

neue AKZENTE

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

ADHS



Selbsthilfe

- ADHS und sensomotorische Störungen – eine neue Störung?
- Resümee – Zehn Jahre Eckpunktepapier
- Viele gute Gründe für die Selbsthilfe

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

schon wieder geht ein Jahr zu Ende.

Wie jedes Mal gab es Höhen und Tiefen bei der Umsetzung unserer Ziele:

Wir sind sehr dankbar, dass wir auf so viele engagierte Aktive in unserem Verband zählen können. Deren Arbeit für andere Betroffene – trotz eigener Betroffenheit – ist immer wieder eine Herausforderung, doch deshalb auch umso wertvoller. Einen Eindruck hiervon bekommen Sie durch unsere BERICHTE auf Bundes-, Landes- und Regionalebene.

Andererseits mussten wir erneut in diesem Jahr in regelmäßigen Abständen mit zum Teil haarsträubenden Negativ-Beiträgen in den Medien umgehen. – Manche sind des Kommentars nicht wert – bei anderen MUSSTEN wir reagieren. Aktuelles hierzu finden Sie bei uns im Internet unter www.adhs-deutschland.de.

Die Entwicklung der letzten zehn Jahre zeigt das Resümee „Zehn Jahre Eckpunktepapier“ auf, welches Sie in dieser Ausgabe finden.

Beachten Sie bitte auch die Einladung zur Mitgliederversammlung mit Symposium vom 12. bis 14. April 2013 in Kassel, sowie den beigelegten Flyer mit näheren Informationen. Wir freuen uns, dass wir das diesjährige Symposium in Zusammenarbeit mit der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte im SPZ Kassel mit hochrangigen Fachleuten veranstalten können.

Ich wünsche Ihnen ein erfolgreiches neues Jahr.

Ihre

Dr. Myriam Menter

Impressum

neue AKZENTE

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

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

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

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. Fotojournalist u. Computergrafiker
www.heiko-assmann.de, foto@heiko-assmann.de

Druck
BUD, Potsdam.

Erscheinungsweise
3x 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:
15. März 2013

Fotonachweis

Herzlichen Dank an Fam. Mühr für das Titelbild „Tiergestütztes Training“
Aktive der Landes- und Regionalgruppen

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

FACHBEITRÄGE

Aus der Wissenschaft

Dr. med. Kirsten Stollhoff

04 ADHS und sensomotorische Störungen – eine neue Störung?

Dr. Priska Hagmann-von Arx

Prof. Dr. Alexander Grob

06 Die Durchführung der Intelligence und Development Scales (IDS) bei Kindern mit ADHS

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

ADHS Deutschland e. V.

11 Resümee – Zehn Jahre Eckpunktepapier

ADHS Deutschland e. V.

15 Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung

SELBSTHILFE

Dipl.-Psych. Chiharu Sadohara-Bannwarth

16 Wirksamkeit von Selbsthilfe bei ADHS im Erwachsenenalter

ADHS Deutschland e. V.

17 Viele gute Gründe für die Selbsthilfe

ALLGEMEINES

Gerhild Drüe

18 Antwort auf den Leserbrief von Marco Maria aus Berlin

Kirsten Riedelbauch, Dr. Johannes Streif

19 Pflegestufe bei Kindern mit ADHS

Astrid Bojko-Mühr

20 Organisation einer Ferienfreizeit

David Lenneper

21 Vom Hobby zum Feriencamp für ADHSler

Uwe Metz

23 Die Erfindung des Burnouts

Herta Bürschgens, Dr. Myriam Menter und Hartmut Gartzke

26 Detlev Boeing – zehn Jahre ehrenamtliches Engagement

Dr. Heike Hoff-Emden

26 KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH

28 Kriterien zur Bewertung von Kliniken

BERICHTE

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

Brigitte Wolf, Dr. Walter Beerwerth

30 Bericht über die Gruppenleiter-schulung 2012 der LG NRW

Frank Häusler

32 Landesgruppentreffen Niedersachsen/Bremen

Astrid Bojko-Mühr

34 Ferienfreizeit für Kinder mit AD(H)S „Agilis“ Zeltlager in Bad Zwesten – Oberurff

Regionalgruppenberichte

In alphabetischer Reihenfolge

MEDIEN REZENSIONEN

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

41 Karsten Dietrich: „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom: ADHS – die Einsamkeit in unserer Mitte“

Uwe Metz

42 Katja Heinrich, Jörg Letzel (Hrsg.): „ADHS? – Ein Buch von Kindern“

Patrik Boerner

43 Claus Jacobs / Franz Petermann: „Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen – Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER“

Dr. Johannes Streif

44 Gerhard Spitzer: „Warum zappelt Philipp?“

Julian Mühr

46 Liam Creed: „... und dann kam Aero: Wie ein Hund mir half, ADHS zu überwinden“

Uwe Metz

47 Wolfdieter Jenett: „ADHS – 100 Tipps für Eltern und Lehrer“

TERMINE

48 Termine Weiterbildung Telefonberatung Junges Beraternetz E-Mail-Beratung

VERBANDSDATEN

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

52 Telefonberatung

ADHS und sensomotorische Störungen – eine neue Störung?

Seit Ole eingeschult ist, ist unser Familienleben ein Albtraum. Dabei hofften wir, es würde endlich besser werden. Seit drei Jahren geht er zur Ergotherapie, vorher ein Jahr Krankengymnastik. Wir haben wirklich alles gemacht, stöhnt die Mutter von Ole.

Die Schullust verlor Ole, inzwischen acht Jahre, schnell; nach wenigen Wochen war ihm klar, der Kindergarten war besser. So lange still sitzen, ist nichts für ihn. Und dann auch noch diese Buchstaben – die anderen erlernen sie viel schneller, er wird gar nicht fertig mit den Aufgaben, sein Arbeitszettel kommt immer mit vielen roten Kommentaren zurück und nie ein Smiley. Die anderen nennen ihn Schlappsack. Turnen macht auch keinen Spaß: er sitzt immer als letzter noch auf der Bank, wird nicht ausgewählt; die anderen lachen, wenn er sich mit der Rolle abmüht; Handstand geht gar nicht; beim Fußball soll er jetzt ins Tor; das fülle er ja fast auch schon aus. Und zu Hause geht es dann weiter: Die Mutter will immer wissen, was er in der Schule gemacht hat; ihm fällt nichts ein. Und die Hausaufgaben strecken sich endlos hin – oft bis abends – und am nächsten Morgen geht alles wieder von vorne los. Ferien sind ok; aber seit seine Mutter ihm verboten hat, sich Videofilme anzusehen und fernzusehen, wird es schnell langweilig. Da ist keiner, mit dem er spielen könnte; die sind alle schon verabredet. Lego bauen hat ihm immer viel Spaß gemacht – aber in der letzten Zeit auch nicht mehr. Jetzt hat er auch keinen freien Zugang mehr zu dem Naschkram – seine Mutter versteckt ihn. Meistens findet er aber doch alles – das gibt dann Ärger.

