faktisch behindert und bedürfen einer Hilfe, auf die sie Anspruch haben.

Jeder aber, der nach der Anerkennung der ADHS als Behinderung strebt, sollte dreierlei bedenken:

Erstens: Den Status der Behinderung gibt es ausschließlich um den Preis der Pathologisierung und Stigmatisierung; wer die besondere Hilfe der Gesellschaft fordert, wird ihr den eigenen Anspruch stets durch Schaden und Einschränkung begründen müssen. Niemand kann vorhersehen, wie die Gesellschaft, in der wir leben, in Zukunft über Krankheit und Behinderung denken wird. Wer die Ubiquität persönlicher Daten im Internet fürchtet, sollte gleichermaßen ermessen, welche Bedeutung das gesammelte Wissen der Behörden, Krankenkassen, Schulen und Kliniken über die eigene Person und die Gesundheit des Kindes in einer nicht allzu fernen Zeit einmal haben kann. Hoffen wir, dass der Nutzen aus dem heutigen Grad der Behinderung nicht durch die Kosten zukünftiger Grade der Risikovorsorge, Benachteiligung und Ausgrenzung aufgezehrt wird.

Zweitens: Mit der Feststellung einer Behinderung geht nicht nur der Anspruch auf besondere Hilfen einher, sondern bisweilen auch die Neubewertung von Risiken, die sich aus dem Vorliegen von Schädigungen und Einschränkungen ergeben. Ganz real ist dieser Aspekt beim Erwerb und Bestand einer Fahrerlaubnis, der Genehmigung zum Bedienen von Maschinen oder der persönlichen Eignung für Tätigkeiten. Wer auf eine wesentliche Behinderung durch die ADHS pocht, muss wissen, dass die Störung – bisweilen auch in Verbindung mit ihrer Medikation – ein legitimer Grund für die Verneinung von Berechtigungen oder Eignungen sein kann oder möglicherweise einmal sein wird, sei es die Fahrerlaubnis, der Waffenschein oder der Ausschluss einer Verbeamtung. Auch hier sind aktueller Nutzen und langfristige Kosten mit Vorsicht gegeneinander abzuwägen. Drittens: Es mag psychologisch bisweilen eine gute Taktik sein, Schwächen vorderhand in Stärken zu verkehren, um Hoffnung zu geben, Erwartungen zu schaffen, Kräfte zu wecken. Die ADHS ist kein Urteil, ihre Symptomatik kein unabwendbares Leid. Sie ist allerdings auch kein Kreativitätszeichen, kein Ausweis für besondere Talente, keine auf Dauer gewinnbringend zu vermarktende Eigenschaft.

Daher macht es Sinn, sie als das zu sehen, was sie ist: eine (Verhaltens-)Störung, bei der die besondere neuro-physiologische Disposition das Denken und Handeln der Betroffenen zwar nicht determiniert, jedoch konditioniert. Da hilft es auf lange Sicht weder, sie zu schätzen, noch, sie zu fürchten. Beides gibt der ADHS eine Bedeutung, die ihr nicht zukommen darf, soll nicht die Störung selbst statt des Lebens trotz Störung zum eigentlichen Lebensinhalt werden. So wichtig es ist, die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten realistisch zu sehen, so schwierig ist es, aus dem subjektiv empfundenen Makel der Behinderung die Zuversicht zu gewinnen, im Leben bestehen zu können. Es ist gut, zu akzeptieren, was man nicht ändern kann. Manchem geht es jedoch besser, wenn er seine Behinderung leugnet.

### Wo fahren wir hin, Papa?

Immer wieder stellt Fourniers jüngerer Sohn Thomas diese Frage: Wo fahren wir hin, Papa? „Erst ein behindertes Kind, dann zwei. Warum nicht drei ... Damit hatte ich nicht gerechnet.“ Ironisch-bitter beantwortet er die Frage an sein und seiner Kinder Schicksal: „Wir fahren auf die Autobahn, wir spielen Geisterfahrer. [...] Wir fahren ans Meer. Zum Mont-Saint-Michel. Wir gehen im Treibsand spazieren. Und versinken. Wir fahren in die Hölle.“ Aber nein, das tun wir nicht! Fourniers Ehe ist an der Behinderung der beiden Söhne gescheitert, gerade dann, als mit dem dritten Kind, einem gesunden und klugen Mädchen, das Schicksal durchbrochen schien. Wie viele Familien sind an der ADHS der Kinder gescheitert, am Streit und der Verzweiflung über ihre heftige Präsenz und Schwererziehbarkeit, als manch selbst betroffener Elternteil gerade die Not der eigenen Kindheit und Jugend überwunden zu haben glaubte. Wenn uns die Kinder fragen, wie wir uns fühlten, als uns die Versöhnlichkeit in der Familie, das Einfügen in die Klassengemeinschaft, der willentliche Fokus auf die vielfach quälenden Ansprüche der Gesellschaft so sehr schwer fielen – was antworten wir ihnen? Dass wir behindert waren und sind wie sie?! Dass die Gaben der Natur, Temperament und Talente ungleich verteilt wurden und dies unser aller Schicksal ist?! Es ist kaum zu ermessen, was die Idee der Behinderung uns angetan hat, im Guten wie im Schlechten. Das Urteil wird von Mensch zu Mensch, von Familie zu Familie unterschiedlich ausfallen. Daher macht es Sinn, sich mit dem Thema, mit ADHS und Recht auseinanderzusetzen. Ich hoffe, Sie finden dazu im neuen Rechtshandbuch des ADHS Deutschland e.V. viele hilfreiche Anregungen. Wo fahren wir hin? Das können nur Sie selbst beantworten.

■ Dr. Johannes Streif

# Deutschlands ADHS-Verbände bauen ihre Zusammenarbeit aus.



*VertreterInnen der beteiligten Verbände mit Frau Sylvia Canel, MdB*

Die bundesweit tätigen Verbände ADHS Deutschland e. V., AdS e. V., BVAD e. V. und TOKOL e. V. wollen ihre Zusammenarbeit ausbauen. Gemeinsam vertreten die Verbände über 20.000 Vereinsmitglieder in Deutschland. Ihr Ziel: Bessere Lebensbedingungen für Menschen, die an der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden.

In diesem Zusammenhang findet seit März 2010 ein regelmäßiger Austausch von Vertretern aller vier Verbände statt. Das jüngste Treffen erfolgte am 12. Februar 2011 auf Einladung der Bundestagsabgeordneten Frau Sylvia Canel im Berliner Reichstag. Dabei kamen zentrale Themen wie die ADHS-spezifische Ausbildung von Fachkräften, die Verteilung von Forschungsgeldern sowie die öffentliche Aufklärung über das Störungsbild zur Sprache. Im Anschluss an das Treffen brachte Frau Dr. Annette Mund vom BVAD e. V. die gemeinsamen Anliegen vor dem Bundesfachausschuss für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie vor. Dort wurde das Engagement der Selbsthilfeverbände durch die anwesenden Politiker positiv aufgenommen.

Für die Zukunft ist eine bessere Vernetzung der historisch gewachsenen Verbände im Interesse der ADHS-Betroffenen geplant. Diese soll sich nicht nur auf den Austausch von Informationen beschränken, sondern schließt gemeinsame Projekte sowie ein koordiniertes Auftreten gegenüber Wissenschaft und Politik mit ein. Konkrete Anliegen sind Anpassungen im Bildungswesen, Verbesserungen in der Ausbildung von Lehrern und Erziehern sowie die Offenheit gegenüber therapeutischen Konzepten von der Psychotherapie bis zur Medikation.

Als Vertreter der ADHS-Betroffenen und ihrer Angehörigen wollen wir in Wissenschaft und Politik angemessen Gehör finden. Das erste Zusammentreffen mit Politikern im Reichstag können wir dabei als großen Erfolg verbuchen.

Im Hinblick auf die zahlreichen Aufgaben, denen wir uns als Selbsthilfeverbände gegenüber sehen, freuen wir uns auf diese Zusammenarbeit. Wir sind überzeugt, gemeinsam noch mehr für die Belange der von der ADHS betroffenen Menschen in Deutschland erreichen zu können.

■ Vorstand ADHS Deutschland e. V.

# Facetten des ADHS - Teil 2

## ADHS in unserer Gesellschaft und Kultur

### I. ADHS – ein Produkt sozialer Normen?

Als ich den Beitrag „Facetten des ADHS“ schrieb, hatte ich ihn in zwei Teile konzipiert. Der erste Teil wandte sich dem gefährdeten Selbstwert zu, den die Betroffenheit von ADHS mit sich bringt.<sup>1</sup> Ich war im Begriff, den zweiten Teil des Beitrages zu überarbeiten, als mir das Buch „Hyperaktivität“, herausgegeben von Bernd Ahrbeck<sup>2</sup> in die Hände fiel. Es beschäftigt sich mit verschiedenen Deuteweisen von Hyperaktivität. Es geht auf die Frage ein, warum Hyperaktivität derzeit in der Öffentlichkeit so große Aufmerksamkeit erfährt und wie es gesellschaftlich gedeutet bzw. missdeutet wird. Ich wurde durch die Lektüre des Buches so stark angeregt – nicht zuletzt dadurch, dass sie teilweise heftigen Widerspruch in mir auslöste –, dass ich meinen Beitrag über die Facetten des ADHS neu überdachte. Das Buch „Hyperaktivität“ beleuchtet einen Aspekt, der nach meinem Dafürhalten noch nicht die Beachtung findet, die ihm zukommen muss: die Frage nach der Rolle, die ADHS gesellschaftlich zugewiesen wird.

Man findet in den „neuen Akzenten“ (NA) durchaus Beiträge, die sich mit der Deutung des ADHS beschäftigen.<sup>3</sup> Es überwiegen allerdings diejenigen, die sich mit der psychisch-körperlichen Seite auseinandersetzen. So hilfreich sie sind, man wird den Betroffenen nicht gerecht, wenn man allein die celebrale Mechanik des ADHS betrachtet. Gerade diese technische Metaphorik, wie sie beispielsweise Martin Winkler in seinem Beitrag „Rollenspielsucht, WoW-Sucht, Onlinesucht, Medienverwahrlosung und ADHS“<sup>4</sup> verwendet, kritisiert die Psychologin Sarah Yvonne Brandl im eingangs erwähnten Buch. Sie behauptet, ein solcher Vergleich unterstelle, das Gehirn eines Menschen mit ADHS könne wie ein Auto mit Motorschaden betrachtet werden, den es nur zu reparieren gilt, damit das Auto wieder funktionstüchtig läuft.<sup>5</sup> Zwar tut Brandl diesem Vergleich zu viel zu. Dennoch weist ihre Kritik zu Recht auf eine zu starke Einseitigkeit der Betrachtungsweise:

eine Beschränkung auf die körperliche Seite des Syndroms und deren mittelbare und unmittelbare Folgen für den Einzelnen und sein Umfeld. Eine solch thematische Einschränkung neigt dazu, die Betroffenen auf die Eigenarten ihres Gehirnstoffwechsels zu reduzieren. Das Selbst eines Menschen aber wird nicht in einem einzigen, starken Wesenszug sichtbar, sondern er ist – mit dem Philosophen Sören Kierkegaard gesprochen – „eine Synthese“, das „Verhältnis zwischen Zweien“.<sup>6</sup> Ein Mensch mit ADHS zu sein geht über den Umstand einer genetisch begründbaren minimalen celebrale Funktionsstörung hinaus. Zumal bei ADHS nicht

nur von der Krankheitsseite gesprochen werden kann. Bemerkenswerte positive Eigenschaften und Fähigkeiten, allen voran die Kreativität, stehen damit in Verbindung. Um also das Betroffensein von ADHS einigermaßen erfassen zu können, wird die Frage, wie ADHS verhandelt wird, in Zukunft kaum weniger wichtig sein wie diejenige, die die Behandlung des Syndroms betreffen. Der Übergang von „normal zu krank“ ist gerade beim ADHS nicht scharf zu bestimmen. Die Grenzlinie hängt stark von der Bewertung des Umfeldes (z. B. Familie, Schule) ab, mit anderen Worten: Was ist gesellschaftlich akzeptiert? Ein Verhalten gilt immer dann als auffällig, wenn es nicht die Erwartung der Umgebung erfüllt. Unsere Kultur legt besonderen Wert auf permanente geistige ‚Aufmerksamkeit‘, nicht auf Impulsivität und ‚Bewegungslust‘. In diesem Sinne ist ADHS dann auch ein Produkt der sozialen Normen.“<sup>7</sup>

Welches aber sind jene sozialen Erwartungen und Normen? Wie wirken sie sich auf die Sichtweise ADHS gegenüber aus? Ich wende mich zwei Kennzeichen unserer heutigen Zeit zu, die einen beträchtlichen Einfluss auf die Betrachtungsweise des ADHS haben.

### II. ADHS und die desorganisierte Welt

Douglas C. Merrill, Kommunikationswissenschaftler und ehemaliger leitender Angestellter der Firma Google setzt sich in seinem Buch „Der Google-Effekt“ mit den wachsenden Erwartungen an das individuelle Aufmerksamkeitsvermögen auseinander. „In der heutigen schnelllebigen und informationsgesättigten Welt müssen wir es irgendwie schaffen, den Kopf über Wasser zu halten. Wir verwenden unglaublich viel geistige Energie darauf, mit all den Informationen, Aufgaben und Herausforderungen, mit denen wir es täglich zu tun haben, klarzukommen.“<sup>8</sup> Diese Erwartungen sind Folge der zunehmenden Auflösung von Zusammenhängen und wachsender gesellschaftlicher Desorganisation. Sie betreffen alle Menschen, nicht nur Menschen mit ADHS. Merrill behauptet, Desorganisation und Auflösung entstehen nicht in erster Linie, weil Geschwindigkeit und Fülle der Information das menschliche Konzentrationsvermögen überfordern, sondern weil die Arbeitszeiten und -strukturen in den Unternehmen nicht mehr zeitgemäß seien: „Vom organisatorischen Standpunkt her läuft alles in unserer Welt falsch. Unsere Arbeitsstrukturen sind falsch organisiert. Unsere pädagogischen, gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Strukturen sind falsch. ... Die logische Folge ist, dass Sie jeden Tag vieles falsch machen.“<sup>9</sup> Selbst einem Menschen mit ausgezeichnetem Gedächtnis und Konzentration ist es aufgrund dieser Vor-

aussetzung nicht möglich, die Menge an Information, der er täglich ausgesetzt ist, zu verarbeiten. Merrill begründet die Entwicklung zur Desorganisation geschichtlich: Die Industrielle Revolution brachte den Taylorismus hervor. Dessen Begründer, der amerikanische Betriebswirtschaftler Frederick W. Taylor (1856 – 1912), optimierte unternehmerische Erträge durch Zertrennung, Berechnung und Planung der Produktionsprozesse. Dieses tayloristische Schema ist bis heute prägend für die Führung eines Unternehmens. Aber es passt nicht mehr zu den Gegebenheiten unserer heutigen Lebens- und Arbeitsumstände. Der Ehrgeiz, durch vollständige Planung und Bemessung von Vorgängen einen ökonomischen Gewinn zu erzielen, führt, weil er sich über die tatsächlichen Gegebenheiten hinwegsetzt, zu Ineffizienz, Misserfolg und Frustration (das Regelwerk zur Einteilung in Pflegestufen ist ein geeignetes Beispiel, um sich diese Entwicklung vor Augen zu führen).