Die Mutter erlebt ihren Sohn seit Einschulung zunehmend aggressiv, schnell gereizt. Bei Kleinigkeiten bekommt er Wutanfälle. Die Hausaufgaben sind ein ständiger Machtkampf. Seit sie den visuellen Medienkonsum und das Naschen eingeschränkt hat, gibt es noch mehr Streit. Und er war doch vorher so ein fröhlicher Junge. Er sei willig zu allen Therapien mitgegangen: zunächst Krankengymnastik, nachdem er mit 18 Monaten noch nicht lief. Hier habe er schnell das Laufen gelernt, sei aber häufig gestürzt. Auch jetzt nehme er noch alle Tischdecken und Türkanten mit. Er habe jetzt aber weniger blaue Flecken. Die Sprache war auch verzögert. Gegessen habe er lange wie ein Schwein. Nach dem Essen war immer Kleiderwechseln und Waschen angesagt. Noch jetzt vergehe selten ein Tag, an dem er nicht etwas umstoße. Daran habe auch die Ergotherapie nichts geändert. Sie sei schon lange zu Plastikgeschirr übergegangen. Und langsam sei er. Sie müsse ihn immer antreiben. Er brauche morgens Stunden, um in die Gänge zu kommen. Hausaufgaben beginne er nur auf Druck,



Dr. med. Kirsten Stollhoff

unterbreche sie aber oft, weil er Hunger habe, weil er auf Toilette müsse; ihm falle immer etwas ein. In den Ferien erkenne sie ihren Ole wieder. Dann würden sie viel lachen, Lego spielen. Dann würde er auch wieder mehr kuscheln. Ihr mache aber auch Sorge, dass Ole zunehmend Außenseiter würde. Zu Beginn hätte er noch Einladungen gehabt, aber jetzt schon lange nicht mehr. Zu seinem Geburtstag seien nur drei Kinder gekommen und Ole hätte immer abseits gestanden.

Bei der neurologischen Untersuchung fällt auf, dass Ole ungeschickt im Bewegungsablauf und der Koordination ist. Der Krafteinsatz ist undosiert, das Bewegungsbild sieht unrund aus. Aufträge müssen wiederholt werden. Er fragt viel nach, vergisst Teile des Auftrages, benötigt für alles viel Zeit. Er ist jedoch kooperativ, versucht auch für ihn schwierige Übungen, gibt aber schnell auf. Auf dem Stuhl rutscht er hin und her. Beim Malen hält er den Stift verkrampt, fällt dann mit dem Kopf auf die Schreibunterlage.

Die Entwicklungsanamnese, die von Lehrern und Eltern ausgefüllten Fragebögen sowie die Verhaltensbeobachtung ergeben die Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitshyperaktivitätsstörung) mit wenig ausgeprägter Hyperaktivität. Die neuropsychologischen Testergebnisse bestätigen diesen Verdacht mit deutlich verlangsamter Verarbeitungsgeschwindigkeit und erniedrigtem Arbeitsgedächtnis.

Aber Ole hat nicht nur ADHS. Er hat deutliche Schwächen in der Körperwahrnehmung mit undosierter Fein-/Grobmotorik sowie Gleichgewichtsproblemen. Und auch Sekundärstörungen beginnen: Die fehlende soziale Integration, die häufigen Misserfolge führen zu Störungen des Sozialverhaltens und zu oppositionellem Verhalten. Die familiären Ressourcen scheinen erschöpft. Die Mutter wird bereits wegen Depressionen behandelt.

ADHS + sensomotorische Störungen – eine Rarität?

Schon 1983 hat Gilbert das Störungsbild beschrieben und es als **DAMP (deficit attention motor perception)** bezeichnet (**s. Tab. 1**). Seine Arbeitsgruppe untersuchte Kinder mit

DAMP über 20 Jahre und konnte beobachten, dass unbehandelt die Zukunftsaussichten dieser Kinder schlecht sind: das Risiko für Schulabbruch, Arbeitslosigkeit, Delinquenz und fehlende soziale Integration ist deutlich erhöht.

3 - 6 % aller Kinder im Schulalter leiden unter einem DAMP, 50 % aller Kinder mit ADHS sind von dieser Störung betroffen. Überdurchschnittlich häufig finden sich in diesen Familien andere Familienmitglieder mit motorischer Ungeschicklichkeit, aber ohne ADHS. Man geht daher davon aus, dass es sich um einen genetischen Subtyp von ADHS handelt. Jungen sind 3x häufiger davon betroffen als Mädchen. Mehr als die Hälfte der Kinder mit DAMP leiden zusätzlich noch an Lernstörungen wie Lese-/Rechtschreibschwäche, Rechenschwäche und an autistischem Verhalten.

Oft macht sich ein DAMP zunächst nur durch einen deutlich verzögerten Spracherwerb mit undeutlicher Aussprache bemerkbar. Bei genauerer Beobachtung fallen dann aber noch andere Störungen in der sensomotorischen Wahrnehmung auf, wie Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit, undosierter Krafteinsatz und eingeschränkte Körperwahrnehmung (siehe Tab. 2). Häufiges Hinfallen, Gegenstände und andere Kinder umstoßen oder zu fest drücken kann die Folge sein. Während sich die motorische Ungeschicklichkeit mit Erreichen der Pubertät deutlich bessert, persistieren die Unaufmerksamkeit und die erhöhte Impulsivität. Der Schulbesuch wird zur Qual, Misserfolge sind vorprogrammiert. Die Kinder werden oder bleiben Außenseiter. Sie fühlen sich von allen abgelehnt und ungerecht behandelt – letztendlich auch von den eigenen Eltern, die, ohne es zu wollen, durch Weitergabe des Schuldruckes und Missverstehen der Wahrnehmungsprobleme das Leiden der Kinder noch verstärken. Erst wenn Eltern und Umfeld

klar geworden ist, dass sich die betroffenen Kinder nicht aus „Faulheit oder Bosheit“ ungeschickt, undosiert und unkontrolliert verhalten, können diese wieder Vertrauen und Akzeptanz für sich finden.

In Studien haben sich als therapeutische Maßnahmen, neben einer „neuen Einstellung“ zum Kind, psychomotorisches Turnen und eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat oder Amphetaminsulfat bewährt. Psychomotorisches Turnen verbessert die motorische Wahrnehmung und fördert die soziale Integration. Die Medikation verbessert ebenfalls deutlich die Körperwahrnehmung, mindert die Unaufmerksamkeit und verhilft dem betroffenen Kind zu einer besseren Selbstkontrolle. Dies hat eine bessere Akzeptanz durch das Umfeld und damit eine bessere soziale Integration zur Folge.

Nicht nur das betroffene Kind selbst, auch Geschwister und die Eltern leiden unter dem DAMP ihres Kindes. Nicht selten wird die ganze Familie isoliert. Geschwister erhalten nicht mehr die elterliche Aufmerksamkeit, die sie für ihre ungestörte Entwicklung benötigen. Die Eltern sind überfordert mit der permanenten Kontrolle, die ihr Kind erfordert und dem Abwehren des Druckes aus dem Umfeld.

Gelingt es, das Kind aus seiner Isolation zu befreien, ihm Erfolgserlebnisse zu verschaffen und ihm zu helfen, mit seinen Defiziten umzugehen und sie zu akzeptieren, dann können sich auch die positiven Eigenschaften des Kindes entfalten: seine starke Empathiefähigkeit, sein Gerechtigkeitsinn und seine Kreativität

■ Dr. med. Kirsten Stollhoff
Kinder und Jugendärztin/Neuropädiatrie, Hamburg
1. Vorsitzende der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte

> **DAMP=Deficit Attention+Motorcontrol+Perception**
 > **Gilbert C. Acta pädiatrica Scand 1983;72:119-24**
 ° **ADHS+DCD**

- Störung der
 - Aufmerksamkeit
 - Gromotorik
 - Feinmotorik
 - Wahrnehmung
 - Sprache

Table 1 links

<ul style="list-style-type: none"> • Unbeabsichtigtes Zerstören von Spielzeug etc. • Überschießende Bewegungen – Syndrom des blauen Kinnes • Undosiert beim Schmusen/Toben • Ungeschicktes Rennen • Gleichgewichtsverlust bei Richtungswechsel • Automatisierung von Bewegungsabläufen ↓ • Eckige Bewegungen, ausfahrende Bewegungen • Distanzlos, Fehleinschätzung des Abstandes 	<ul style="list-style-type: none"> • Perzeption <ul style="list-style-type: none"> • Temperaturunempfindlichkeit • Schmerzunempfindlichkeit • Enuresis/Schmierkoten • Motorik – Inhibitiondefizit? <ul style="list-style-type: none"> • Stolpert ++ • Stößt überall an • Aufmerksamkeit • Ungeschickt – Tolpatsch • Verkrampfte Stifthaltung/verlangsamt beim Malen
---	---

Table 2 unten

Die Durchführung der Intelligence and Development Scales

(IDS) bei Kindern mit ADHS

Zusammenfassung

Die *Intelligence and Development Scales* (IDS; Grob, Meyer & Hagmann-von Arx, 2009) leisten im deutschsprachigen Raum als erstes Testverfahren für Kinder von fünf bis zehn Jahren sowohl eine differenzierte Intelligenz-, wie auch Entwicklungsprofilanalyse in den Funktionsbereichen *Kognition, Psychomotorik, Sozial-Emotionale Kompetenz, Mathematik, Sprache und Leistungsmotivation*. In einer Stichprobe mit 27 Kindern mit ADHS zeigte sich, dass diese Kinder in den Untertests *Aufmerksamkeit Selektiv, Gedächtnis Phonologisch, Gedächtnis Räumlich-Visuell, Denken Logisch-Mathematisch* und *Sprache Expressiv* durchschnittlich geringere Leistungen erzielten als eine unauffällige Kontrollstichprobe. Zusätzlich wurde die *Leistungsmotivation* der Kinder mit ADHS während der Testsituation niedriger eingeschätzt als diejenige der unauffälligen Kinder. Anzumerken ist, dass IDS-Testungen mit ADHS-Kindern unauffällig verlaufen können. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es kein typisches IDS-Profil für Kinder mit ADHS gibt, dass aber dennoch die IDS-Testergebnisse genutzt werden können, um Ansatzpunkte für Förder- und Therapiemaßnahmen zu erhalten.

Einleitung

Die *Intelligence and Development Scales* (IDS; Grob, Meyer & Hagmann-von Arx, 2009) leisten sowohl eine differenzierte Intelligenz-, wie auch Entwicklungsprofilanalyse für den Altersbereich von fünf bis zehn Jahren. Die IDS wurden in der Tradition der Intelligenzverfahren von Alfred Binet (Binet & Simon, 1905) und Josefina Kramer (1972) konzipiert und integrieren aktuelle Erkenntnisse der Intelligenz- und entwicklungspsychologischen Forschung. Die IDS liefern Hinweise zur kognitiven wie auch zur allgemeinen Entwicklung. Im Bereich der kognitiven Entwicklung ermöglicht der Funktionsbereich *Kognition* eine Profilanalyse über sieben kognitive Untertests mit unterschiedlicher Komplexität. Die Untertests können zu einem Intelligenzwert verrechnet werden. Der Bereich der allgemeinen Entwicklung umfasst die Funktionsbereiche *Sprache, Mathematik, Sozial-Emotionale Kompetenz und Psychomotorik*. Zusätzlich kann die *Leistungsmotivation* des Kindes während der Testung eingeschätzt werden. Die Funktionsbereiche können einzeln vorgelegt werden. Die Gesamtdurchführungszeit beträgt ca. 90 Minuten, wobei jene für die kognitive und allgemeine Entwicklung je ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen. Der Gesamttest lässt bereichsspezifische Stärken und Schwächen eines Kindes erkennen, auf deren Basis entsprechende Förder- und Therapiemaßnahmen eingeleitet werden können. Im Folgenden werden die IDS vorgestellt und über

erste Erfahrungen mit der Testung von Kindern mit ADHS berichtet.

Testgliederung

Die IDS erfassen in den Bereichen kognitive und allgemeine Entwicklung sechs Funktionsbereiche mit insgesamt 19 Subskalen (siehe Abbildung 1).

Kognitive Entwicklung

Die sieben kognitiven Untertests berücksichtigen unterschiedlich komplexe kognitive Prozesse wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Denken. Die Aufgabenbearbeitungen erfordern insbesondere mechanische Aspekte der Kognition (informationsverarbeitende kognitive Prozesse und relativ wissensunabhängige Denkopoperationen) und weniger pragmatische Aspekte der Kognition (Anwendung der Mechanik auf Wissenssysteme in sozialen Kontexten), damit Kindern mit geringeren Möglichkeiten, kulturelles Wissen zu erlangen, keine Nachteile erwachsen können. Pragmatische Aspekte der Kognition werden in den IDS insbesondere mit den Funktionsbereichen *Mathematik* und *Sprache* eingeschätzt. Die kognitiven Untertests sind:

Kognition

- *Wahrnehmung Visuell*: Unterschiedlich lange Linien sollen in eine Rangreihe gebracht werden.
- *Aufmerksamkeit Selektiv*: Drei Entenarten mit spezifischen Merkmalen sollen schnell und richtig aus Reihen verschiedener Enten durchstrichen werden.
- *Gedächtnis Phonologisch*: Zahlen- und Buchstabenreihen sollen vorwärts nachgesprochen werden.
- *Gedächtnis Räumlich-Visuell*: Verschiedene geometrische Figuren sollen aus einer Auswahl an ähnlichen Figuren wiedererkannt werden.
- *Gedächtnis Auditiv*: Eine zu Beginn der Testung gehörte Geschichte soll nach 20 Minuten frei und gestützt erinnert werden.
- *Denken Bildlich*: Geometrische Figuren sollen mit drei- und viereckigen Klötzchen nachgelegt werden.
- *Denken Konzeptuell*: Ein Konzept von drei Bildern soll erkannt und anschließend zweimal aus einer Auswahl anderer Bilder ausgewählt werden.