Menschen, die von ADHS betroffen sind, neigen dazu, Misserfolge im Arbeitsalltag ihren persönlichen Unzulänglichkeiten zuzuschreiben. Diese Verantwortung aber ist zu groß. Jeder scheitert an falsch gesetzten Zielen. Menschen mit ADHS allerdings früher. Indem wir uns vor allem der psychisch-körperlichen Seite zuwenden, verbleiben wir jedoch beim Einzelnen und vermitteln so den Eindruck, dass es allen anderen durchaus möglich ist, mit den hohen Erwartungen an Konzentrationsleistung und Selbstorganisation fertig zu werden, nur eben Menschen mit ADHS nicht. Es ist also erforderlich, ADHS nicht nur individuell zu betrachten, sondern in einem größeren kulturellen und gesellschaftlichen Zusammenhang zu sehen. Martin Winkler tut dies in seinem Artikel „Rollenspielsucht, WoW-Sucht, Onlinesucht, Medienverwahrlosung und ADHS“, indem er schreibt „Kinder mit einer neurobiologischen (d. h. genetisch vorgegebenen) ADHS-Konstitution werden ... durch ihre erhöhte Reizempfindlichkeit ... auf diese Problematik (i.e. Medienverwahrlosung) „anspringen“ bzw. wie ein „Katalysator“ für das grundsätzliche Problem der fehlenden Medienkompetenz in unserer Gesellschaft und der zunehmenden Reizüberflutung bzw. Wegfall von äußeren Strukturen und Ritualen ... hinweisen.“<sup>10</sup> Winkler deutet die Betroffenheit von ADHS als Katalyse (Beschleunigung eines Vorgangs)<sup>11</sup> und als Hinweis auf einen gesellschaftlichen Missstand.

### III. ADHS und erworbenes ADHS

In diesem Zusammenhang macht Winkler auch auf das Phänomen des „acquired ADHD“<sup>12</sup> aufmerksam. Auf das erworbene ADHS wiesen bereits Edward Hallowell und John Ratey in ihrem Klassiker „Zwanghaft zerstreut“ hin.<sup>13</sup> Sie bezeichnen es als Pseudo- oder kulturinduziertes (durch die kulturellen Gegebenheiten hervorgerufenen) ADHS. Unsere Kultur trägt die Merkmale des hyperaktiven ADS, z. B. die Abneigung gegen Langeweile, Impulsivität, die Neigung

zu depressiven Verstimmungen usw. „Die amerikanische (und jede amerikanisierte) Gesellschaft neigt dazu, in uns allen ADD-ähnliche<sup>14</sup> Symptome hervorzurufen. Wir leben in einer ADDogenen Kultur. Was sind die Hauptmerkmale der amerikanischen Kultur, die zugleich typisch für ADD sind? Hohes Tempo. Sprechblasen. Konzentration auf das Wesentliche. Kurze Einstellungen, schnelle Schnitte. Zappen. Waghalsigkeit. Ruhelosigkeit. Gewalttätigkeit, Angst, Erfindungsgabe, Kreativität, Geschwindigkeit, Gegenwartsbezogenheit, keine Zukunft, keine Vergangenheit. Querdenker. Misstrauen gegen Autorität. Video. Auf den Putz hauen. Alles muss schnell gehen. Blitzverfahren. Pragmatismus. Hollywood. Börse. Jagd nach Nervenkitzel. Es ist wichtig, das im Gedächtnis zu behalten, sonst denkt man unter Umständen mit der Zeit, dass jeder ADD hat. Die Störung ist kultursynton, mit anderen Worten, sie liegt im Trend.“<sup>15</sup> Zwar wird heute niemand die Trendwertigkeit des ADHS ernsthaft bezweifeln. Doch bislang ungeklärt bleibt die Frage, in welchem Verhältnis echtes und Pseudo-ADHS zueinander stehen. Freilich beansprucht diese Frage ein hohes Maß Spekulation, was wohl der Grund ist, warum sich fachlich bevorzugt mit der körperlichen Seite auseinandergesetzt wird. Dennoch ist es falsch, sich ihr nicht zuzuwenden. Zum einen, weil es „wichtig (ist), die echte ADD und die Pseudo-ADD auseinanderzuhalten, damit die Diagnose einen ernst zu nehmenden Sinn behält. Wenn man bei jedem, der sich leicht ablenken lässt oder sich gehetzt fühlt oder schnell gelangweilt ist, eine ADD diagnostiziert, verkommt die Diagnose zu einer vorübergehenden Modetorheit.“<sup>16</sup> Zum anderen, weil eine Auseinandersetzung durchaus geführt wird, nämlich in den Medien. Dort allerdings sehr häufig sachlich inkompetent,<sup>17</sup> ohne echte Motivation<sup>18</sup> und nicht unter der Zielsetzung der Information.<sup>19</sup> Weil wir in einer Zeit leben, die die Symptome des ADHS hervorhebt, wird das Syndrom in den Medien ohne Unterscheidung zwischen echtem und Pseudo-ADHS zunächst in eins gesetzt, um anschließend absolut widerlegt zu werden. ADHS wird über Pseudo-ADHS abgewickelt. Es wird so zu einem Spielball von Anschauungen, Dogmen und Ideologien. Der Schaden für tatsächlich Betroffene ist verheerend.

### IV. Ein umfassendes Betrachten des ADHS ist nötig

Am 11.11.2010 erschien im Börsenblatt des deutschen Buchhandels, dem wichtigsten Medium des deutschsprachigen Buchwesens, ein Interview mit dem Neurowissenschaftler und Psychiater Manfred Spitzer unter der Überschrift „Wer keine Aufmerksamkeitsstörung hat, kann sie sich durch Multitasking antrainieren“.<sup>20</sup> Anlass für dieses Gespräch war die Frage, inwieweit die wachsende Nutzung von E-Books Folgen für die Wahrnehmung hat.

In dem Kinofilm „Percy Jackson – Diebe im Olymp“, der im Sommer dieses Jahres in unseren Kinos lief, wird von dem Helden der Geschichte, dem 12-jährigen Percy Jackson, gesagt, er litte unter ADHS und LRS.

Tatsächlich aber verbirgt sich unter diesen diagnostizierten Krankheiten die heroische Herkunft des Jungen als Sohn des Olympiers Poseidon.<sup>21</sup>

Ich erwähne diese Beispiele, um zu zeigen, dass ADHS selbst in gesellschaftlich-kulturellen Bereichen thematisiert wird, die nicht genuin damit in Verbindung stehen. Dies macht deutlich, wie nötig der Blick über die individuelle psychisch-körperliche Seite hinaus hin zu einem umfassenden Betrachten von ADHS ist. In erster Linie freilich für die Betroffenen selbst. Denn sie erleben sich im Zwiespalt, einerseits durch die Besonderheit ihrer Wahrnehmungsweise.<sup>22</sup> Andererseits wirkt sich die Tendenz gesellschaftlicher Desorganisation viel stärker auf ihr Leben aus: Der wachsenden Anforderung an den Einzelnen, dem Weichen äußerer Strukturen durch Selbstorganisation entgegenzuwirken, werden Betroffene kaum oder überhaupt nicht gerecht. Zumal diese Erwartung obendrein im Widerspruch zu einer Gesellschaft steht, die ihrerseits ADDogene Züge trägt.

Doch noch in einer weiteren Hinsicht ist es wichtig über ADHS in größerem, gesellschaftlichen Zusammenhang nachzudenken. Eine umfassende Betrachtungsweise gibt neuen Fragen Raum. Zum Beispiel: Was sagt ADHS über die Entfaltungsmöglichkeiten und den Konventionsdruck unserer Gesellschaft? Wo sind Spuren dessen, was wir heute als ADHS bezeichnen, in Kultur und Geschichte erkennbar? Welche Formen der Widerstandsfähigkeit entwickelten Betroffene in der Vergangenheit und was können wir von ihnen lernen?

Die Fragen nach der gesellschaftlichen Zuweisung des ADHS sind also nicht nur eine notwendige Erweiterung des Gesichtsfeldes. Sie sind eine Chance, ein schärferes Bild von der Gesellschaft und Kultur zu erhalten, die unser Leben bestimmt.

1. U. Metz, Facetten des ADHS, NA 2/2010, 23f.
2. Hyperaktivität, hrsg. v. B. Ahrbeck, Stuttgart 2007.
3. Als lesenswerte Beispiele seien hier erwähnt: W. Beerwerth, Internet und Fernsehen, NA 1/2008, 32-33; E. Dägling, Was ist eigentlich Aufmerksamkeit?, NA 2/2009, S. 23-25; H. Simchen, Menschen mit ADHS, NA 1/2004, 13-14; S. Groß-Lesch, ADHS und Emotionen, NA 2/2010, 9-16.
4. In: NA 3/ 2008, S. 2-4.
5. S.Y. Brandl, Einmal bitte Öl wechseln und Schaltung reparieren. Sprache und Metaphorik zur kindlichen Verhaltensbeschreibung; in: Hyperaktivität, a. a. O., S. 107 – 122
6. S. Kierkegaard, Die Krankheit zum Tode, Frankfurt 1956, S. 180.
7. M. Hamm u. M. Berger, ADHS bei Erwachsenen – die Nährstofftherapie, Hannover 2004, S. 22.

8. D.C. Merrill, Der Google Effekt – Strukturiert denken im digitalen Zeitalter, München 2010, S. 290.
9. Ders., S. 41.
10. M. Winkler, a. a. O., S.4.
11. So auch B. Te Wildt, ADHS und pathologische Mediennutzung, NA 1/2009, S. 10.
12. „Vielmehr müssen wir davon ausgehen, dass es eine ‚erworbene‘ Aufmerksamkeitsstörung durch Medienverwahrlosung gibt, die im englischsprachigen Bereich auch ‚aquired ADHD‘ genannt wird.“ M. Winkler, a. a. O., S. 4.
13. E. Hallowell u. J. Ratey, Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein, 19. Aufl., Reinbek 2000.
14. ADD = Attention Deficit Disorder; entspricht ADHS.
15. E. Hallowell u. J. Ratey., a. a. O.; S. 289.
16. Dies., a.a.O.; S. 293.
17. Schon 2002 mahnten Wissenschaftler verschiedener Fachbereiche zu angemessener Recherche und akkurater Darstellung in den Medien; vgl. U. Metz, Die Hellsicht des Zwiespaltes, Aachen 2008, S. 83; G. Drüe, ADHS kontrovers, Stuttgart 2006, S. 202.
18. So teilte die Redaktion des Magazins Stern aufgrund massiver Kritik an einem Artikel über ADHS im Oktober 2009 lax mit: „Leider ist es uns aus zeitlichen Gründen nur in Ausnahmefällen möglich, individuell auf geäußerte inhaltliche oder stilistische Kritik an diesem Beitrag, Pro und Contra-Stellungnahmen in Bezug auf Ritalin bzw. Methylphenidat-Therapie von/ an AD(H)S erkrankten Kindern und Jugendlichen, Erfahrungsberichte betroffener Eltern, Kommentare von Ärzten und Heilpraktikern zu antworten. Auch auf Fragen, zusätzliche Informationen, alternative Therapie- oder Themenvorschläge und Veröffentlichungswünsche können wir generell nicht eingehen. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Redaktion Gruner und Jahr auf die Kritik ihres Stern-Titelbeitrages zu ADHS im Oktober 2009; [http://www.adhs-deutschland.de/content.php?abt\\_ID=1&site\\_ID=148](http://www.adhs-deutschland.de/content.php?abt_ID=1&site_ID=148)
19. Hier sei noch einmal auf W. Beerwerths Beitrag, Internet und Fernsehen, NA 1/2008, 32-33 verwiesen.
20. <http://www.boersenblatt.net/403445/?t=newsletter>
21. Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Percy\\_Jackson:\\_Die-be\\_im\\_Olymp](http://de.wikipedia.org/wiki/Percy_Jackson:_Die-be_im_Olymp)
22. „Objekte erscheinen unscharf, unwirklich, die Aufmerksamkeit ist nur auf sich selbst gerichtet oder man nimmt alles übergenau wahr.“ S. Groß-Lesch, ADHS und Emotionen, NA2/2010, 13.

■ Uwe Metz

# Die Schön Klinik Bad Bramstedt

## Eine psychosomatische Fachklinik mit eigenem Behandlungsschwerpunkt für ADHS im Erwachsenenalter

Die Schön-Klinik Bad Bramstedt zählt zu den erfolgreichsten Spezialkliniken Deutschlands in der Behandlung von Angststörungen, Essstörungen, Burn-out-Syndrom und depressiven Erkrankungen sowie Schmerzerkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangserkrankungen und ADHS mit Persistenz ins Erwachsenenalter. Die Größe der Klinik garantiert einen hohen Spezialisierungsgrad sowie die Kompetenz, auf jeden Patienten individuell einzugehen. Seit 2005 haben wir eine eigene Schwerpunktstation für ADHS-Patienten und sind somit eine der wenigen Kliniken in Deutschland mit einem speziellen Behandlungskonzept. Neben der therapeutischen Arbeit zeichnen wir uns durch eine rege Vortrags- und Fortbildungsaktivität aus. Regelmäßig finden Gesundheitsgespräche, Vorträge und Schulungen für im gesamten Bundesgebiet aktive ADHS-Vereine und Organisationen statt, darüber hinaus sind wir in unterschiedlichen ADHS-Qualitätszirkeln repräsentiert.

In unserem störungsspezifischen Therapieprogramm wird in Einzel- und Gruppentherapien an den individuellen Therapiezielen gearbeitet, wobei psychoedukative Elemente neben verhaltenstherapeutischen Interventionen und Methoden der dialektisch-behavioralen Therapie zum Einsatz kommen. Hierdurch soll dem Bedürfnis vieler Betroffener Rechnung getragen werden, ADHS zu kontrollieren und nicht durch ADHS kontrolliert zu werden. Besonderes Augenmerk liegt auf unserem ressourcenorientierten Therapieansatz, bei dem individuelle Begabungen, Stärken und Talente identifiziert und in die therapeutische Arbeit integriert werden. Oft werden hierbei selbstwertstabilisierende Prozesse in Gang gesetzt.

Auf der ADHS-Schwerpunktstation werden unsere Patienten durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Diplom-Psychologen, Ärzten, Co-Therapeuten, Pflegekräften und Fachtherapeuten, betreut.

Bausteine unserer Behandlung sind:

- Ausführliche Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Achtsamkeits- und Entspannungstherapie
- Einzelpsychotherapie
- Sport- und bewegungstherapeutische Angebote
- Kunst- und Ergotherapie

- Sozialberatung
- Ergänzend wird in jedem Fall fachärztlich die Indikation für eine begleitende medikamentöse Behandlung geprüft.
- Eine indikative Gruppenpsychotherapie zum ADHS: Diese Gruppentherapie für PatientInnen mit einem ADHS stellt eine problemlöseorientierte und spezifische Gruppenpsychotherapie dar und verfolgt das übergeordnete Ziel einer verbesserten Kontrolle der ADHS-Kernsymptomatik, um somit zu einer größeren Selbst-Wirksamkeitserwartung zu gelangen. Neben der Aufklärung und Wissensvermittlung über die Erkrankung (Psychoedukation) sind weitere Inhalte der Gruppentherapie der adäquate Umgang mit Emotionen, die Verbesserung der Impulskontrolle, die Erweiterung von Strategien zum Stressmanagement sowie die Verbesserung zwischenmenschlicher Fertigkeiten. Es gilt, Lösungsstrategien für die unterschiedlichen Problembereiche zu entwickeln, sie in konkreten therapeutischen Situationen immer wieder praktisch umzusetzen, um schließlich den Transfer auf andere Alltags- und Lebenssituationen zu erleichtern. Unsere stationäre Therapie soll informieren und Kontrollerfahrungen vermitteln, aber auch Raum geben zu reflektieren, was ADHS für die Biografie des Einzelnen bedeutet.

In der Schön-Klinik Bad Bramstedt finden Behandlungen von Patienten sowohl aus dem Krankenhausbereich (§ 39 SGB V) als auch aus dem Bereich der Rehabilitation (§ 40 SGB V) statt. Die Klinik wird von allen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Rentenversicherungen belegt, wobei die Einweisung der Patienten durch niedergelassene Ärzte oder auf Veranlassung der Rentenversicherungsträger erfolgt.