Allgemeine Entwicklung

Die allgemeine Entwicklung wird mit den Funktionsbereichen *Psychomotorik, Sozial-Emotionale Kompetenz, Mathematik, Sprache* und *Leistungsmotivation* erfasst. Die Untertests sind:

Kognitive Entwicklung	Allgemeine Entwicklung				
Kognition	Psychomotorik	Sozial- Emotionale Kompetenz	Mathematik	Sprache	Leistungs- motivation
<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung Visuell • Aufmerksamkeit Selektiv • Gedächtnis Phonologisch • Gedächtnis Räumlich-Visuell • Gedächtnis Auditiv • Denken Bildlich • Denken Konzeptuell 	<ul style="list-style-type: none"> • Grobmotorik • Feinmotorik • Visuomotorik 	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionen Erkennen • Emotionen Regulieren • Soziale Situationen Verstehen • Sozial Kompetent Handeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Denken Logisch-Mathematisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache Expressiv • Sprache Rezeptiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Durchhaltevermögen • Leistungsfreude

Intelligenzwert

Abbildung 1: Struktur der IDS (Hagmann-von Arx & Grob, 2011, S. 16)

Psychomotorik

- **Grobmotorik:** Im Rahmen von drei Turnübungen sollen die Kinder über ein Seil balancieren, einen Tennisball fangen und werfen sowie beidbeinig seitlich über ein Seil hüpfen.
- **Feinmotorik:** Es sollen Perlen und Würfel schnellstmöglich aufgefädelt werden.
- **Visuomotorik:** Es sollen geometrische Figuren abgezeichnet werden.

Sozial-Emotionale Kompetenz

- **Emotionen Erkennen:** Auf Fotos sollen Basisemotionen von Kindern anhand ihrer Gesichtsausdrücke erkannt werden.
- **Emotionen Regulieren:** Es sollen Strategien zur Regulierung von negativen Emotionen angegeben werden.
- **Soziale Situationen Verstehen:** Auf Bildern sollen die sozialen Situationen verstanden und erklärt werden.
- **Sozial Kompetent Handeln:** Zu bildlich präsentierten sozialen Situationen sollen kompetente Verhaltensweisen genannt werden.

Mathematik

- **Denken Logisch-Mathematisch:** Es sollen qualitativ unterschiedliche mathematische Verständnisaufgaben gelöst werden.

Sprache

- **Sprache Rezeptiv:** Vorgesprochene Sätze sollen mit Holzfiguren nachgespielt werden.
- **Sprache Expressiv:** Aus Wörtern soll ein sinnvoller Satz gebildet werden.

Leistungsmotivation

- **Durchhaltevermögen:** Der Testleiter schätzt das Durchhaltevermögen am Ende der Testung mit einem standardisierten Fragebogen ein.
- **Leistungsfreude:** Der Testleiter schätzt die Leistungsfreude am Ende der Testung mit einem standardisierten Fragebogen ein.

Die IDS Testergebnisse werden mit Normwerten einer zeitgemäßen und umfassenden Gruppe gleichaltriger Kinder verglichen. Die Rohwertsummen der Untertests werden hierzu in Wertpunkte ($M = 10, SD = 3$) umgewandelt. Zusätzlich können die kognitiven Untertests zu einem Intelligenzwert ($M = 100, SD = 15$) und die Untertests der weiteren Funktionsbereiche zu einem Durchschnittswert (Sprache $M = 10, SD = 2.6$; Mathematik $M = 10, SD = 3$; Sozial-Emotionale Kompetenz $M = 10, SD = 1.9$; Psychomotorik $M = 10, SD = 1.9$; Leistungsmotivation $M = 10, SD = 2.6$) verrechnet werden. Im Fokus steht die Analyse des Intelligenz- und Entwicklungsprofils. Die interindividuelle Analyse zeigt, ob ein Kind einen altersentsprechenden Entwicklungsrück-

stand respektive –vorsprung zeigt. Die intraindividuelle Analyse berücksichtigt, persönliche Stärken und Schwächen des einzelnen Kindes.

Anwendungsfelder

Die IDS eignen sich für Fragestellungen im Bereich der Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik, für die Schuleingangsdiagnostik sowie für den klinischen Bereich. Beispielsweise dient die Intelligenzeinschätzung der IDS als Rahmenkonzept im diagnostischen Prozess zur Einschätzung von Begabung oder zur Bestimmung des Schultyps. Die IDS liefern Hinweise zur Diagnosestellung von umschriebenen Entwicklungsstörungen wie Legasthenie und Dyskalkulie oder tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wie Asperger-Syndrom und bieten eine Grundlage für diagnostische Abklärungen bei Verhaltens- und emotionalen Störungen wie ADHS. Es sei darauf hingewiesen, dass sich aus den IDS Testergebnissen keine spezifischen klinischen Diagnosen ableiten lassen. Für eine klinische Diagnosestellung müssen störungsspezifische Instrumente hinzugezogen werden. Auch stellen die IDS nur eine Informationsquelle zur Beschreibung des kindlichen Verhaltens und Erlebens dar. Erst eine Integration verschiedener Quellen wie standardisierte Testverfahren, Beobachtungen und eine fundierte Anamnese ergeben eine valide Standortbestimmung der kindlichen Entwicklung.

Testgütekriterien

Die IDS wurden mit einer Stichprobe von 1330 Kindern in Deutschland, Österreich und der Schweiz normiert. Die internen Konsistenzen ($N = 1330$) der Funktionsbereiche liegen bei $\alpha = .92$ für *Kognition*, $\alpha = .91$ für *Sprache*, $\alpha = .87$ für *Mathematik*, $\alpha = .85$ für *Sozial-Emotionale Kompetenz*, $\alpha = .78$ für *Psychomotorik* und $\alpha = .86$ für *Leistungsmotivation*. Weiter wurde die Retest-Reliabilität über ein Zeitintervall von 15 Monaten ($N = 31$) berechnet. Über diesen Zeitraum konnten beachtliche Stabilitäten von $r_{tt} = .83$ für *Kognition*, $r_{tt} = .70$ für *Sprache*, $r_{tt} = .88$ für *Mathematik*, $r_{tt} = .65$ für *Sozial-Emotionale Kompetenz*, $r_{tt} = .82$ für *Psychomotorik* und $r_{tt} = .58$ für *Leistungsmotivation* aufgezeigt werden. Die Konstruktvalidität wurde mit Hilfe von Alterstrends und faktorenanalytischen Berechnungen aufgezeigt. Die Überprüfung der konvergenten und divergenten Validität erfolgte durch Vergleiche mit bewährten Verfahren. Die Korrelation des IDS Intelligenzwertes mit dem HAWIK-IV Intelligenzwert beträgt $r = .83$ (Hagmann-von Arx, Grob, Petermann & Daseking, im Druck). Die differenzielle Validität zeigte sich in erwartungskonformen Mittelwertsunterschieden bei Vergleichen mit klinischen Gruppen mit lernbehinderten und hochbegabten Kindern, Kindern mit aggressiver Verhaltensauffälligkeit sowie Kindern mit Asperger-Syndrom. Zudem wurde eine Studie mit ADHS-Kindern durchgeführt, die hier näher besprochen wird.