Mehr Informationen unter:  
[www.schoen-kliniken.de](http://www.schoen-kliniken.de)

■ Dipl.-Psych. Dr. phil. Roy Murphy  
[rmurphy@schoen-kliniken.de](mailto:rmurphy@schoen-kliniken.de)

# Kriterien zur Bewertung von Kliniken

## Zur vollstationären Behandlung der ADHS Schön Klinik Bad Bramstedt

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 checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Verfahren                     | <input type="checkbox"/> einzeln            | <input type="checkbox"/> in der Gruppe            |
| <input type="checkbox"/> Gesprächstherapeutische Verfahren                  | <input type="checkbox"/> einzeln            | <input type="checkbox"/> in der Gruppe            |
| <input type="checkbox"/> Psychomotorische Verfahren                         | <input type="checkbox"/> einzeln            | <input 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 type="checkbox"/> einzeln            | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsnahes Coaching                   | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input 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? 2005  
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 Elternteraining
- 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
- 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 Elternteraining
- 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

Stand: 11.07.2010 by

- Dr. Astrid Neuy-Bartmann und
- Dr. Johannes Streif



Schön Klinik Bad Bramstedt

## Der wissenschaftliche Beirat stellt sich vor

Studium an den Universitäten Würzburg, München und der University of Northern Colorado (Fulbright Stipendium)

- 1983 -1988 Sonderschullehrer
- 1984 Promotion an der Universität München
- 1988-1993 Assistentur an der Universität München
- 1994 Professur für Verhaltensgestörtenpädagogik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- 1999 und 2003 Gastprofessuren an der Virginia Commonwealth University (Fulbright Stipendien)

Fellow der International Academy of Research in Learning Disabilities (IARLD), in verschiedenen Verbänden, wissenschaftlichen Gesellschaften und Beiräten.

Arbeitsschwerpunkte:

- Schulische Inklusion und Schulentwicklung
- Schulraumgestaltung
- Resilienzforschung
- Positive Peerkultur

Neuere Publikationen:

- Opp G. & Unger N., Kinder stärken Kinder. Positive Peerculture in der Praxis. Hamburg: Edition Körber 1996
- Opp G. & Fingerle M. (Hg.), Was Kinder stärkt. München: Reinhardt 1997 (3. Auflage)
- Opp G. & Theunissen G. (Hg.), Handbuch der schulischen Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: UTB 2010
- Opp G. & Brosch A. (HG), Lebensraum Schule. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag 2010



Prof. Dr. Günther Opp

# Unser Jugend-Emailberatererteam

Treffen vom 21. bis 23. Januar 2011

Vom 21.-23. Januar 2011 traf sich die Jugendgruppe der Emailberatung des ADHS Deutschland e. V. zu ihrer zweiten Fortbildung in Springe bei Hannover.

Was die beiden Treffen vor allen Dingen unterschied, war die Gewissheit der jungen Leute darüber, nach diesem Wochenende mit der Beratung beginnen zu können. Und so sahen die Berater in spe es bei dieser Begegnung auch als ihre erste Aufgabe an, einen Text für unsere Internetseiten zu erstellen, der Jugendliche dazu einladen soll, sich mit Ihren Fragen oder Schwierigkeiten an das junge Team zu wenden.

Mein jetziger Bericht gibt nun die Möglichkeit, die Einladung an dieser Stelle zu wiederholen, da die Jugend bisher erst wenig Gelegenheit hatte, auf sich aufmerksam zu machen. Also auch hier gerne noch einmal der Aufruf der jungen Leute:

**Bist Du ADHS-betroffen und suchst "neue Wege"?  
Hast Du ADHS in Deinem Umfeld und möchtest mehr darüber wissen oder Dich vielleicht nur austauschen?  
Was auch immer Deine Fragen und Gründe sind, wende Dich einfach an uns.**

**Wir sind eine Gruppe von Jugendlichen zwischen 14 und 21 Jahren, geben gerne Auskunft oder helfen weiter.**

**Kurz gesagt: Wir freuen uns auf Dich!**

**Das ADHS-Jugendberatererteam  
jugendberatung@adhs-deutschland.de**

Ein Flyer für den Gesamtbereich Emailberatung wird folgen.



*Die Jugendgruppe Emailberatung*

Wie auch schon beim ersten Schulungstreffen in der Tagungsstätte Lutherheim beeindruckte die junge Crew, die sich aus einer weiblichen und sieben männlichen Beratern zusammensetzt (was sagt uns das bei ADHS?), durch eine immense Lernbereitschaft, die nötige Disziplin, einen großen Ideenreichtum und natürlich durch die zu erwartende



*Die Jugendgruppe Emailberatung*

Kreativität, die sich besonders im Verfassen von potenziellen Emails zeigte. Der theoretische Hintergrund zur Beratung wurde sofort in seiner Bedeutung und seinen unterstützenden Hilfen akzeptiert und sehr interessiert aufgenommen.

Ein Highlight auf dieser Schulung war am Samstag (22.01.) Dr. Roy Murphy aus Bad Bramstedt, der durch seinen Vortrag zum Thema ADHS mit möglichen Komorbiditäten deutlich die Kompetenzgrenzen aufzeigte, die in der Beratung bestehen und beachtet werden müssen. Seine Bereitschaft, auf weiteren Fortbildungen ggf. auch Emails zu supervidieren, wird von den Jugendlichen in 2012 gerne in Anspruch genommen werden.

In der nächsten Fortbildung im September 2011 wird Manfred Rabatsch aus Berlin über gesetzliche Grundlagen in der Hilfegebung unter Einbeziehung sozialpädagogischer Aspekte informieren. Aus der Erfahrung in den Fortbildungen der Telefonberatung wird dieser Vortrag für die Berater auf jeden Fall spannend werden und das gesamte Beratungsspektrum weiter erleuchten, aber – genauso wie bei Dr. Murphy – die Beratungsgrenzen deutlich machen.

Für die nun kommende Zeit wünsche ich dem Jugend-Emailberatererteam von Herzen alles Gute. Dazu gehört natürlich auch, dass viele Jugendliche in Zukunft die Beratung nutzen mögen, denn der Einsatz und die kontinuierliche Fortbildungsbereitschaft der Beraterin und der Berater bieten eine gute Grundlage für mögliche Hilfegebung und ggf. auch ein Stückchen Wegbegleitung im Alltag.

■ Gerhild Gehrman

# Fortbildung der Regionalgruppenleiter

Vom 23. bis 24. Oktober 2010 in Hirschaid



*Das Jugendteam*

Unser erster Vortrag von Herrn Dr. Tobias Renner behandelte das Thema „Update zur Neurobiologie und Entwicklungsaspekte der ADHS“. Es ging um die genetischen Ursachen der ADHS und die Frage, ob man jetzt die Gene kennt, die ADHS auslösen, wie uns reißerische Pressemeldungen weismachen wollen. Die Antwort ist ein klares Ja. Man kann innerhalb einer Familie die Gene, die ADHS auslösen, identifizieren. Aber in einer anderen Familie lösen andere Gene die ADHS aus. So verschieden, wie die Symptomatik einer ADHS auftreten kann, so verschieden werden wohl auch die genetischen Auslöser sein.

Nach einer kurzen Pause behandelte Frau Dr. Astrid Neuy-Bartmann das Thema „Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADS/ADHS im Erwachsenenalter“. Mit erfrischendem Humor führte sie uns in diese „besondere Art zu sein ...“. ADHS (Anders Denken Handeln Speichern) tritt nicht nur im Kindesalter auf, sondern hält sich auch noch hartnäckig bei einem großen Anteil der Erwachsenen. Lebhaft beschrieb sie die vielen Aspekte, die eine ADHS ausmachen, die nützlichen wie die hinderlichen.

Nach der Mittagspause referierte Herr Dr. Johannes Streif über ADHS bzw. Hilfen für Familie und Schule. Besonders aufschlussreich fand ich ein Diagramm, in dem von den Eltern/Erziehern betroffener Kinder deren Verhaltensweisen eingeordnet werden sollten in die Bereiche „störend ... nützlich“ und „geerbt ... erworben“. Das ist meiner Ansicht nach sehr hilfreich für eine angemessene Reaktion.

Im Anschluss sprach Herr Mario Pfeiffer von der Allgemeinhilfe Tic & ADHS ([www.ah-ta.de](http://www.ah-ta.de)) über Ticstörungen und deren Auswirkungen. Er beschrieb, was Ticstörungen sind und wie man sie gegen ähnliche Erscheinungen abgrenzt.

Ein Problem der Betroffenen sei, so berichtete er, dass sie nicht gerne in Selbsthilfegruppen gehen. Es kann leicht passieren, dass die Betroffenen voneinander Tics übernehmen, sodass beispielsweise, wer mit einem Augenzucken kommt, anschließend mit Augenzucken und Armwerfen geht. Das sei aber nur vorübergehend. An einigen Fallbeispielen schilderte er die Arbeit seines Vereines AH-TA, der in ausweglos scheinenden Konfliktsituationen, z. B. in der Schule, interveniert, wenn betroffene Familien um Hilfe bitten.

Der Sonntagvormittag war den Workshops gewidmet. Ich kann an dieser Stelle über den Computerworkshop berichten, der dieses Jahr dem Thema Sicherheit gewidmet war. Aus den behandelten Fragen sind einige Tutorials entstanden, die im Mitgliedernetz im Bereich Büro & Technik zu finden sind.

Frau Dr. Menter berichtete anschließend über Neuigkeiten und gab eine Vorschau auf das kommende Jahr. Die Verschreibung von Methylphenidat sei weiterhin für Kinderärzte möglich, auch wenn Pressemeldungen das Gegenteil suggerierten. Die Zulassung eines Medikaments für Erwachsene scheitert (immer) noch an Formalitäten.

■ Sabine Nicoletti

Wenn wir  
fehlerfrei wären,  
würde es uns nicht  
so viel Vergnügen bereiten,  
sie an andern festzustellen.

Horaz

# „ADHS – Bildungschancen wahren in Unterricht und Sport“

## Bericht von einer besonderen Fachtagung 2010 in Hannover

Man darf von einer gelungenen „konzertierten Aktion“ sprechen: Erstmals stellte ein Planungsteam von Mitgliedern vier sehr unterschiedlicher niedersächsischer Organisationen gemeinsam eine Tagung mit ADHS berührenden Themen auf die Beine, die den Wunsch nach mehr weckte.

Die AOK Niedersachsen finanzierte diese Fortbildung, veranstaltet vom Landesvorstand Niedersachsen/Bremen im Bundesverband ADHS Deutschland e. V.. Leitende Mitarbeiter des Niedersächsischen Kultusministeriums und der Akademie des Sports des „LandesSportBundes Niedersachsen“ vervollständigten mit ihren besonderen Möglichkeiten das Vorhaben.

Dr. Bernd Althusmann, seit 2010 Kultusminister des Landes Niedersachsen, entsprach der Bitte zur Übernahme der Schirmherrschaft dieser ADHS-Fortbildung, und sein Grußwort in der Einladungsbroschüre sowie die Ankündigung im Schulverwaltungsblatt verliehen der Veranstaltung die erhoffte Resonanz.

Denn vor allem Lehrkräfte sollten angesprochen werden, da bekanntlich die Schule als das Nadelöhr im Leben sehr vieler ADHS-betroffener Kinder und Jugendlichen gilt. Und sie kamen: Lehrerinnen und Lehrer der verschiedenen Schulformen Niedersachsens bildeten rund die Hälfte der Angemeldeten, darüber hinaus konnten Angehörige weiterer Berufsgruppen begrüßt werden, vor allem aus dem Bereich „Bewegung“: Ergotherapie, Heilpädagogik, Kindertagesstätte, Medizin, Sport, Sportwissenschaft.

Nach den Grußworten von Reinhard Rawe, dem Direktor der Sportakademie in Hannover, und Hartmut Gartzke als Landesgruppenleiter bildeten zwei Vorträge am Vormittag den Mittelpunkt. Nachmittags fanden sechs Workshops in je zweimaligem Durchgang das lebhafteste Interesse der Teilnehmer. Zur ergänzenden fachlichen Orientierung stand in den Pausen ein Büchertisch zur Verfügung, mit dem Frauen der Regionalgruppe Burgwedel ihre Zeit und ehrenamtliches Engagement einbrachten. Ihnen gebührt ein herzliches „Danke!“.

Die gewonnenen Referenten und ihre interessanten Themen:

**Dr. Fritz Jansen**, Neuried: „Bedeutung der ADHS für den Lernerfolg“ und „Positives Lernen“;

**Prof. Dr. Gudrun Ludwig**, Fulda: „Sport für Kinder mit ADHS“;

**Karin Nießen**, Aachen: „Unruhig, laut und impulsiv – wie begegne ich Störungen im Unterricht?“;

**Dr. Helga Simchen**, Mainz: „Verträumt und ängstlich – Hilfen für das hypoaktive Kind“;

**Dr. med. Ingo Spitzczok von Brisinski**, Viersen: „ADHS und Mobbing in der Schule“;

**Dr. Bettina Arasin, Wedemark**: ADHS-Kinder im Sportunterricht – Erläuterungen anhand praktischer Übungen“;

**Hermann Städtler**, Hannover: „Bewegte Schule“.

Hartmut Gartzke äußerte sich hochzufrieden über den gelungenen Verlauf des Projektes sowie die Tatsache, dass mit rund 150 Gästen die modern gestalteten Räume der Sportakademie des Landessportbundes Niedersachsen e.V. ausgelastet waren. Dies fand Bestätigung in den Auswertungsergebnissen der Feedback-Bögen, in denen die Tagungsgäste die Arbeit der Aktiven inhaltlich wie formal sehr positiv honorierten.

Dankbar für die harmonische Zusammenarbeit im Planungsteam steht ein Ziel für die Landesgruppe Niedersachsen/Bremen im Bundesverband ADHS Deutschland e. V. bereits fest: Es soll nicht die einzige derartige Fachveranstaltung bleiben. Eine Fortführung hat das Planungsteam deshalb bereits angedacht.

Die 12-seitige Einladungsbroschüre ist in der Homepage von ADHS Deutschland e. V. unter <http://www.adhs-deutschland.de/pdf/pdf0323.pdf> veröffentlicht.

■ Gerhild Drüe

# ADHS – Ein Thema unserer Zeit

## Mitgliederversammlung 2010 der Landesverbände Hessen und Baden-Württemberg in Böblingen

Entscheidend für eine wirkungsvolle Arbeit im Bundesverband ist es, sich mitzuteilen. Neben der Fortbildung lag hierauf der Akzent der Mitgliederversammlung der Landesverbände Baden-Württemberg und Hessen. Die Verbindung beider Landesverbände ergibt sich derzeit, weil es in Hessen noch keinen Vorstand des Verbandes gibt.



*Frau Anke Schäfer-Kaup*

Der Erfahrungsaustausch, d. h. Berichte aus den Regionalgruppen, bildeten den Mittelpunkt des kurzweiligen Vormittages. Hier sei insbesondere auf die Stern-TV-Sendung „Chaos-Kinder“ beim Privatsender VOX<sup>1</sup> hingewiesen, die gemeinsam mit Kirsten Ridelbauch von der ADHS-Eltern-

gruppe Bruchsal-Hambrücken und Dr. Johannes Streif („Jägercamp“)<sup>2</sup> produziert wurde. Das mediale Interesse zeigt, dass die öffentliche Aufmerksamkeit auf ADHS gerichtet bleibt. Nicht nur im Blick auf Symptomatik und Therapie, sondern auch bezogen auf ein anderes Selbstverständnis von Wahrnehmung. Dies ist eine große Chance für die gemeinsame Arbeit im Bundesverband.

Die Nachmittagsveranstaltungen wurden durch zwei parallel stattfindende Vorträge bestritten. Günter Sander<sup>3</sup> Ergotherapeut aus Münsingen sprach über die Besonderheiten des ADHS-Lernverhaltens und über die Beziehung von ADHS zu Begleiterkrankungen. Anke Schäfer-Kaup<sup>4</sup> referierte über ADHS in Beziehungen. Die Vorträge waren nicht nur für Mitglieder vorgesehen und am regen Zuspruch durch Besucher war festzustellen, wie sehr ADHS in unserer Zeit ein Thema ist.

■ Uwe Metz

1. <http://www.stern.de/tv/reportage/reportage-voxc-chaos-kinder-wenn-eltern-nicht-mehr-weiter-wissen-1634080.html>
2. [http://www.therapaed.de/johannes\\_streif.htm](http://www.therapaed.de/johannes_streif.htm)
3. <http://www.ergotherapie-sander.de/>
4. <http://pi-schaefer.de/>

## 14. ADHS-Kongress in Sindelfingen

Am 02. Oktober 2010 fand in der Stadthalle in Sindelfingen der 14. ADHS-Kongress, organisiert von den Volkshochschulen der Umgebung gemeinsam mit den Selbsthilfeverbänden ADHS-Deutschland e. V. und AdS e. V. statt.

Die Veranstaltung hatte diesmal einen etwas kleineren Rahmen, zeitlich, von der Teilnehmerzahl her und auch das Angebot der Infotische war geringer als in den Vorjahren.

Der erste Vortrag von Herrn Dr. Fritz Jansen beschäftigte sich mit Therapien und Lernstrategien bei ADHS. Er stellte dabei sein IntraActPlus-Konzept in der gewohnt mitreißenden Form vor. Alle Teilnehmer der letzten Bundesversammlung in Nordenham durften ihn ja schon erleben. Daher an dieser Stelle nicht mehr zu dem Thema.

Als zweite Referentin bemühte sich Frau Dr. Ulrike M. E. Schulze den Bogen von den Ursachen des ADHS über die

Diagnostik bis zur möglichen Medikation zu spannen. Eine Herausforderung in 1,5 Stunden, der sie gut gewachsen war. Ihr gelang es die Zuhörer, welche noch neu im Thema waren, von der Erläuterung der Grundproblematiken über die Anamnese, die Diagnostik und Genetik hin zu den möglichen medikamentösen Therapien zu führen und dabei die multimodale Therapie auch noch zu streifen. Dadurch kam allerdings das, für ADHS-Erfahrene ewig interessante Thema der Medikation doch etwas zu kurz.

Mögliche Medikamente konnten nur kurz beschrieben werden, zu sicherlich interessanten ausführlichen Erläuterungen war leider keine Zeit mehr.

Der Nachmittag bot die Möglichkeit der Teilnahme an einem Workshop zum Thema „Elternteraining unter dem Aspekt eines selbst betroffenen Elternteils“ von Sabine Townson, Elternterainerin im kindertherapeutischen Zentrum von

Fr. Neuhaus. Hier haben einige Mitglieder der Elterngruppe Bruchsal teilgenommen und den Saal zumeist enttäuscht vorzeitig verlassen. Ein echtes Mitarbeiten, wie in einem Workshop zu erwarten, wurde nicht gefördert und manche fühlten sich eher wie in einer „Werbeveranstaltung“ für die Teilnahme an den entsprechenden Elterntrainings.



*Herr Karl-Heinz Fuchs, Frau Bärbel Sonnenmoser,  
Frau Petra Ipek*

Außerdem wurde von der Molekularbiologin Fr. Dr. rer. nat. Sabine Paul ein Vortrag zum Thema „ADHS: Nicht immer sind die Gene schuld – Warum die richtige Ernährung hilft!“ angeboten. Frau Dr. Paul ist eine wahre Rhetorikkünstlerin, welche sich der verständlichen Darstellung/Vermittlung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse verschrieben hat.

Dies gelingt ihr mit ihren exzellent vorgetragenen Ausführungen so gut, dass manche sich fast wie in einer „Verkaufsveranstaltung für Wärmendecken“ fühlen.

Frau Paul führt von den positiven Jäger- und Sammlereigenschaften der ADHS'ler geschickt zu den damals üblichen Lebensmitteln und schlägt dann wieder den Bogen zu den heute wesentlich öfter auftretenden ADHS-Erkrankungen. Da sich Gene mittels Evolution nicht so schnell verändern; sich die Ernährung in den letzten Jahren aber rapide in Richtung Fertiggerichte, Konservierungs- und Farbstoffe, stark zuckerhaltige Ernährung etc. entwickelt hat, liegt der Schluss nahe, dass hier eine deutlich negative Beeinflussung der ADHS-Symptomatik zu vermuten ist. Zunehmende Allergien etc. untermauern diese Annahme.

Hier zeigt Frau Dr. Paul die Möglichkeit der paläontologischen Ernährung auf, also die Verwendung der Lebensmittel, an welche unser Körper noch aus der Urzeit gewöhnt ist und die zum Beispiel vermehrt Proteine enthalten. Bausteine der Proteine sind Aminosäuren, welche wiederum Grundstoffe zur Bildung von Neurotransmittern sind. Hat der Körper nicht genügend Aminosäuren und ebenfalls erforderliche Vitamine und Mineralien, so kann er die erforderliche Menge an Neurotransmittern gar nicht herstellen.

Wer sich für das Thema intensiver interessierte, konnte sich am Ende des Vortrages in eine Liste eintragen und erhielt gegen eine Schutzgebühr von fünf Euro eine kurze speziell auf ADHS zugeschnittene Zusammenfassung zugeschickt. Hier wird die positive Beeinflussung der ADHS-Symptome vielleicht etwas zu euphorisch dargestellt, aber bei offenem Umgang mit dem Thema denke ich, ist durchaus nachvollziehbar, dass Ernährung ein Unterstützungsfaktor sein kann, um die Ausprägungen der ADHS niedrig zu halten.

■ Petra Ipek, Elterngruppe Renningen

## Kugelschreiber satt

### Medizin-Messe Stuttgart 2011

Die Auseinandersetzung mit ADHS an den Schulen sowie unter Therapeuten und Medizinern nimmt zu und wird sachlicher betrieben. So lässt sich eine wesentliche Erfahrung der Medizin-Messe in Stuttgart 2011 zusammenfassen. Obwohl die Besuchszahlen der Messe stagnieren, fanden sich am Stand des Landesverbandes Baden-Württemberg viele Interessierte ein. Zu danken ist den Helferinnen und Helfern, die bei der Standbetreuung mitwirkten.

Als wichtig und hilfreich erwies sich die Anwesenheit von Günther Sander, Ergotherapeut und ADHS-Coach aus Münsingen, der den Landesverband am Samstag unterstützte. Er stellte sich als kompetenter Gesprächspartner für Ärzte und Therapeuten zur Verfügung. Ein weiterer Höhepunkt war der Vortrag von Anke Schäfer-Kaupp vom Psychologi-

schen Institut Stuttgart im Forum der Messe.

Sie informierte souverän und kenntnisreich über die Erscheinungsweisen und Veränderungen des ADHS vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter.

Ein – freilich eher inoffizielles – Highlight für alle Sammelbegeisterten unter den ADHS'ern war die wunderbare Möglichkeit, sich an den zahlreichen Ständen sein Reservoir an Kugelschreibern, Notizblöcken oder Kühltaschen aufzufüllen. Werbeartikel satt. Und auch demjenigen, dem nach ruhiger Entspannung der Sinn stand, hatte Gelegenheit, die neuesten Errungenschaften der Massagetechnik, vom Shiatsu-Sessel bis zum Akkupressgerät, an sich auszuprobieren.

■ Uwe Metz

# Bericht über unser Erfurter Achtsamkeitstraining

Kennst du das auch? Du tust etwas, z. B. den Frühstückstisch abräumen. In Gedanken bist du aber bei der ersten halben Stunde deiner beruflichen Arbeit. Du schaust zur Uhr, „Oh, schon spät!“. Im Auto bemerkst du, dass du dein Handy oder deinen Schlüssel vergessen hast. Du schließt nochmals auf, Treppen hoch, Handy, Schlüssel holen und dann aber los. Zwei Minuten zu spät, Blicke der Kollegen, am Abend rügt dich auch noch dein/e PartnerIn, dass du das Flurlicht angelassen hast.

Dieses Vergessen, mit dem Gedanken schon beim Nächsten sein, hat etwas mit fehlender Achtsamkeit zu tun.

Als ich 2008 zur Reha war, hörte ich etwas über ein Achtsamkeitstraining, welches hilfreich sei bei ADHS. Ich wurde neugierig:

Bei einem Gruppenleitertreffen in Thüringen lernten wir den Kommunikationstrainer Herrn Hock ([www.hock-kommunikation.de](http://www.hock-kommunikation.de)) kennen. Er überzeugte uns mit seinem Empathievermögen und seiner Fachlichkeit.

2010 wollte ich ihn für einen Workshop zu unserer Großveranstaltung „buchen“. Er sagte ab, erzählte mir aber, dass er eine Zusatzausbildung mache, um ein Achtsamkeitstraining durchführen zu können. Ich nahm ihn beim Wort. 2010 hatte ich einige interessierte betroffene Erwachsene zusammen, die an einem Training teilnehmen wollten. Wir vereinbarten 3 x 2 Stunden im Abstand von 14 Tagen. In einer kurzen theoretischen Einführung erläuterte uns Herr Hock die MBSR Technik.

Siehe Wikipedia. Infos auch unter <http://www.mbsr-verband.de>.

Die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR) ist ein von dem Moleku-

larbiologen Jon Kabat-Zinn in den späten 70er Jahren in den USA entwickeltes Programm zur Stressbewältigung durch Anwendung verschiedener Verfahren der gezielten Lenkung von Aufmerksamkeit und der Entwicklung, Einübung und Stabilisierung erweiterter Achtsamkeit. Im Rahmen der Psychotherapie findet es als verhaltenstherapeutisches Verfahren Berücksichtigung.

Die treffendste Übersetzung für MBSR ist „Stressbewältigung durch Achtsamkeit.“ Herr Hock sagte „Achtsamkeit ist eine Lebenshaltung!“ Dieser Satz hat sich bei mir tief eingepägt. Wir Europäer neigen dazu, das was wir sehen und wahrnehmen, gleichzeitig zu bewerten. Es wurde bewiesen, dass Patienten, die in einer Klinik in den USA jeden Tag ihre Übungen à 45 Minuten machten, insgesamt entspannter und gleichzeitig aufmerksamer und konzentrierter wurden. Nach seiner Meinung reichen ca. 15 Minuten täglich aus. Übungen, die man in den Alltag integrieren kann.

Dann ging es an die 1. Übung. Wir sollten alle draußen spazieren gehen, nicht reden und nur wahrnehmen. Nach 15 Minuten fanden wir uns wieder zusammen und jeder berichtete.

Es war erstaunlich, was die anderen so wahr genommen hatten. Der eine hörte Vogelstimmen, die anderen hörten spielende Kinder, viel sahen die Farbtupfer an den Blumen und Sträuchern im angrenzenden Garten, manche nahmen Gerüche und Geräusche aus den Wohnungen der angrenzenden Häuser wahr.

Wir bekamen die Hausaufgabe, jeden Tag etwas bewusst wahrzunehmen und die angenehmen Erlebnisse in folgende Tabelle zu übertragen:

Beschreibe dein Erlebnis	Warst du dir der angenehmen Erfahrung während des Geschehens bewusst?	Wie genau fühlte sich dein Körper in dem Moment an? Was hast du gespürt?	Welche Stimmungen, Gefühle und Gedanken gingen mit dem Erlebnis einher?	Welche Gedanken und Gefühle hast du jetzt in dem Moment, in dem du schreibst?
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
usw.				

Wie oft ist unser Alltag mit Aufgaben voll, mit Terminen? Bleibt da Zeit zum Innehalten?

In der nächsten Doppelstunde werteten wir die Erfahrungen und auch Schwierigkeiten der einzelnen Teilnehmer aus. Zum Teil kamen neben den angenehmen Wahrneh-

mungen auch negative Gefühle hoch.

Herr Hock bat dann denjenigen die Augen zu schließen und der Situation nachzuspüren: Wie war der Raum, in dem ich war? Welche Geräusche und Gerüche tauchten auf? Welche Farben und andere Wahrnehmungen? Zwei von uns kamen dadurch der Ursache eines Problems auf die Spur, das mit

bisherigen eigenen Gedanken nicht zu erfassen war. Die Situation und Lösungsmöglichkeiten wurden danach durch Herrn Hock und mit Hilfe der Gruppe besprochen.

An Übungen führten wir eine z. B. Gehmeditation durch: Wie setze ich den Fuß auf, wie rolle ich ab? Wie ist der Boden beschaffen? Wie fühlt sich langsames oder zügiges Gehen an?

Gemeinsam wurde wieder ausgewertet. Das richtige tiefe Ein- und Ausatmen aus dem Yoga wurde geübt, genauso wie eine Entspannungsübung im Liegen.

Der Kurs war ein Kennenlernen von Achtsamkeitsübungen, die man in den Alltag integrieren kann. Für mich finde ich

es als eine Möglichkeit, das syndromtypische Gedankenkreisen bei ADHS zu unterbrechen, eine Form der Entspannung und Konzentration im Alltag zu finden. Dies erleichtert einen entspannten Umgang mit unseren Gedanken und Gefühlen.

Es lohnt sich für eine ADHS-Erwachsenengruppe einen Achtsamkeitstrainer (Therapeut, Psychologe, selbstständiger Trainer) zu finden. Es werden sich garantiert neue Sichtweisen auf tun!

■ Andrea Wohlers  
Thüringer Landesgruppe

## Tätigkeitsbericht 2010 RG Bamberg

Name Gruppenleiterin mit Anschrift, Tel/Fax-Nr. und E-Mail-Adresse:	Carolin Zasworka, Austr. 22, 96117 Merkendorf Tel. 09542/1782 Fax 0954/7720033 rg.bamberg@adhs-deutschland.de
Name 1. Co-Gruppenleiterin (falls vorhanden) ebenfalls mit Anschrift, Tel/Fax-Nr. und E-Mail-Adresse:	Andrea Hollfelder, Demmelsdorferstr. 36 96110 Scheßlitz, Tel: 09542/773106
Termine der Gesprächsabende:	Jeweils der 1.Mittwoch im Monat, falls Ferien oder Feiertag: Verschiebung auf die erste Schulwoche August: entfällt
Treffpunkt und Uhrzeit:	AWO-Zentrum, Hauptsmoorstr. 26, Bamberg/Gartenstadt, 20.00 Uhr
Telefonische Auskünfte/Beratung erteilt:	s.o.
Telefonnummer:	s.o.
Anzahl ständige Mitglieder der Gruppe:	ca. 60
Durchschnittliche Anzahl der Teilnehmer an Gruppenabenden:	15 – 30, bei Vorträgen mehr
Neue Mitglieder im Berichtszeitraum (Namen):	einige

### Aktivitäten außerhalb der regelmäßigen Treffen:

- Kontakt mit der Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen
- Teilnahme an der Veranstaltung „5 Jahre Bamberger Selbsthilfebüro“
- Besuch von Fortbildungsveranstaltungen/Gruppenleiterseminar
- Besuch von Mitgliederversammlung und Symposium des Verbandes
- Aktuelle Fachartikel und Literatur lesen, teilweise Stellungnahmen
- Zahlreiche Einzelgespräche mit Ratsuchenden
- Telefonberatung
- Guter Kontakt und Austausch mit der „mobilen Erziehungshilfe“ einer Förderschule
- Präsenz mit Infotisch beim Sommerfest der Bartolomeo-Garelli-Schule
- Ebenfalls guter Kontakt mit der Pflegedienstleitung Klinikum am Michelsberg
- Infostand bei der Aktion „Neurowoche“ im Bamberger Klinikum
- Teilnahme mit Infostand am Selbsthilfetag in Bamberg
- Jeweils um den Jahreswechsel Versenden (bzw. teils persönliches Vorbringen) von Infolyern des ADHS Deutschland e. V. an Praxen von Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Neurologen in Bamberg und Landkreis
- Traditionell im Juli Bierkellertreffen und im Januar geselliges Treffen bei kaltem Buffet

■ Carolin Zasworka

# Selbsthilfegruppe für Erwachsene mit ADS/ADHS

## In Berlin-Charlottenburg

Das Gründungstreffen meiner Gruppe fand im Dezember 2009 im kleinen Kreise von fünf weiteren TeilnehmerInnen statt. Seither hat sich die Gruppe im Jahr 2010 zunächst einmal im Monat getroffen.