ADHS

In Zusammenarbeit mit der Universität Freiburg im Breisgau wurden Kinder mit ADHS über Kliniken, ambulante Praxen sowie Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen rekrutiert (Grob et al., 2009; Heckmann, 2007). Insgesamt wurden 27 ADHS-Kinder mit Durchschnittsalter von neun Jahren und fünf Monaten (21 Jungen, sechs Mädchen) mit den IDS untersucht. Alle Kinder mit ADHS hatten eine Diagnose nach ICD-10 (F90.0, F90.1, F90.8, F90.9 oder F98.8). 78 % der Kinder mit ADHS wurden (auch am Testungstag) medikamentös behandelt. Als Kontrollgruppe dienten nach Alter und Geschlecht gematchte Kinder der Normstichprobe. Zum sozioökonomischen Status liegen keine Informationen vor. Es ist jedoch anzumerken, dass die ADHS-Kinder aus Institutionen rekrutiert wurden, die häufig Kinder aus sehr schwierigen Familienverhältnissen betreuen. Zudem kann die Tatsache, dass Kinder mit ADHS trotz gleicher Altersverteilung häufiger eine niedrigere Klassenstufe als die Kontrollgruppe besuchten, einen Hinweis darauf geben, dass es sich bei diesen ADHS-Kindern im Vergleich zu den unauffälligen Kindern um eine leistungsschwächere Stichprobe handelt.

Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse der deskriptiven Statistik und der Mittelwertsvergleiche zwischen ADHS- und unauffälligen Kindern sind in **Tabelle 1** dargestellt.

Kognitive Entwicklung

Im Funktionsbereich *Kognition* erreichten die ADHS-Kinder einen geringeren Intelligenzwert als die Kontrollgruppe. Ob diese Diskrepanz vorwiegend auf eine verminderte Aufmerksamkeitsleistung in der Testsituation oder auf Intelligenzdefizite zurückzuführen ist, ist für diese Studie nicht geklärt. Wie in der Stichprobenbeschreibung angemerkt, gibt es verschiedene Hinweise darauf, dass es sich bei den hyperkinetischen Kindern um eine leistungsschwächere Stichprobe handelt.

Im Untertest *Aufmerksamkeit Selektiv* erzielten Kinder mit hyperkinetischer Störung ebenfalls niedrigere Werte als Kinder der Kontrollgruppe. Die geringere Leistung der Kinder mit ADHS kann durch Defizite in der selektiven Aufmerksamkeitsleistung zustande gekommen sein. So gab es ADHS-Kinder die an einem begangenen Fehler hängen blieben und als Folge kaum noch Zeit hatten, weitere Aufgaben zu bearbeiten. Denkbar ist ebenfalls, dass die Leistungseinbußen durch eine geringere mentale und graphomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit entstanden sind. So strichen einige – vermutlich stark hyperaktive Kinder – möglichst viele Enten durch. Dies führte zu einem besonders hohen Gesamtwert bearbeiteter Enten, aber auch zu einer hohen Gesamtfehlerzahl. Ebenfalls geringere Leistungen zeigten ADHS-Kinder im Vergleich zu den unauffälligen Kindern in den Untertests *Gedächtnis Phonologisch*

Tabelle 1

Deskriptive Statistik und Mittelwertsvergleiche für ADHS- und unauffällige Kinder (Grob et al., 2009, S. 182)

IDS	ADHS (N=27)		Kontrollgruppe (N=27)		Mittelwerts- vergleiche <i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Kognitive Entwicklung					
Intelligenz (Gesamtwert)	83.7	2.5	100.0	9.0	- 4.51***
Wahrnehmung Visuell	8.6	3.1	10.1	3.1	- 1.49
Aufmerksamkeit Selektiv	8.0	3.0	10.0	2.4	- 3.41**
Gedächtnis Phonologisch	8.2	3.3	10.7	2.5	- 3.11**
Gedächtnis Räumlich-Visuell	7.4	2.4	9.9	2.8	- 3.01**
Gedächtnis Auditiv	7.8	3.0	9.2	3.2	- 1.87
Denken Bildlich	9.7	2.7	9.6	2.5	0.12
Denken Konzeptuell	8.4	3.5	10.7	2.4	- 2.52
Allgemeine Entwicklung					
Psychomotorik					
Grobmotorik	9.0	2.6	10.2	3.4	- 1.59
Feinmotorik	8.9	3.9	9.5	3.1	- 0.57
Visuomotorik	8.7	3.4	10.3	3.0	- 1.87
Sozial-Emotionale Kompetenz					
Emotionen Erkennen	9.7	2.9	10.0	2.7	- 0.47
Emotionen Regulieren	10.6	3.0	9.8	2.7	1.05
Soziale Situationen Verstehen	10.2	3.8	9.8	2.8	0.43
Sozial Kompetent Handeln	8.5	3.8	9.3	3.4	- 0.78
Mathematik					
Logisch-Mathematisches Denken	8.0	3.7	10.9	2.3	- 3.80**
Sprache					
Sprache Rezeptiv	8.7	3.2	10.1	3.4	- 1.64
Sprache Expressiv	7.4	3.2	10.4	2.6	- 4.37**
Leistungsmotivation					
Durchhaltevermögen	6.4	3.8	9.8	3.8	- 3.18**
Leistungsfreude	7.1	3.5	10.1	2.5	- 3.34**

* $p < .05$, ** $p < .01$; *** $p < .001$

wie auch *Gedächtnis Räumlich-Visuell*. Die Leistungsspitze zeigten Kinder mit ADHS im Untertest *Denken Bildlich*. Diese Leistung war vergleichbar mit der Leistung der unauffälligen Kinder. Es scheint, als würde dieser Untertest weniger von den Verhaltensproblemen beeinflusst werden. Diese Ergebnisse weisen große Ähnlichkeiten zur klinischen Validierungsstichprobe des HAWIK-IV auf (siehe hierzu Petermann & Petermann, 2008). In dieser Studie zeigten ADHS-Kinder im Index *Verarbeitungsgeschwindigkeit* (der ähnliche Leistungen erfordert wie der IDS Untertest *Aufmerksamkeit Selektiv*) die geringsten Leistungen, während sich im Index *Wahrnehmungsgeladenes Logisches Denken* (der ähnliche Leistungen erfordert wie der Untertest *Denken Bildlich*) die besten Leistungen beobachten ließen.

Allgemeine Entwicklung

Keine Leistungsunterschiede zwischen ADHS-Kindern und unauffälligen Kindern ergaben sich in den Funktionsbereichen *Psychomotorik* und *Sozial-Emotionale Kompetenz*. Die schlechteren Werte im Untertest *Denken Logisch-Mathematisch* der ADHS-Kinder im Vergleich zu unauffälligen Kinder können womöglich darauf zurückzuführen sein, dass Kinder mit ADHS im Schulfach Mathematik häufig Mühe haben. Der Untertest *Sprache Expressiv* kann ebenfalls Hinweise auf pragmatische, gelernte Wissensinhalte geben – möglich ist, dass ADHS-Kinder im Vergleich zu unauffälligen Kinder durch ihr soziales Umfeld weniger gefördert wurden. Im Funktionsbereich *Leistungsmotivation* während der Testdurchführung ergaben sich in den Subskalen *Durchhaltevermögen* wie auch *Leistungsfreude* deutliche Defizite der

ADHS-Kinder im Vergleich zu den unauffälligen Kindern. In diesen Werten können sich typische Verhaltensweisen von Kindern mit ADHS widerspiegeln. Wichtig anzumerken ist jedoch, dass nicht bei allen ADHS-Kindern Konzentrationsschwierigkeiten und motorische Unruhe beobachtet wurden. Da es sich bei einer Testsituation um eine neuartige Einzelsituation handelt, kann sich ein Kind mit einer ADHS auch unauffällig verhalten. Die Verhaltensbeobachtung während der Testdurchführung kann daher Aufschluss darüber geben, ob die Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes auf eine Situation generalisiert werden können, in der unter optimalen Rahmenbedingungen Leistungsanforderungen an das Kind gestellt werden. (Anmerkung M. Ryffel: Zudem wurde ein großer Teil der ADHS-betroffenen Kinder medikamentös unterstützt.)