Die Gruppentreffen im vergangenen Jahr haben guten Anklang gefunden und die Mitgliederzahl hat sich in kurzer Zeit auf über 20 TeilnehmerInnen erhöht. Es gibt allerdings insgesamt eine hohe Fluktuationsrate und offensichtlich auch oft Berührungsängste, in eine Selbsthilfegruppe zu gehen. Ich stelle immer wieder fest, dass Hilfesuchende hoffen, alle Ihre Fragen bereits am Telefon zu klären. Außerdem beobachte ich, dass einige Teilnehmer nach einem einzelnen Termin, mit den für sie wichtigen Antworten und Anregungen nach Hause gehen und dann erst einmal wieder alleine klarkommen wollen. Häufig liegen auch größere Abstände zwischen den einzelnen Besuchen in der Gruppe. Die Teilnahme ist also bei vielen Erwachsenen mit ADS/ADHS nicht konstant, sondern sehr stark von aktuellen Lebens- und Problemlagen abhängig. Auch ist der Abstand zwischen einem ersten Kontakt am Telefon oder per Mail und einer ersten Teilnahme an den Treffen bisweilen recht groß.

Sehr regelmäßig dagegen nehmen Frauen an den Terminen teil, die durch bestimmte ähnliche Erfahrungen – v. a. als Resultat einer langen Zeit unerkannten ADS/ADHS und damit verbundenen „Lebensthemen“ – ein Interesse daran haben, sich mit Gleichgesinnten regelmäßig auszutauschen und so endlich das Gefühl zu haben nicht **anders** zu sein und sich verstanden und aufgehoben zu fühlen. „Im Kreis der Frauen“ sind Themen, die ihnen durch ihre Erfahrungen oftmals als „unaussprechlich“ erschienen sind, plötzlich nicht mehr so stark schambesetzt und können angesprochen und vertiefend und lösungsorientiert gemeinsam bearbeitet werden.

Es hat sich während des vergangenen Jahres bald gezeigt, dass ein einzelner Termin im Monat nicht ausreicht, um sowohl die Lebensumstände und Problematiken von neuen TeilnehmerInnen als auch die speziellen Themen, die die letzten Treffen zur Vertiefung aufwarfen, bearbeiten zu können. Wir haben uns deshalb entschieden, spezielle Zusatztermine für die regelmäßigen Mitglieder zu vereinbaren, sodass die Frauen, die regelmäßig teilnehmen, sich

inzwischen ein weiteres Mal im Monat treffen.

Auch räumlich hat es Veränderungen gegeben. Nachdem es mit zunehmender Teilnehmerzahl in meiner Wohnung sehr beengt wurde, treffen wir uns in diesem Jahr in neuen Räumen und an einem anderen Wochentag.

Die zuvor beschriebenen Entwicklungen und auch die Lebensgeschichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen mir, wie wichtig meine Gruppenarbeit ist und auch, dass sie als sehr wertvoll empfunden wird. Im Gegensatz zum Unterstützungsangebot für Eltern von betroffenen Kindern gibt es leider in Berlin (und auch Deutschland weit) weniger SH-Gruppen, die sich speziell mit der Unterstützung von selbst betroffenen Erwachsenen beschäftigen. Bei gleichzeitig wachsender Gewissheit innerhalb der beruflichen Felder, die sich mit dem Krankheitsbild ADS/ADHS befassen, dass ADHS sich nicht (wie lange gedacht) im Jugendalter „automatisch verwächst“, rechne ich also auch weiterhin mit einer Zunahme von Hilfesuchenden und hoffe, dass es in Berlin bald mehr Gruppen geben wird, die ihre Unterstützung für diese Menschen anbieten.

Insbesondere die Möglichkeit, sich in der Gruppe eine Problematik über verschiedene Blickwinkel zu erschließen, wird unter den Mitgliedern meiner Gruppe als besonders wertvoll und hilfreich angesehen. Hier erhalten die TeilnehmerInnen durch den Austausch lösungsorientierte Tipps, die eben nicht wie bisher erfahren, durch Unverständnis über die Situation geprägt sind und dadurch besser angenommen und umgesetzt werden können.

Gerade auch die Geschlechtsspezifika, wie unterschiedliche Symptomatik und Umgehensweisen mit dem eigenen ADS/ADHS, wurden unter den Erwachsenen thematisiert. Weitere Aspekte bei den Gruppentreffen sind und waren „gute“ Diagnostiker, Therapeuten und weitere Hilfeangebote in der Region zu finden und immer wieder auch der Erfahrungsaustausch zu medikamentöser Behandlung und deren Kosten. Auch eine konkrete praktische „konzertierte Aktion“ zur Unterstützung eines Einzelnen in einer besonders schweren Lage fand statt und hat zu einem zusätzlichen Gruppenzusammenhalt geführt. Als Dankeschön gab es beim nächsten Treffen ein gemeinsames SpaghettiesSEN.

Ich hänge zum Abschluss noch eines meiner Gedichte – ich habe mit dem Dichten einen Teil meiner eigenen Lebensgeschichte aufgearbeitet – an meinen Bericht an, ich glaube einige LeserInnen werden sich darin wieder finden und ich

hoffe, dass dieses „Wiedererkennen“ mit einem Lächeln geschieht, denn Humor ist ja unverzichtbar in einem Leben mit ADS/ADHS:

**Tägliche Prüfung**  
von Andrea Zillmann

Oh wunderbarer, großer Gedanke  
fliegst durch mein weit verzweigtes Geranke,  
kommst mir vor allem in den Sinn  
wenn ich mit Anderem wichtig beschäftigt bin.  
Kommst über mich hin wenn ich noch kranke  
am Tageswerk – mittendrinne!, –  
um aufzuglühn und dann zu zerrinnen.  
Pfeilschnell und klar ziehst du jenen Zusammenhang  
über den ich schon lange Nächte dachte –  
Stunde um Stunde damit verbrachte –  
und fliehst dann  
in den Untergang  
von plötzlichem Nichts, – bevor ich dich halten kann.  
Alles und Nichts zur gleichen Zeit,  
hat schon so manchen vom Glauben befreit:  
Normal kann das ja wohl nicht sein!  
Und den', die am lautesten schreien  
machst du noch Feuer obendrein.  
Du machst es für mich doppelt schlecht  
denn nun glauben sie sich doch im Recht,  
wenn das Denken nicht klappt, dann wenn es sollte  
und niemand mehr glaubt, dass ich kann, konnte und wollte...

## RG Eilenburg, „Rabeneltern“

2010 brachte unserer Gruppe einige Höhepunkte. Anfang des Jahres stand uns erst einmal ein kleiner Umzug bevor, da das Gemeindehaus unserer Kirche in Brandis von Grund auf saniert wird.

Wir konnten jedoch nur ein paar Schritte über den Marktplatz in den Seminarraum der Apotheke am Markt ziehen, den uns Frau Simon freundlicherweise kostenfrei zur Verfügung stellt. Ein ganz herzliches Dankeschön an Frau Simon. Damit wir unsere Bücher, die den Eltern zur Ausleihe zur Verfügung stehen, nicht ständig mit uns schleppen müssen, hat uns Uwe Koch eine wunderbare Bibliothek auf Rädern gebaut, die wir auch gleich noch im Seminarraum lassen können. So fällt die ganze Schlepperei weg. Im April haben wir einen Schnupperabend in der Physiotherapiepra-

xis von Frau Lieboldt zum Thema „Entspannungsübungen nicht nur für Kinder“ abgehalten. Sehr schön fanden wir, es gleich selbst ausprobieren zu dürfen. Einen besonderern Höhepunkt stellte der Vortrag von Dr. Ballaschke im Mai mit dem Titel „Hurra endlich 18 – ADS frei?“ dar.

Dr. Ballaschke ist ein sehr engagierte Arzt in unserer Gegend, der uns sehr anschaulich die verschiedenen Erscheinungsformen des ADS in unterschiedlichem Alter erläuterte. Das Thema lockte Eltern sowie Jugendliche und junge Erwachsene an, die jede Menge Fragen zum Thema stellen durften.

Zum Ende des Jahres konnten wir endlich unsere neuen Flyer aus der Druckerei holen und begannen mit der Verteilung.

# Regionalgruppe Bruchsal/ Hambrücken

Am 08. Januar trafen wir uns zu einem nachträglichen Weihnachtsessen, das zum Winteressen umbenannt wurde. Bei viel Schnee, gutem Essen und vielen guten Gespräche fanden sich vier Elternpaare und eine Mutter ein.

Unser erstes Gruppentreffen in diesem Jahr fand am 12. Januar statt. Wie gehabt haben die Treffen wieder im Vereinsraum der Lußhardthalle stattgefunden. An diesem Abend hatten wir zum Thema Elternttraining Dipl.-Psychologen Thomas Hager zu Gast. 14 betroffene Eltern haben sich zu diesem Vortrag bei uns eingefunden. In der multimodalen Therapie ist das Elternttraining ein wichtiger Baustein und wir waren froh, einen Elterntainer mit reichlich Erfahrung gefunden zu haben, der einen guten informativen Vortrag hielt.

Am 09. Februar fand das zweite Gruppentreffen statt. Zum Thema „Soziale Rechte und Möglichkeiten“ hatten 17 Eltern den Weg zu uns in die Gruppe gefunden. Unter Ihnen waren fünf neue Gesichter, die später die Möglichkeit hatten sich vorzustellen. Kirsten erläuterte die verschiedenen Möglichkeiten, z. B. Pflegestufe beantragen, Rückzahlungen von Rezeptgebühren usw. Die Neuen nahmen dankend die Hilfe an, die Ihnen geboten wurde, informierten sich an den Infotischen und bei den anderen Eltern, liehen sich in der Bücherei Bücher aus.

Zum Treffen am 09. März waren wir 21 Eltern bei uns in der Gruppe zu Gast. Darunter hatten wir fünf Neuzugänge, wovon wir uns sehr gefreut haben. Nach der eigentlichen Planung sollte ein Vertreter von der Krankenkasse BKK mhplus bei uns zu Gast sein. Er musste aber kurzfristig absagen. So hatten wir dieses Treffen genügend Zeit andere Dinge zu klären. Wir erzählten von unserem Besuch auf den ADHS-Tagen in Hannover. Wir erklärten den Anwesenden, dass es ab sofort über unsere Gruppe Psychomotorik Gruppen, Elternttraining und die Möglichkeit der Teilnahme am VHS-Kongress in Sindelfingen im Oktober 2010 gibt, ohne dass für die Eltern Kosten entstehen. Nachdem wir den offiziellen Teil abgeschlossen hatten, hatten die Neuen Zeit sich vorzustellen und alle anderen näher kennenzulernen. Der Ergotherapeut und ADHS-Berater Herr Oliver Weiß war am 13. April in unserer Gruppe Gast. Er hielt einen sehr lebendigen und informativen Vortrag zum Thema „das IntraActPlus-Konzept“ von Dr. Fritz Jansen und Uta Streit. 24 betroffene Eltern waren schon ganz gespannt, mehr zu diesem Thema zu erfahren. Nach seinem einstündigen Vortrag hat Herr Weiß sich die Zeit genommen, alle anfallenden Fragen zu beantworten. Danach hatten wir noch genügend Zeit, uns zu unterhalten und Informationen auszutauschen.

Unter dem Motto „Die medikamentöse Therapie“ fand das 5. Gruppentreffen in diesem Jahr statt. Zu diesem Thema hatten wir den erfahrenen Kinderarzt Dr. Zehe aus Bruchsal zu Gast. Begleitet wurde Herr Dr. Zehe von seiner Frau, die ihn in seiner Praxis tatkräftig unterstützt. Darüber haben wir uns sehr gefreut. Da wir für diesen Abend viele Eltern erwartet haben, sind wir schon um 19:00 Uhr in die Lußhardthalle gefahren, um den Abend vorzubereiten. Nach und nach kamen die betroffenen Eltern. Wir beide waren sehr überrascht, wie viele kamen. Es waren 41 Eltern und interessierte Personen gekommen, die sich den Vortrag nicht entgehen lassen wollten. Nachdem alle einen Platz gefunden hatten, stellte Kirsten Dr. Zehe kurz vor und übergab ihm dann das Wort.

Dr. Zehe erklärte den Eltern kurz, was ADHS ist, welche Symptome auftreten und wie man die Diagnose durch Austestung stellt. Er erklärte den Zuhörern, welche Medikamente es auf dem Markt gibt und ihre verschiedenen Wirkungen. Anhand von Beispielen zeigte uns Dr. Zehe, wie er die Medikamente mit der „Präzisionseinstellung“ nach Dr. Fritz Jansen einstellt. Zum Schluss nahm sich Herr Dr. Zehe ausreichend Zeit, die angefallenen Fragen zu beantworten. Um 21:30 Uhr verabschiedeten wir ihn und gingen in den Gesprächskreis über. Viele Eltern informierten sich an den Infotischen und in der Bücherei.

Am 15. Juni war ein Vertreter der BKK mhplus bei uns zu Gast. Er zeigte und erklärte uns das Programm „Starke Kids“ der BKK. Das Programm beinhaltet die qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS. Er begann um 19:45 Uhr.

Im Anschluss hatten wir wieder genügend Zeit, uns auszutauschen und miteinander zu reden. 18 Personen waren heute da, um dem Vortrag zu lauschen. Leider gingen danach einige, so dass ungefähr 15 Eltern zum allgemeinen Gesprächsaustausch da waren.

Weil wir die Familien und vor allem auch mal die Kinder unserer Eltern kennenlernen wollten, haben wir für den 03. Juli ein Grillfest der ADHS-Elterngruppe eingeplant. Bei Würstchen, Steaks und Salat haben sich sieben Familien eingefunden und wir haben einen gemütlichen Nachmittag verbracht und auch mal die Gesichter zu den Geschichten kennengelernt.

Unser Motto fürs Treffen am 20. Juli waren die „Hausaufgaben“. Jeder kennt die Problematik, wenn ADHS-Kinder Hausaufgaben machen sollen. Zu diesem Thema haben wir die Lerntherapeutin Frau Schüler-Bredt eingeladen. 24 Interessierte Eltern hörten Ihr zu, wie sie einen amüsanten

und unterhaltsamen Vortrag hielt. Für sie ist dieser Vortrag eigentlich überflüssig, weil Hausaufgaben eigentlich überflüssig sind. Eine Studie der TU Dresden belegt, dass Hausaufgaben nicht notwendig sind. Selbst  $\frac{3}{4}$  der Lehrer, die die TU im Rahmen dieser Studie befragte, sagten aus, dass sie nicht sicher sind, ob Hausaufgaben für etwas gut sind.  $\frac{1}{4}$  der Lehrer waren sich sicher, aber konnten nicht erklären warum. In ihrem Vortrag schilderte sie den Alltag der Kinder mit Hausaufgaben, wie viel Stress es den Kindern macht und dass es eigentlich keinen Nutzen gibt.

Nachdem Frau Schüler-Bredt die anfallenden Fragen beantwortet und wir sie verabschiedet hatten, teilten wir der Gruppe noch Neuigkeiten und Organisatorisches mit. Dann hatten wir noch genügend Zeit, uns miteinander zu unterhalten und auszutauschen.

Im August haben wir wegen der Schulferien kein Treffen eingeplant und mal viel Zeit für unsere eigene Familie gehabt.

Am 19. September haben wir uns das erste Mal nach den Ferien getroffen. Wir waren sehr gespannt, wie viele heute zum Treffen kommen würden. Das war das erste Treffen ohne Vortrag seit Langem. Durch die Vorträge waren die neuen und auch die alten Mitglieder einfach zu kurz gekommen. Deshalb freuten wir uns auf den Abend ohne Vortrag, um mit den Neuen und den Alten gute Gespräche führen zu können. Besucht haben uns 19 betroffene Eltern. Darunter waren vier Neue und 15 „alte Hasen“, eine gute Mischung. Pünktlich um 19:30 Uhr begann Kirsten alle herzlich willkommen zu heißen und die Punkte auf unserer Liste abzuarbeiten. Bei guten Gesprächen war die Zeit schnell verfliegen und wieder ging ein Treffen zu Ende.

Auf den ADHS-Tagen in Hannover im Februar haben wir die Firma PROTAC kennengelernt. Ihr Stand mit einem großen Schild zum Thema Schlafstörungen bei Kindern mit ADHS hat uns magisch angezogen. Aus diesem Grund haben wir die Firma eingeladen, bei uns in der Gruppe Ihre Produkte im Rahmen eines Workshops vorzustellen. Am 12. Oktober kam dann Frau Mia Brag zu uns in die Gruppe extra aus Dänemark angereist, um die Kugeldecke und andere Produkte zu erklären. Anwesend waren 22 betroffenen Eltern. Jeder konnte die Produkte ausprobieren und war nicht gezwungen, etwas zu kaufen. Wir wollten den Eltern nur eine Möglichkeit zeigen, wie sie vielleicht die Einschlaf- und Durchschlafprobleme ihrer Kinder in den Griff bekommen können. In der Gruppe bildeten sich einzelne Grüppchen und so ging der Workshop über ins Gruppentreffen. Es wurden Bücher zurückgegeben und auch wieder ausgeliehen, Broschüren unter die Lupe genommen und es gab einen regen Gesprächsaustausch zwischen den Eltern. Frau Brag war bis zum Schluss bei uns zu Gast und hat sich gut in die Gruppe eingefügt. Das war ein schönes Erlebnis und sie

dankte uns dafür, dass sie bei uns sein durfte. Um 22:30 Uhr ging ein schöner Gruppenabend zu Ende.

Am 16. November hatten wir ein ganz normales Elterntreffen ohne Vortrag und irgendwelche Punkte auf der Tagesordnung geplant. Wir wollten, dass alle die Möglichkeit bekommen, sich vorzustellen und dass sie uns das erzählen, was sie uns erzählen möchten.

Wir rechneten mit etwa 20 Eltern, die zu unserem Treffen erscheinen werden und hatten Tische für eine große Runde aufgestellt und waren schon um 19:15 Uhr bereit. Nach und nach trafen die Eltern ein und zu unserer Überraschung wurden es immer mehr. Pünktlich zu Beginn des Treffens waren insgesamt 32 Eltern bei uns zu Gast. Das hat uns total überrascht und auch gefreut. Da es aber eindeutig zu groß war, um sich alle einzeln vorzustellen, hat Kirsten den Anfang gemacht und danach ich. Wer wollte, konnte sich dann vorstellen. Leider verstanden die einen vom Tisch ganz vorne nicht, was die vom andern Ende des Tisches berichteten. Deshalb trennten wir die Gruppe in zwei kleinere Gruppen. Dadurch ergab es sich, dass die Gespräche untereinander in Gang kamen und wir so keine weitere Vorstellung mehr machten. Von den 32 Anwesenden waren fünf Neue erschienen, die wir natürlich freundlich begrüßten und denen wir hoffentlich weiterhelfen konnten. Um 22:30 Uhr ging ein schöner und stressiger Gruppenabend zu Ende.

Bei winterlichen Wetter trafen wir uns am 04. Dezember im Restaurant „Ho`s Garden“ in Kronau zu unserer Weihnachtsfeier. Insgesamt waren 17 Eltern (fünf Paare und sieben Mütter) gekommen.

An einem großen Tisch in gemütlicher Atmosphäre verbrachten wir einen schönen und unterhaltsamen Abend mit vielen interessanten Gesprächen. Wir begannen um 19:30 Uhr und beendeten den Abend unfreiwillig als letzte Gäste um ca. 23 Uhr.

Unser letztes Gruppentreffen begann am 14. Dezember ausnahmsweise schon um 19:00 Uhr.

Trotz starken Schneefalls kamen an diesem Abend 14 betroffene Eltern.

Der einzige Tagespunkt, den wir an dem Abend auf unserer Liste hatten, war die Vorstellung des neuen Jahresplans 2011. Kirsten zählte die einzelnen Termine auf und sagte kurz ein paar Worte dazu. Danach gaben wir die Runde frei und es entstanden viele Gruppen, wo jeder einen hatte, mit dem er sich unterhalten konnte. Um 21:30 Uhr beendeten wir das Treffen, da an diesem Abend die Fernsehshow „stern TV Reportage“ mit Kirstens Familie auf VOX lief. Damit jeder die Chance hatte es zu sehen, beendeten wir das Treffen etwas früher.

■ Sabine Kolb, Kirsten Riedelbauch  
RG Bruchsal-Hambrücken

# Arbeitskreis ADS/ADHS der IG Ingolstädter Eltern e. V.

Auch im Jahr 2010 fand, außer im August, jeden dritten Donnerstag im Monat ein Treffen statt. Unsere umfangreiche Bücherei mit Fachliteratur wird weiterhin sehr gut genutzt. Wir begrüßen sehr, dass nicht nur Eltern zu uns kommen, sondern auch Interessierte, wie heilpädagogische Fachkräfte, Ergotherapeuten, Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, Psychologen und Sozialpädagogen mit betroffenen Jugendlichen, die sie betreuen.

## Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen

07.02.2010: Die „Interessengemeinschaft Ingolstädter Eltern e. V.“ veranstaltet ein Winterfest im Spielpark Fort Peyerl. Wir nutzen die Gelegenheit und informierten über den Arbeitskreis ADS/ADHS.

18.03.2010: Christine Nouchkioui-Böhm, Ergotherapeutin und häufige Besucherin unserer Gruppe, zeigte den Film „Wege aus der Brüllfalle“. Dieser Film ist nicht speziell für Eltern von ADHS-Kindern hergestellt, aber eben auch für diese Thematik sehr geeignet. Unsere Eltern waren begeistert, er macht Mut und zeigt auch mit Humor neue Wege für typisch festgefahrene Konfliktsituationen im Alltag auf.

24.04.2010: In Zusammenarbeit mit dem Schulamt Ingolstadt veranstalteten wir eine ganztägige Fortbildungs- und Informationsveranstaltung zum Thema „Hilfen beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ im großen Hörsaal an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät in Ingolstadt. Die Referenten, Dr. Armin Born, Anja Freudiger und Dr. h.c. Hans Biegert begeisterten die ca. 100 Teilnehmer mit großem Fachwissen, gut aufbereiteten praktischen Lernhilfen

und ganz konkreten Erziehungshilfen.

03.07.2010: Wir nahmen wieder am Ingolstädter Gesundheitstag mit einem Informationsstand teil. Sowohl durch Informationsmaterial als auch durch persönliche Gespräche konnten sich Interessierte über die ADHS-Problematik informieren.

07.09.2010: Vorbesprechung im Gesundheitsamt bei Frau Steger. Sie initiierte eine Fortbildung für Ärzte zum Thema: „Wie unterstützen Selbsthilfegruppen die Arbeit der Ärzte“?

20.10.2010: Mitwirkung an der Fortbildung für Ärzte. Nach der Vorstellung unserer Gruppe (Organisation, Arbeitsweise, Inhalt) wurden in Arbeitsgruppen Möglichkeiten der Zusammenarbeit erarbeitet. Außer dem Arbeitskreis ADHS nahmen noch drei weitere Selbsthilfegruppen teil.

22. – 24.10.2010

Landesgruppenleitertreffen und Fortbildung in Hirschaid.

24.11.2010: Berta Bleicher nahm am Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie im Landkreis Eichstätt teil. Dieser setzt sich zum Ziel, den Istzustand und Bedarf der Versorgung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu analysieren und die Transparenz über bestehende Institutionen zu fördern. Möglicherweise können die bestehenden Lücken über Projektarbeit gefüllt werden. Da im ganzen Landkreis kein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie niedergelassen ist, wird Kontakt mit der Kassenärztlichen Vereinigung aufgenommen.

■ Berta Bleicher, Iris Fuchs

## Regionalgruppe Zeitz

Die SHG „Eltern hyperkinetischer Kinder“ Zeitz Deutschland e. V. führte auch im Jahr 2010 im vierwöchigen Rhythmus die Treffen der Selbsthilfegruppe durch. Diese Treffen fanden regelmäßig im Gemeinderaum der evangelischen Kirche statt, worüber wir sehr dankbar sind.

Die Zusammenkünfte werden kurz als Ergebnisprotokoll dokumentiert. Unsere Gruppe besteht schon über Jahre hinweg aus bis zu 10 Mitgliedern.

Durch die jahrelange feste, gleichbleibende Zusammensetzung unserer Gruppe, ist die Möglichkeit der stetigen Begleitung und Austausch gegeben.

Die Probleme unserer Kinder und Jugendlichen werden nicht schlagartig weniger, sie verändern sich aber.

Es ist sehr schön die Entwicklung der Kinder verfolgen zu dürfen. Jeder ist eine kleine Persönlichkeit, bei der es wichtig ist, die individuellen Stärken herauszuarbeiten. Unter Förderung dieser wird der gemeinsame Weg leichter. Größere Aufmerksamkeit widmen wir weiter den Begleitstörungen.

Die Gruppe ist eine offene Gruppe.

■ Eva Müller

# RG Essen-Trotzdem Gut

Das Jahr 2010 ist vergangen - mit vielen schönen, aufregenden und erfolgreichen Erlebnissen. Unser Anliegen im Jahr 2010 war es, die ADHS-Symptomatik näher zu bringen und die Bedeutung für die Gesellschaft zu zeigen. Unsere Kinder sind die Zukunft. Sie werden ins Leben hinaus geschickt und werden dabei leider zu oft auf ihrem Weg behindert, nur weil sie nicht so ticken, wie es die vorherrschende Meinung gerne möchte. Das wollen und müssen wir ändern, sonst ist es ein Armutszeugnis für unser Zusammenleben in der Gesellschaft

Die Erfahrung hat gezeigt, dass man ständig mit den Menschen arbeiten muss, um Erfolge im Umgang mit dem ADHS zu erreichen.



*Claudia Veutgen (re.) am ADHS Deutschland e.V. Info-Stand*

Wir haben im Jahr zehn Treffen durchgeführt, immer am ersten Dienstag des Monats. Dabei bemerkte man, wie unterschiedlich die Problematik der Erkrankung wahrgenommen und damit umgegangen wird. So ist es wichtig, dass die Selbsthilfegruppen für Betroffene da sind.

Zum Jahresanfang besuchte ich viele Familien und habe bei Problemen mit dem Jugendamt, Gesundheitsamt, Krankenkassen sowie Schule, Therapeuten und Ärzten geholfen.

So konnte man den Betroffenen Kuren ermöglichen, bei Schulproblemen helfen, sodass sie die beste Betreuung bekamen und jetzt ihren Weg gehen. Wir vermittelten vielen Eltern Therapeuten und Ärzte, die sich mit ADHS auskennen. Einer Familie, deren Kind (16) vor Gericht kam, konnten wir dadurch helfen, dass wir ihnen den richtigen Weg im Umgang mit der Erkrankung zeigten und einen Arzt, der von der Problematik Ahnung hat, empfahlen. Der Junge bekam durch unsere Selbsthilfegruppe eine Chance,

die er genutzt hat. Ein anderes Mal unterstützte ich eine Familie beim Antrag einer Kur. Diese war vorher durch die Krankenkasse abgelehnt worden. Nach einer schriftlichen Stellungnahme wurde sie genehmigt. So konnte auch geholfen werden bei einem Schulwechsel, der vorher nicht genehmigt wurde. Übers ganze Jahr ging das so weiter.

Unsere Selbsthilfegruppe nahm an der Mitgliederversammlung teil und an der Fortbildung der NRW-Gruppen in Münster. Im Frühjahr besuchte ich ein Seminar der Selbsthilfegruppen aus Essen. Es ging um die Darstellung der SHG in der Gesellschaft. Im September waren wir zum Seminar in Hirschaid, was wieder toll war. Diese Treffen sind sehr wichtig, da man sich austauschen und für die wichtige Arbeit neue Kraft tanken kann. Vom 06.11.2010-15.11.2010 waren wir auf der Messe „Mode, Heim und Handwerk“ mit einem eigenen Stand vertreten. Wir hatten über 250 Gespräche und einige neue Mitglieder geworben.

In der Öffentlichkeitsarbeit haben wir mit Radio, Fernsehen und Zeitungen gesprochen. Die WAZ veröffentlichte im Juli eine Seite über die ADHS-Situation. Sowohl der WDR als auch verschiedene Zeitungen berichteten im November über die Selbsthilfegruppen in Essen. In Schulen haben wir Vorträge gehalten, sowie bei Konferenzen in Essen teilgenommen.

Wir wurden in Essen für den 4. Essener Selbsthilfepreis vorgeschlagen. Ein Pate hat uns besucht und dem Komitee unsere SHG vorgestellt. Am 18.11.2010 wurden wir auf einem Bankett mit einer Urkunde ausgezeichnet. Durch diese Arbeit ist es uns in Essen gelungen, einige Fortschritte zu erzielen und die Aufmerksamkeit auf das Thema zu lenken.

Die Zusammenarbeit der Institutionen ist besser geworden und die Akzeptanz des ADHS steigt. Es muss aber noch viel getan werden, da wir noch einen weiten Weg vor uns haben, bis alle Menschen verstehen, was für wertvolle Menschen ADHSler sind und was sie für die Gesellschaft leisten können, wenn man sie lässt. Wir konnten diese Arbeit und den Erfolg auch deshalb verbuchen, weil wir tatkräftige Unterstützung vom ADHS-Deutschland e.V. bekamen mit allen fleißigen Menschen.

■ Jörg Veutgen, Claudia Veutgen  
Gruppenleitung der ADHS-Elterngruppe des  
ADHS-Deutschland e.V. Regionalgruppe Essen

# Spenden und Fördergelder im Jahre 2010

Insgesamt erhielten wir auf Bundes- sowie auf Landes- und Regionalebene folgende Spenden (Kein Sponsoring) und Fördermittel nach § 20c SGB V seitens der Krankenkassen zur Unterstützung unserer Selbsthilfearbeit.

Förderstelle	Fördert	Bundes- verband	LG Berlin	LG BW	LG Bayern	LG NRW	LG Nieder- sachen
<b>GKV Gemeinschafts- förderung</b>	<b>Pauschal- förderung</b>	<b>25.000,00 €</b>	<b>3.500,00 €</b>	<b>4.000,00 €</b>	<b>3.500,00 €</b>		
<b>KK Regional</b>	<b>Pauschal</b>		<b>480,00 €</b>			<b>5.465,00 €</b>	
<b>Krankenkassen Individuelle Förderung</b>	<b>Projekt- förderung</b>			<b>2.950,00 €</b>			<b>9.998,64 €</b>
DAK	Gruppenleiter- Schulung	4.000,00 €					
BKK KKH (2010) KKH (2009)	didacta	500,00 € 500,00 € 4.224,06 €					
AOK BEK	Förderung Jugendliche	1.500,00 € 1.500,00 €					
<b>Summe KK</b>		<b>37.224,06 €</b>	<b>3.980,00 €</b>	<b>6.950,00 €</b>	<b>3.500,00 €</b>	<b>5.465,00 €</b>	<b>9.998,64 €</b>
<b>BAG Selbsthilfe</b>	<b>Telefon- beratung</b>	<b>3.435,40 €</b>					
<b>Pharmafirmen</b>	<b>Projektspenden</b>						
Janssen-Cialag Medice	Telefon- beratung	2.000,00 € 500,00 €					
Shire	RG-Gruppe	250,00 €					
Verschiedene	Freie Spenden für Regional- gruppenarbeit	569,79 €					
Verschiedene	Freie Spenden	4.281,07 €					
<b>Insgesamt</b>		<b>48.260,32 €</b>	<b>3.980,00 €</b>	<b>6.950,00 €</b>	<b>3.500,00 €</b>	<b>5.465,00 €</b>	<b>9.998,64 €</b>

Wenn du klug bist,  
so mische eines  
mit dem andern:  
hoffe nicht ohne  
Zweifel und  
zweifle nicht  
ohne Hoffnung.