Grenzen der Studie

Die Grenzen der Studie mit ADHS-Kindern betreffen die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Befunde. Zum einen handelt es sich um eine sehr kleine und heterogene Stichprobe. Weiter wurde darauf verzichtet, die Medikation am Testungstag abzusetzen. Schließlich konnte der sozioökonomische Status der Eltern nicht kontrolliert werden. In einem nächsten Schritt wäre nun zu prüfen, ob sich die hier vorgestellten Ergebnisse auch in anderen Stichproben mit ADHS-Kindern replizieren lassen.

Fazit

Die IDS konnten in der vollständigen Länge mit allen Kindern durchgeführt werden, was die Praktikabilität des Testverfahrens auch für die Anwendung mit ADHS-Kindern stützt. Bei der Anwendung der IDS können Kinder mit ADHS im Funktionsbereich der Kognition insbesondere in den

Untertests *Aufmerksamkeit Selektiv*, *Gedächtnis Phonologisch* und *Gedächtnis Räumlich-Visuell* geringere Leistungen zeigen als unauffällige Kinder. Zudem können bei Kindern mit ADHS in den Untertests *Denken Logisch-Mathematisch* und *Sprache Expressiv* Leistungsdefizite vorliegen. Schließlich zeigen ADHS-Kinder im Durchschnitt eine geringere Leistungsmotivation für die Testsituation. Wichtig anzumerken ist jedoch, dass es mit den IDS auch viele Testungen mit eindeutig von einer ADHS betroffenen Kinder gibt, die völlig unauffällig verlaufen. In diesen Fällen kann es sein, dass sich die Symptomatik nicht auf die Leistungsfähigkeit in der Einzelsituation auswirkt oder diese alle Untertests in gleicher Weise betrifft, so dass sich aus dem IDS-Profil keine Unterschiede ablesen lassen. Ebenso kann es sein, dass die Medikation dieser Kinder optimal ist und sie gegenüber unauffälligen Kindern keine Leistungsunterschiede zeigen. Auf diesem Hintergrund folgern wir, dass es kaum ein typisches IDS-Profil für Kinder mit ADHS Störung gibt. Hingegen lassen sich – wie bei unauffälligen Kindern oder klinisch auffälligen Kindern – auch bei ADHS-Kindern Hinweise für die Interventionsplanung ableiten.

Autoren

- Dr. Priska Hagmann-von Arx
Universität Basel, Institut für Psychologie
Missionsstrasse 60/62
4055 Basel, E-Mail: priska.hagmann@unibas.ch
- Prof. Dr. Alexander Grob
Universität Basel, Institut für Psychologie
Missionsstrasse 60/62
4055 Basel, E-Mail: alexander.grob@unibas.ch

Literatur

Binet, A. & Simon, T. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*, 17, 191–201.

Grob, A. & Hagmann-von Arx, P. (Hrsg.) (2011). *IDS Fallbuch*. Göttingen: Hogrefe.

Grob, A., Meyer, C.S. & Hagmann-von Arx, P. (2009). *Intelligence and Development Scales*. Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder von 5 bis 10 Jahren. Bern: Hans Huber.

Hagmann-von Arx, P. & Grob, A. (2001). Einführung in die IDS. In A. Grob & P. Hagmann-von Arx, *IDS Fallbuch* (S. 13–36). Göttingen: Hogrefe.

Hagmann-von Arx, P., Grob, A., Petermann, F. & Daseking, M. (im Druck). Konkurrenz Validität des HAWIK-IV

und der Intelligence and Development Scales (IDS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

Heckmann, C. (2007). Unterschiede zwischen Kindern der Normstichprobe und Kindern mit hyperkinetischen Störungen in den Intelligence and Development Scales (IDS). Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.

Kramer, J. (1972). *Intelligenztest: mit einer Einführung in Theorie und Praxis der Intelligenzprüfung* (4., revidierte Aufl.). Solothurn: Antonius.

Petermann, F. & Petermann, U. (Hrsg.) (2008). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – IV* (2., ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.

Resümee – Zehn Jahre Eckpunktepapier

Zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen sowie von Erwachsenen mit ADHS fand am 28. und 29. Oktober 2002, also vor genau zehn Jahren, auf Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Konferenz statt, auf der ein weitreichender Konsens über verbindliche Standards in der Diagnose und Behandlung des ADHS erzielt wurde. An der Konferenz waren Vertreter der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder- und Jugendmedizin, der Psychologie sowie weiterer Berufsgruppen und Elternverbände beteiligt.

Die Inhalte der bei diesem Treffen erzielten Übereinkunft wurden in einem Eckpunktepapier zusammengefasst. ADHS Deutschland e.V. nimmt das „zehnjährige Jubiläum des Papiers“ zum Anlass ein Resümee zu ziehen, insbesondere inwieweit die Punkte umgesetzt worden sind.

1. Aktuelle Prävalenzschätzungen zur ADHS gehen von 2 bis 6 % betroffenen Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren aus. ADHS ist damit eines der häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Die bedarfsgerechte Versorgung dieser Patienten – die durch unterschiedliche Berufsgruppen getragen wird – ist derzeit nicht flächendeckend gewährleistet. Es besteht noch oft eine ungenügende Verzahnung kooperativer Diagnostik. Es fehlt häufig an verlaufs begleitenden Überprüfungen der Diagnostik nach dem Einsetzen therapeutischer Maßnahmen.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Eine bedarfsgerechte Versorgung ist immer noch nicht flächendeckend gewährleistet, eine Verzahnung findet bislang nicht in ausreichendem Maße statt. Insbesondere die störungsspezifische psychiatrische Versorgung im Erwachsenenalter ist in ganz Deutschland noch ungenügend. Während das Eckpunktepapier die ADHS im Erwachsenenalter im Jahr 2002 noch stiefmütterlich behandelte, rückt die große Bedeutung der Diagnostik und Therapie v. a. im Fall von der ADHS betroffener Eltern heute vermehrt ins Blickfeld. Eine diesbezügliche Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendmedizin einerseits sowie Erwachsenenpsychiatrie andererseits fehlt bundesweit fast vollständig.

Ein guter Ansatz, der zumindest die Kinder- und Jugendärzte besser stellt, sind die KBV-Verträge; diese werden jedoch sehr zögerlich von wenigen Krankenkassen und in wenigen Bundesländern umgesetzt. Die Diagnostik und therapeutische Versorgung von Erwachsenen an Universitätskliniken hat in den letzten zehn Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, ist jedoch noch immer unzureichend. Zudem steht sie zwangsläufig nur regional im Einzugsbereich von Großstädten mit medizinischen Fakultäten

zur Verfügung. Eine angemessene ambulante Versorgung der Erwachsenen in den Praxen der niedergelassenen Psychiater scheidet im Alltag an der fehlenden Finanzierung der häufig aufwendigen Diagnostik und Betreuung aufgrund völlig unzureichender Budgets.