Seneca

Dr. Bonneys

# „Zappelix zaubert“

Rezension 1

## Lernspiel für Kinder zur Behandlung bei ADHS

Die Installation verlief problemlos, Testsysteme waren Windows XP und Windows 7(64-bit). Allerdings gab es bei Windows 7 Probleme mit Adobe Air, das händisch nachinstalliert werden musste. Das Spiel läuft stabil, ein Wechsel zum Desktop ist jederzeit möglich. Die Mundbewegungen der Figuren sind nicht synchron zu den Dialogen.

Video-Grafik: Gute Zeichnungen im Manga-Stil, nicht immer flüssig (2/5).

In-Game-Grafik: Kindgerecht, könnte ausgefeilter sein. Unterschiedlich von Level zu Level (2/5)

Musik: Kindgerecht (2/5)

Gameplay: Kindgerecht, sehr leicht, nervig (1/5)

Story: Wirkt total aufgesetzt und austauschbar (1/5)

Level 1:

Jump'n'Run, einfach gemacht, eintöniges Spielprinzip, lange Wartezeiten

Level 2:

Sachen vom Band sammeln, sehr einfach und langweilig.

Level 3:

Schulweg bewältigen, Freunde abholen, Straßen richtig überqueren. Ein Polizist überwacht das Ganze. Es reizt, zu testen ob „der Bulle“ nicht ausgetrickst werden kann.

Level 4:

Noch einmal Jump'n'Run mit langen Wartezeiten

Level 5:

Erneut Sachen vom Band sammeln. Mit der Zeit nerven die positiven Verstärker: „Gut gemacht!“, „Klasse!“, „Richtig!“



Dr. Bonneys

„Zappelix zaubert“

MMM MultiMedia

Manufaktur GmbH

Lernspiel für MAC und PC

Preis: 119,- (Home Version),

349,- € (Praxis Version)

Fazit:

Eine Story, die abstrus und aufgesetzt wirkt, Monster, deren Bedeutung für die Störung, die Story oder das Gameplay unklar sind, ein solches Spiel kann nicht dauerhaft fesseln. Zumal in den einzelnen Level keine Belohnungssysteme eingebaut sind. Es gibt keinen Anreiz, ein Level zu wiederholen oder sich zu verbessern, beispielsweise, indem man sich weitere Items erspielt oder Portale freischaltet. Therapieeffekte sind in meinen Augen nicht erkenntlich. Vom Schwierigkeitsgrad und von der Aufmachung her ist das Spiel höchstens bis zum Grundschulalter geeignet. Gesamtbewertung: 2/5, für eine Zielgruppe bis 10 Jahre, sonst eher 1/5.

■ Arnd Bragenheim

Den Dingen, mit denen  
du durch das Schicksal  
verkettet bist, denen  
passe dich an. Und die  
Menschen, mit denen  
dich das Geschick  
zusammengestellt hat,  
die habe lieb,  
aber von Herzen.

Marc Aurel

**Rezension 2**

Im Umschlagtext heißt es:

„Ein unterstützendes Therapiespiel von Dr. med. Bonney für Kinder von 5-12 Jahren“.

Der Spieler schlüpft bei Zappelix in die Rolle des Jungen Zappelix. Dieser wird seit Jahren von Plagegeistern und Störenfrieden geärgert, die es anscheinend darauf abgesehen haben, ihm zu Hause und in der Schule viel Ärger zu bereiten. Sie bringen seine Dinge durcheinander, stören ihn im Unterricht oder lenken ihn von seinem Schulweg ab, sodass er zu spät kommt oder gar an Orte geht, an die er nicht gehen soll.“

Ziel des Spiels sei es, diese Plagegeister in „ihre Welt“ zurückzuschicken. Offenbar sollen die Plagegeister die ADHS symbolisieren. Ungeduld, Unaufmerksamkeit und Co. werden als etwas Schlechtes dargestellt, das man wegschicken muss. Dass mit einer solchen Darstellung das Selbstwertgefühl der betroffenen Kinder weiter verschlechtert wird, wird entweder übersehen oder in Kauf genommen.

Besser wäre eine neutrale Darstellung der Geister, die gute und schlechte Seiten haben, ebenso wie im echten Leben ADHS Vor- und Nachteile hat. Lernziel wäre, wie man sich den negativen Einflüssen entzieht und für die positiven sensibel wird. Denn eins ist klar, ADHS bleibt lebenslänglich und am besten fängt man früh an, sich damit zu arrangieren.

Doch nun zum Spiel selbst. Es scheint sich hier um das Nachfolgespiel von TAIL zu handeln, das 2006 erschienen ist. Positiv ist die Elternuhr, mit der man die Spielzeit begrenzen kann. Wenn die Zeit abgelaufen ist, geht es nur noch mit Passwort weiter; leider nicht am gleichen Punkt, sondern wieder von vorne. Die Musik ist nervig, besonders für überreizte ADHSler. Schade, dass man erst das Handbuch gelesen haben muss, bevor man sie ausstellen kann.

Wer wie ich mit der Hand-Auge-Koordination Probleme hat, ist schnell genervt vom Satz „Nachdenken und Abwarten können dich an dieser Stelle weiter bringen als über-eiltes Herumhüpfen.“ ICH BIN NICHT ÜBEREILT HERUMGEHÜPFT - ICH BIN UNGESCHICKT! Fast hätte ich es dann geschafft, aber da hat die Elternuhr zugeschlagen und ich stand wieder ganz am Anfang. Gleich im ersten Level bin ich also gescheitert und ohne meine Söhne wäre die Rezension an dieser Stelle zu Ende, denn in die nächsten Level komme ich erst hinein, wenn ich das erste geschafft habe. Die gestellten Spielaufgaben sind banal und viele Onlineportale bieten kostenlos anspruchsvollere Spiele an, die die Konzentration und Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Handlungsplanung fordern und fördern, insbesondere, wenn Eltern (oder Therapeut) und Kind sich gemeinsam damit befassen. Auch bezweifle ich, dass der Transfer in den Alltag immer möglich ist, dass Kinder das, was sie in der Spielsituation am Computer erfolgreich bewältigt haben, im Alltag umsetzen können. Es ist ein Unterschied, ob ich am Computer in einer übersichtlichen Spielgrafik die Verkehrsregeln einhalte oder im lauten, lärmenden Alltag, der dreidimensional ist und viel mehr Sinneseindrücke vermittelt.

Zum Spiel gehört ein Handbuch (Booklet). Im hinteren Teil (S. 28-43) findet man Hintergrundinformationen. Dort heißt es unter anderem, dass Lernen Spaß machen soll. Das habe ich beim Spielen mit Zappelix vermisst. Es kam kein Lachen aus dem Kinderzimmer, wie ich es bei vielen anderen kindgerechten, lehrreichen Computerspielen schon erlebt habe.

Mein Fazit: Das Spiel gefällt mir nicht und ich finde es mit 119,- Euro (Homeversion) viel zu teuer.

■ Sabine Nicolei



**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



Angelika Taubert

# „Reittherapie in Neurologie und Psychotherapie“

Ziel dieses Buches ist, die Anwendung der Reittherapie für die aufgeführten Krankheitsbilder darzustellen und über die spezifische Wirkung zu informieren. Schwerpunkt ist die Fortbildung von Mitarbeitern in der Neurologie und Psychotherapie und in der entsprechenden Reittherapie. Im vorliegenden Buch werden die spezifischen Einsatzmöglichkeiten der Reittherapie bei neurologischen und psychischen Erkrankungen aufgezeigt.

Wie sinnvoll ist eine Reittherapie bei einer diagnostizierten ADHS-Erkrankung?

Kann das Buch ausreichende Informationen für alle bieten, die sich mit der Förderung von ADHS-Betroffenen befassen?

Das Buch wendet sich an Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozial- und Heilpädagogen sowie an Sport-, Reit- und Hippotherapeuten, Motopädagogen, Physio- und Ergotherapeuten. Und an Betroffene, Angehörige, Interessenvertretungen und interessierte Laien.

Die verschiedenen Krankheitsbilder sind klar definiert, umfangreich und sehr fachlich formuliert. Sie sind mit Erläuterungen versehen und auch für fachlich vorgebildete Laien verständlich.

Der Text ist unterteilt in neurologische und psychische Erkrankungen, mit ausführlichen Hinweisen über die Anwendung von Reiten (Reiten, Reittherapie und Hippotherapie), die Wirkungsweise und Kontraindikationen.

Ergänzt wird der Inhalt schwerpunktmäßig durch Informationen über die Multimodale Psychodynamische Reittherapie (MPR) als störungsspezifische Therapie.

Die Texte sind klar gegliedert, verständlich, kurz und ergänzt mit ausführlichen Quellenangaben zur weiteren Information.

Auf die Diagnose ADHS im Kindes- und Erwachsenenalter wird ausführlich eingegangen. Ergänzungen sind auch anderen Krankheitsbildern zu entnehmen.

Vertiefend gibt es ausführliche Angaben zur störungsspezifischen Reittherapie (MPR). In klaren Übungsbeispielen (gegliedert nach Trainingsziel und Übungsansatz) wird anschaulich die Wirkungsweise einer angewandten Reittherapie dargestellt.

Reittherapie in Neurologie  
und Psychotherapie

PETER LANG  
Internationaler Verlag der Wissenschaften

Angelika Taubert

**Angelika Taubert**  
„Reittherapie in Neurologie  
und Psychotherapie“

ISBN:978-3-631-58653-2

Verlag: Peter Lang,  
Internationaler Verlag der  
Wissenschaften, Frankfurt  
Preis: 39,80 Euro

Das Buch ist übersichtlich gegliedert und bietet genügend Informationen um den sinnvollen Einsatz einer Reittherapie zu diskutieren.

Es kann für Betroffene, Angehörige und Therapeuten eine Hilfe sein, um eine geeignete Therapie durchzuführen. Der Inhalt ist auch als Argumentationshilfe geeignet, wenn es darum geht, eine Methode zu finden, mit der man gesundheitsförderndes Verhalten erlernen und die Lebensqualität steigern kann. Eine ausführliche Literaturübersicht ergänzt den Text.

Aus meiner Erfahrung als Reittherapeutin fand ich das Buch sehr informativ und hilfreich bei der Differenzierung von Störungen und der Zuordnung von Übungen zu unterschiedlichsten Behandlungsfeldern.

Es wird von uns bei Teambesprechungen eingesetzt, um die Behandlungsqualität aller beteiligten Therapeuten zu verbessern und das Verständnis über die Wirkungsweise der angewandten Reittherapie zu vertiefen.

Das Buch ist aus meiner Sicht ein empfehlenswertes Nachschlagewerk für alle in der Reittherapie tätigen Personen, aber auch für alle, die sich aus pädagogischen oder medizinischen Gründen mit Sportarten zur verbesserten Entwicklung von Kindern und Erwachsenen mit ADHS beschäftigen. Das Buch hat mich vor allem im Praxisbezug überzeugt und unsere Arbeitsinhalte wissenschaftlich belegt.

Als Fachbuch fand „Reittherapie in Neurologie und Psychotherapie“ meine ganze Anerkennung. Man spürt, dass die Autorin mit großer Sachkenntnis und Erfahrung über das Thema schreibt. Der Inhalt ist für alle auf dem Gebiet der Reittherapie im Bereich Heilpädagogik und Psychotherapie tätigen Trainer und Therapeuten sehr informativ. Die eigene Unterrichtsqualität kann durch die empirische Forschung nachhaltig verbessert werden. Der Dialog der zusammenarbeitenden Therapeuten, Angehörigen und Kostenträgern erhält eine andere Qualität.

■ Maïke Müller

## Stephan Marks: „Die Würde des Menschen, oder: Der blinde Fleck in unserer Gesellschaft“

### Die „Kultur der Entwürdigungen“ überwinden

Niemand stellt Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes infrage: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Die Menschenwürde bildet das Zentrum der Menschenrechte. Dennoch wird sie täglich und ständig verletzt – ein blinder Fleck in unserer Gesellschaft. Stephan Marks hellt ihn mit seinem neuen Buch „Die Würde des Menschen“ auf.

Er weist darauf hin, dass das Bewusstsein für Würdeverletzungen bei uns nicht stark ausgeprägt ist, wie Witze auf Kosten anderer, die nachbarschaftliche Gerüchteküche mit leichtfertigen Verleumdungen, das weitverbreitete Mobbing in Arbeitswelt und Schule und vieles mehr belegen. Gerade in der Schule erleiden Kinder und Jugendliche (und auch zahlreiche Lehrkräfte!) täglich Kränkungen. Die Zusammenhänge mit Amokläufen sind bekannt, ohne zu Konsequenzen zu führen; über die Zusammenhänge mit den Lernleistungen der Schülerinnen und Schüler wird kaum nachgedacht – angesichts von (internationalen) Schulleistungs-Vergleichsstudien unverständlich.

Stephan Marks analysiert jedoch nicht nur, sondern zeigt auf, was zu tun ist: „Die Würde eines Menschen zu wahren bedeutet, ihn in seinen Grundbedürfnissen nach Schutz, Zugehörigkeit, Integrität und Anerkennung anzunehmen und zu unterstützen“ (S. 45). Er benennt also positiv, wie Menschen mit Menschen im Sinne von Menschenwürde umgehen sollten. Die vier Grundbedürfnisse leitet er aus der Schampsychologie ab. Diese beschreibt, wie sich Scham entwickelt, welche Funktionen sie für den Menschen hat und wie sich Schamverletzungen auswirken.

Sich selbst zu schämen ist eine aktive emotionale Reaktion des Menschen auf bestimmte Situationen. Gesunde Scham steht in Verbindung mit dem eigenen Gewissen und dem Verinnerlichen sozialer Verhaltensweisen. Sie entwickelt sich, wenn das Kind von klein auf eine Atmosphäre von Schutz, Zugehörigkeit und Integrität erlebt.

Damit kann es einen Begriff von seiner Würde und der anderer gewinnen und lernen, sie zu schützen. Beschämung jedoch kann so viel Scham auslösen, wie nicht mehr zu verarbeiten ist. Solche pathologische oder ‚giftige‘ Scham kann zur Schamabwehr führen, die sich beispielsweise in Verachtung, Beschämung, Zynismus, Negativismus, Arroganz, Wut, Rache, Sucht, Größenfantasien u.a.m. zeigt. Das ist die Quelle der weitverbreiteten Verletzungen der Menschenwürde. Der Autor belegt eindrucksvoll, dass Scham



**Stephan Marks:**  
**„Die Würde des Menschen, oder: Der blinde Fleck in unserer Gesellschaft“**  
ISBN: 978-3579067551  
Verlag: Gütersloher Verlagshaus, 2010  
Preis: 19,99 €

keine „Privatsache“ ist: „Sie ist der soziale Affekt. Sie reguliert das menschliche Verhalten und steuert Nähe und Distanz, Privatheit und Öffentlichkeit, Zugehörigkeit und Ausgrenzung, Anpassung und Integrität“ (S. 55).

Ein zweites Kapitel über „Die Deutschen und die Menschenwürde“ vervollständigt den ersten Teil des Buches. Es erklärt aus historischer Perspektive, warum wir heute in einer „Kultur der Entwürdigungen“ leben – eine Analyse, die mich sehr nachdenklich macht. Mit dem zweiten Buchteil gibt Marks dann Antworten auf die Frage: „Wie könnte es uns gelingen, unsere menschliche Kreativität für eine Kultur der Menschenwürde freizusetzen?“ (S. 110)

Vier Kapitel befassen sich mit der Menschenwürde und ihrer Beziehung zu sich selbst, zum Du, zum Thema (z.B. Unterrichtsfach) und schließlich „im Kontext“, also mit strukturellen Entwürdigungen. In diesem Teil habe ich mehr noch als im ersten immer wieder innegehalten und meine eigenen beruflichen (Lehrer, Berater, Fortbildner) und privaten Erfahrungen Revue passieren lassen. Noch nie ist mir so bewusst geworden, warum und wie leicht wir die Grundbedürfnisse nach Schutz, Zugehörigkeit, Integrität und Anerkennung von Kindern und Jugendlichen im Alltag verletzen, wie bei der Lektüre dieses Buches. Es hat mich jedoch nicht zur pathologischen Schamabwehr veranlasst, sondern mir geholfen, mich selbst besser zu verstehen.

Das Buch ermutigt seine Leser/innen, die vorhandenen Möglichkeiten wahrzunehmen, für die Menschenwürde einzutreten. „Anders – menschenwürdig – lernen und miteinander umgehen: Es ist höchste Zeit, damit anzufangen. In der Schule, aber auch in anderen Arbeitsfeldern und Bereichen unserer Gesellschaft. Die Ideen, Methoden und Kompetenzen dafür stehen bereit – einige davon konnten in diesem Buch vorgestellt werden.

Ich bin überzeugt, dass die Zeit reif ist“ (S. 227), schreibt Stephan Marks gegen Ende seines Buches. Ja – die Zeit ist reif für mehr Menschlichkeit, und „Die Würde des Menschen“ ist für den entsprechenden Prozess hilfreich.

Unbedingt lesen!

■ Dipl.-Päd. Detlef Träbert

## Fortbildungstermine der Telefonberater

### Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 17.06.2011 - Sonntag, 19.06.2011  
Christophorushaus  
Am Hasselholt 1  
23909 Bäk

### Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 16.09.2011 - Sonntag, 18.09.2011  
Christophorushaus  
Am Hasselholt 1  
23909 Bäk

### 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

## Fortbildungstermine der Landesgruppen

### Landesgruppe Baden-Württemberg:

voraussichtlich 24. September 2011

### Landesgruppe Bayern:

Termine 2012 (stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest)

### Landesgruppe Hamburg/Schleswig-Holstein:

aufgrund der geringen Größe  
keine eigene Fortbildung

### Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

17./18. September 2011 in Osnabrück

### Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

18./19. Juni 2011

### Landesgruppe Thüringen:

stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

## Fortbildungstermine Junges Beraternetz

### **Samstag, 24.09.2011 - Sonntag, 25.09.2011**

Tagungsstätte Lutherheim  
Jägerallee 38  
31832 Springe

### **Samstag, 21.01.2012 - Sonntag, 22.01.2012**

Tagungsstätte Lutherheim  
Jägerallee 38  
31832 Springe

### **Samstag, 22.09.2012 - Sonntag, 23.09.2012**

Tagungsstätte Lutherheim  
Jägerallee 38  
31832 Springe

## Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

### **Freitag, 30.09.2011 - Sonntag, 02.10.2011**

Tagungsstätte Lutherheim  
Jägerallee 38  
31832 Springe

### **Samstag, 13.10.2012 - Sonntag, 14.10.2012**

#### **(Anreise: 12.10.2012)**

Christophorushaus  
Am Hasselholt 1  
23909 Bäk

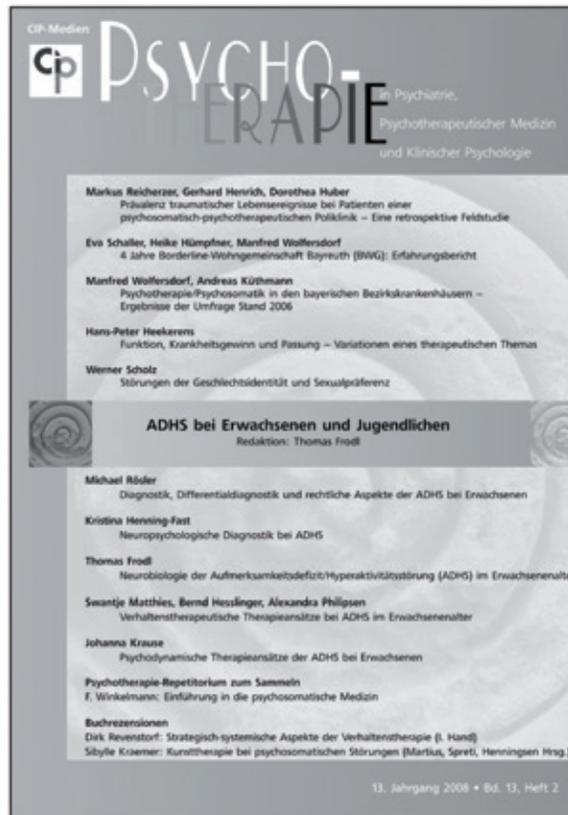
# Zeitschrift Psychotherapie

in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin  
und Klinischer Psychologie

## Themenhefte bisher

Borderline-Persönlichkeitsstörung\*  
Somatoforme Störungen  
Schizophrenie  
Psychosomatik des Brustkrebses\*  
Zwangsstörungen  
Suizidalität  
Depression  
Sexualstörungen\*  
Angst  
Sucht  
Dissoziative Störungen\*  
Hirnforschung,  
Adoleszenz und ihre Krisen  
Essstörungen  
Körpertherapie  
Familien in Beratung und Therapie  
Psychotherapie chronischer Schmerzen  
Krisenintervention und Notfall  
Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie  
ADHS bei Erwachsenen und Jugendlichen  
Aggression und Psychotherapie  
Psychotherapie im Alter  
Entwicklungsperspektiven der Psychotherapie  
Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und -psychotherapie  
Identität und Persönlichkeit – Werte, Ethik und Moral in der Psychotherapie  
Zur Bedeutung von Bindung und Mentalisierung für die Therapie Erwachsener  
Posttraumatische Belastungsstörungen  
VDS und OPD (Heft 1-2011)  
Depression (Heft 2-2011)

(\*vergriffen)



## KOSTENLOSES PROBEHEFT (Bei Auslandsbestellungen fällt Porto an)

- Ich bestelle das Themenheft \_\_\_\_\_ (für 20,- Euro)
- Ich bestelle ein Abo (30,- Euro/jährlich = 2 Ausgaben)
- Ich bestelle ein kostenloses Probeheft (frühere Ausgabe nach Vorrat)



CIP-Medien Bücher bestellen Sie direkt über unseren Verlagsvertreter:  
Herold Verlagsauslieferung | Raiffeisenallee 10 | 82041 Oberhaching | Tel. 089-613871-24  
Fax 089-6138715524 | m.spielhaupter@herold-va.de | [www.cip-medien.com](http://www.cip-medien.com)

## Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzende: **Dr. Myriam Menter**  
91056 Erlangen  
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende: **Karin Knudsen**  
50933 Köln  
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**  
14055 Berlin  
seegers-berlin@t-online.de
- Schriftführer: **Hartmut Gartzke**  
30916 Isernhagen  
schriftfuhrer@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
- Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**  
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**  
38527 Meine  
webredaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und  
Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**  
91301 Forchheim
- Öffentlichkeitsarbeit: **Dr. Johannes Streif**  
81541 München  
streif@therapaed.de
- Juristische  
Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**  
96049 Bamberg

## Unterstützung des Verbandes

- Telefonberatungsnetz: Gerhild Gehrman  
E-Mail-Beratung: 25336 Elmshorn  
Junges Beraternetz : telefonberatung@adhs-deutschland.de
- Ernährung/  
Stoffwechsel-  
besonderheiten: Renate Meyer  
61381 Friedrichsdorf  
meyer.koeppern@t-online.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
- Dr. Martin Ohlmeier**,  
Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Prof. Dr. Günther Opp**,  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Dr. Alexandra Philippen**,  
Universitätsklinikum Freiburg
- Dr. Helga Simchen**,  
Kinder- und Jugendpsychiaterin,  
Psychotherapeutin, Mainz
- Prof. Dr. Götz-Erik Trott**,  
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Aschaffenburg

## Landesgruppenleiter

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

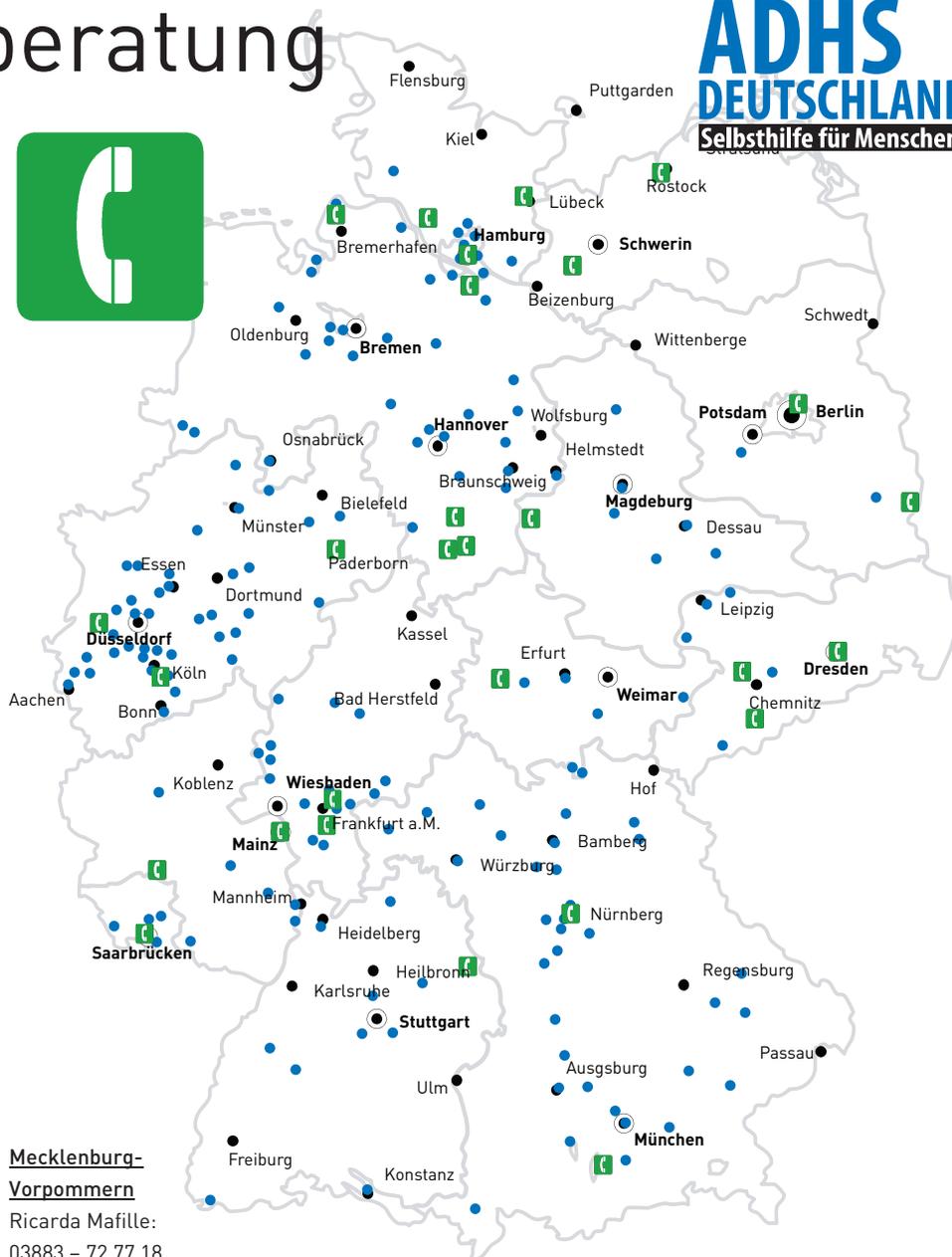
**ADHS**  
**DEUTSCHLAND e.V.**  
**Selbsthilfe für Menschen mit ADHS**

Bundesgeschäftsstelle  
Postfach 41 07 24  
12117 Berlin

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

# 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  
Kornelia Schneidt:  
08171 - 48 14 01  
Ruth Wissing:  
0951 - 9 68 47 89  
Carolin Zasworka:  
09542 - 77 26 89

## Baden - Württemberg

Bernd Kaspar:  
07957 - 9 26 96 91  
Uwe Metz  
07152 - 61 25 77

## 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

## 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:  
05304 - 93 91 33  
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 Vlk:  
02161 - 53 17 39

## Rheinland-Pfalz

Sabine Berg  
0651 - 4 63 78 78

## Sachsen

Susanne Albrecht:  
037341 - 4 98 30  
Steffi Pretzsch:  
03722 - 8 88 25

## Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrman:  
04121 - 80 72 72  
Barbara Bargelé:  
0451 - 2 03 61 60  
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](http://www.adhs-deutschland.de) oder fordern diese bei der Geschäftsstelle an.

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

# ADHS DEUTSCHLAND e.V.

**Selbsthilfe für Menschen mit ADHS**

- Beratung für Betroffene und Interessierte
- Schulung und Fortbildung zum Thema ADHS
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- Networkin
- Fachbücher und Infomaterial aus eigenem Verlag
- Verbandszeitschrift „NEUE AKZENTE“

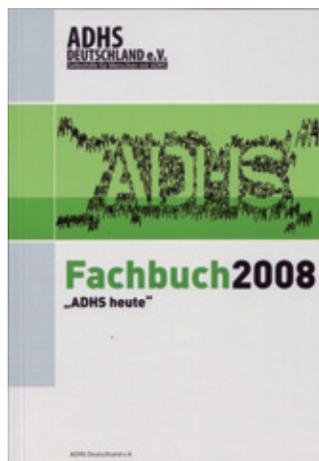
## Aus unserem Verlag:



Sari Solden  
“Die Chaosprinzessin - Frauen  
zwischen Talent und Misserfolg”

ADHS Deutschland Verlag, 7. Aufl., 2008,  
ISBN 978-933067-02-9  
€ 15,20

Mit diesem Buch hat Sari Solden wahre Pionierarbeit auf dem Gebiet der ADS geleistet. Auf der Basis wirklicher Lebensgeschichten und ihrer neuesten klinischen Untersuchungen hat sie eine neue Screening-Liste ganz speziell für Frauen mit ADS entworfen. Sie beleuchtet die besonderen Herausforderungen, mit denen Frauen mit ADS sich auseinandersetzen müssen und beschreibt, worauf man bei der Behandlung achten muss. Sie skizziert die Schritte, die den Frauen Kraft geben, ihr Leben zu verändern.



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 wieder kehrende Diskussion, ob es sich bei ADHS nicht doch um eine „Modekrankheit“ handelt.

## ADHS Deutschland e.V.

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

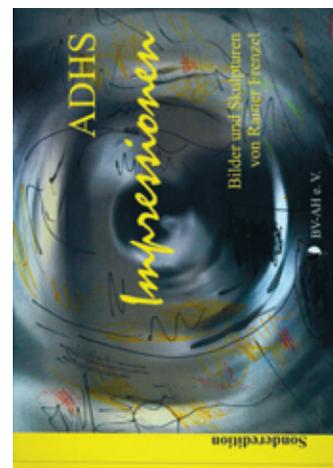
E-Mail: [info@adhs-deutschland.de](mailto:info@adhs-deutschland.de)  
Internet: [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

### 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



BV-AH e.V. (Hrsg.)  
“ADHS Impressionen”

BV-AH Verlag, 2006,  
ISBN 3-933067-13-8  
€ 17,50

Dieser Sammelband zeigt Bilder und Skulpturen des Künstlers und Arztes Dr. Rainer Frenzel, der sich seit Jahren mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie ihren Komorbiditäten gestalterisch auseinandersetzt. Namhafte Fachleute sowie Betroffene und Angehörige kommen in kurzen Erzählungen, Gedichten, mit Zitaten oder fachlichen Texten zu den ausgewählten Abbildungen zu Wort.