Die ADHS ist in den vergangenen Jahren zudem verstärkt in den Fokus medialer Auseinandersetzungen geraten. Dabei verstellten ideologisch gefärbte Grundhaltungen die Sicht auf die ADHS. Die Verbindung einzelner Berufsgruppen bzw. exponierter Vertreter mit solchen Grundhaltungen, die bisweilen ein exklusives Deutungs-, Diagnostik- und Therapieverständnis propagieren, erschwert bis heute die Zusammenarbeit von Pädagogen, Psychologen, Medizinerinnen und Therapeuten, zumal es weder eine fachliche Koordination der Hilfen noch eine einheitliche Finanzierung der Maßnahmen gibt.

2. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Betroffenen dauern die Symptome bis ins Erwachsenenalter an. ADHS stellt somit auch bei Erwachsenen eine behandlungsbedürftige psychische Störung dar. Es fehlen hier verbindliche diagnostische Kriterien und angemessene Versorgungsstrukturen. Die Behandlung mit Methylphenidat erfolgt derzeit im Erwachsenenalter „off label“, da dieses Medikament für die Behandlung von Erwachsenen bei dieser Indikation nicht zugelassen ist.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Bereits im Jahr 2003 wurden unter Federführung der Erwachsenenpsychiatrie und mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) die weltweit ersten Leitlinien für die ADHS im Erwachsenenalter erarbeitet und stehen seitdem für die Diagnose und Behandlung zur Verfügung. Des Weiteren ist inzwischen immerhin ein Methylphenidatpräparat für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen. Nach wie vor sind jedoch die Versorgungsstrukturen unzureichend und die Verschreibung anderer Präparate erfolgt off label.

Sofern die neue S3-Leitlinie zu „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“, die von Fachgesellschaften sowohl der Kinder- als auch der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendärzte unter Beteiligung des ADHS Deutschland e. V. erarbeitet wird, im Laufe des Jahres 2013 verabschiedet wird, existieren bald klare diagnostische und therapeutische Kriterien über die gesamte Lebensspanne. Darüber hinaus gibt es mittlerweile standardisierte Fragebögen und fundierte psychiatrische und psychologische Fortbildungen.

3. In der Öffentlichkeit besteht noch weitgehende Unkenntnis und Fehlinformation über das Krankheitsbild. Schulen, Tageseinrichtungen und andere

Erziehungsinstitutionen sowie an der öffentlichen Gesundheitsfürsorgebeteiligte Verwaltungen (Jugendamt, Gesundheitsamt, Sozialamt, Strafvollzug und Polizei) sollten verstärkt über ADHS informiert werden. Die Konsensuskonferenz erhebt die Forderung nach einem Awareness-Programm als gemeinsame Aktion.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Trotz intensiver Bemühungen um Aufklärung sowohl von Seiten der Ärzte und Therapeuten als auch der Selbsthilfeverbände existieren nach wie vor zum Teil große Unkenntnis und Fehlinformationen über das Krankheitsbild. Dies wird insbesondere in zahlreichen Presseberichten deutlich, die offenkundig mit wenig Sachverstand der Autoren, bisweilen wohl auch bewusst polemisch verfasst werden. Gemeinsame Aktionen mit dem Ziel einer sachlichen Aufklärung über das Krankheitsbild durch Selbsthilfeorganisationen und alle mit der Störung befassten Berufsgruppen sind wünschenswert. Sie können helfen, die Möglichkeiten und Grenzen einzelner Disziplinen in einem multimodalen Behandlungskonzept aufzuzeigen.

4. Für eine korrekte Diagnosestellung der ADHS ist eine umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik anhand anerkannter Klassifikationsschemata (ICD 10 oder DSM IV) erforderlich. Grundlage der Diagnosestellung sind Exploration und klinische Untersuchung mit Verhaltensbeobachtung. Die störungsspezifische Anamnese soll Familie und weiteres Umfeld (z. B. Schule) einbeziehen und zusätzlich erschwerende sowie entlastende Umgebungsfaktoren berücksichtigen. Fremdbeurteilungen durch Lehrer und Erzieher sollen einbezogen werden. Die Benutzung von Fragebögen als diagnostische Hilfen ist sinnvoll. Intelligenzdiagnostik und Untersuchung von Teilleistungsschwächen sollen das diagnostische Mosaik ergänzen. Die differenzialdiagnostische Abklärung zu anderen Erkrankungen mit ähnlichen (Teil-)Symptomen und die Erfassung von Begleiterkrankungen bildet einen notwendigen Baustein zur Diagnosesicherung. Eine solche mehrdimensionale Diagnostik bildet die Grundlage der multimodalen Behandlung. Die Diagnostik der ADHS ebenso wie die Therapie, auch die psychotherapeutische Behandlung, orientieren sich an den evidenzbasierten Leitlinien der beteiligten Fachverbände. Derzeit scheitert die multimodale Diagnostik noch in einigen Regionen Deutschlands an der Versorgungsrealität. Um die Versorgungsstruktur zu verbessern, ist Unterstützung der Politik erforderlich.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Eine Unterstützung der Politik zur Verbesserung der Versorgungsstruktur ist in den letzten zehn Jahren kaum erfolgt. Das ist bedauerlich, da insbesondere die Koordination von medizinischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen sowie von Hilfen für die Integration im Rahmen von Ausbildung und Beruf einer partiellen Neuordnung von Zuständigkeiten erfordert, die nur auf politischer Ebene

erfolgen kann. Durch die aktuelle Situation wird das Leid der ADHS-Betroffenen in den gegebenen Strukturen unnötig verlängert. Staat und Gesellschaft entsteht durch die ausbleibende Koordination auch erheblicher materieller Schaden.

5. Eine qualitätsgesicherte Versorgung von ADHS ist unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen notwendig. Die Therapie der ADHS ist als multimodales Behandlungsangebot definiert. Nur ein Teil der Kinder bedarf der medikamentösen Therapie. Nach ausführlicher Diagnostik und erst wenn psychoedukative und psychosoziale Maßnahmen nach angemessener Zeit keine ausreichende Wirkung entfaltet haben, besteht die Indikation zu einer medikamentösen Therapie. Stimulanzien wie Methylphenidat stellen empirisch gesicherte Medikamente zur Behandlung der ADHS dar, wobei der langfristige Einfluss dieser Medikation auf die Entwicklung des Kindes verstärkt erforscht werden muss. Auch andere Medikamente haben ihre Wirksamkeit bewiesen. Im Vorschulalter soll erst nach Ausschöpfung aller Maßnahmen eine medikamentöse Behandlung im Einzelfall in Erwägung gezogen werden. Für die Behandlung sind spezielle Kenntnisse der biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes Voraussetzung.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Bislang wurde keine Studie zur Versorgungsrealität in der Behandlung der ADHS durchgeführt. Den ADHS-Betroffenen erwächst aus dieser misslichen Lage ein doppelter Nachteil, da ggf. sinnvolle Therapiemaßnahmen bislang nicht hinreichend evaluiert wurden und in der Folge nicht durch Kranken- und Sozialkassen finanziert werden. Zugleich begünstigt das Ausbleiben umfassender Studien die Popularität vermeintlich alternativer Heilverfahren wie auch pädagogisch-therapeutischer Konzepte, deren Wirkungslosigkeit oder gar Schädlichkeit zwar absehbar ist, wissenschaftlich bislang jedoch nicht nachgewiesen werden konnte.

6. Die spezielle Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung mit Stimulanzien ist im Einzelfall ebenso wie die Entscheidung über Zeitpunkt, Dauer und Dosis sorgfältig und entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Standard zu treffen. Auf altersspezifische Besonderheiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter ist zu achten. Jede medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien ist in ein umfassendes Therapiekonzept im Sinne einer multimodalen Behandlung einzubinden. Jede medikamentöse Behandlung bedarf als Mindeststandard einer intensiven ärztlichen Begleitung und ausführlichen Beratung. Die alleinige Verabreichung von Stimulanzien ist keine ausreichende Behandlungsmethode. Der Ausbau von Versorgungsstrukturen für begleitende psychosoziale und andere therapeutische Maßnahmen soll von der Politik intensiv unterstützt werden.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Von Seiten der Politik ist, abgesehen von der Anschubfinanzierung für das Zentrale ADHS-Netz nichts passiert. Die Nachteile dieser Tatenlosigkeit sind bekannt: Multimodale Behandlung ist nicht verfügbar. Methodisch einseitige oder ausbleibende Behandlung verursacht langfristig höhere Kosten bei schlechteren Effekten.

7. Die bedarfsgerechte Versorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit der Ärzte untereinander (Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Allgemeinmediziner) und mit Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen, Heilmittelerbringer (z. B. Ergotherapeuten) und Selbsthilfeverbänden. Die enge Zusammenarbeit mit weiteren an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist notwendig. Erziehungsberatungsstellen sollen unter einer pädagogischen Zielsetzung im Rahmen kooperativer Netzwerke tätig werden. Auch Kindergärten, Tagesstätten und Schulen sowie weitere psychosoziale Bereiche sollen unter Einschluss der Jugendhilfe in das Behandlungsnetzwerk als Kompetenzpartner einbezogen werden, um einer schädlichen Desintegration der Kinder vorzubeugen.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Die Voraussetzungen für die Umsetzung im Versorgungsalltag wurden bislang nicht geschaffen. Daher ist die Kooperation in der Praxis bislang leider noch viel zu selten. Zugleich ist kaum politischer Wille der die Versorgungsstrukturen schaffenden Gremien und Behörden erkennbar, die involvierten Berufsgruppen zu sinnvoller Kooperation anzuhalten und diese thematische Zusammenarbeit durch strukturelle Veränderungen wie z. B. die Integration von Hilfen in Institutionen (Kindergarten, Schule, Erziehungsberatung, etc.) zu begünstigen.

Problematisch ist insbesondere die psychiatrische Versorgung der Erwachsenen durch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Anders als Kinder- und Jugendpsychiater, die durch die Sozialpsychiatrie in den letzten Jahren bessergestellt wurden, ist die Versorgung erwachsener ADHS-Patienten durch niedergelassene Psychiater aufgrund von Quartalsbudgets, die faktisch nur wenige Minuten der Praxistätigkeit pro Patient und Monat erlauben, letztlich unmöglich. Die Lage der meisten Kinder- und Jugendärzte ist ähnlich, da auch sie nur in wenigen Regionen durch die KBV-Verträge adäquat honoriert werden.

8. Je nach Fachgruppe und therapeutischer Ausbildung besteht eine unterschiedliche Qualifikation zur Behandlung von ADHS. Die Verbesserung der Qualifikation muss daher differenziell erfolgen. Angestrebt wird ein modulares Fortbildungskonzept mit unterschiedlicher Gewichtung der Inhalte. Grundlage dieses Konzeptes soll empirisches Tatsachenwissen über Entstehung, Verlauf und Therapie von ADHS sein. Die Grundlage für interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet

ein allen Berufsgruppen zugängliches Basiswissen, dessen Vermittlung eine gezielte Fortbildung der unterschiedlichen Beteiligten erfordert. Eine fachübergreifende gemeinsame Fortbildung im Sinne einer wechselseitigen Erkenntniserweiterung ist anzustreben und ermöglicht eine qualifizierte Kooperation.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Inzwischen entstanden mit tatkräftiger Unterstützung der Selbsthilfe einige gut funktionierende regionale Qualitätszirkel und ADHS-Netzwerke, die als gutes Beispiel auch für andere Regionen dienen können, nicht zuletzt als lokale Auswirkung des von der Bundesregierung geförderten Zentralen ADHS-Netzwerks (ZAN). Der Internetauftritt des ADHS-Netzwerkes ist ein wichtige Informationsquelle für Betroffene ADHS-Patienten und deren Angehörige. Allerdings blieben sowohl ein auf empirischem Tatsachenwissen über Entstehung, Verlauf und Therapie der ADHS basierendes, allen Berufsgruppen zugängliches Basiswissen als auch dieses interdisziplinäre Fachwissen vermittelnde fachübergreifende Fortbildungen bislang ein Wunschtraum der Selbsthilfe. Die gesellschaftliche Realität ist eine anhaltende Konkurrenz von Berufsgruppen um die Deutungs-, Diagnostik- und Behandlungshoheit im Umgang mit der ADHS. Der institutionelle Einbezug der Selbsthilfe insbesondere in die Schaffung und Vermittlung von Wissen über die ADHS ist weiterhin zu gering.

9. Interdisziplinäre Zusammenarbeit beruht auf der Fachkompetenz und dem wechselseitigen Respekt der beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortung für die Koordination der interdisziplinären Behandlung liegt in der Hand des zuständigen Arztes. Ziel ist ein abgestimmtes multimodales störungsspezifisches Vorgehen zur Behandlung der Kernsymptomatik und der Begleitstörungen auf Evidenzbasis.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist im Einzelfall der Praxis durchaus in manchen Fällen gegeben. Die ADHS ist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss des Bundesgesundheitsministeriums (GBA), den Berufsgruppen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin sowie den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie des Erwachsenenalters zugeordnet. Hausärzte dürfen nur in Ausnahmefällen und in Zusammenarbeit mit den oben genannten Spezialisten behandeln. Eine bessere Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit könnte zu effektiveren multimodalen Behandlungskonzepten führen. Eine strukturell bessere Verzahnung der Maßnahmen erscheint notwendig.

10. Aus berufspolitischer Sicht der beteiligten Verbände besteht Klärungsbedarf im Hinblick auf Leistungsanreize und eine leistungsgerechte Honorierung bzw. Finanzierung der Versorgungstätigkeit. Unter Einbezug von Leistungsträgern und Leistungserbringern müssen solidarische Finanzierungsmodelle im

Rahmen der Leistungen der SGB V, VIII und IX gewährleistet sein. Die Politik soll ihren Einfluss im Rahmen der Zuständigkeiten geltend machen.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Von einer „leistungsgerechte Honorierung bzw. Finanzierung der Versorgungstätigkeit“ ist das deutsche Gesundheitssystem in Fall der ADHS noch weit entfernt. Beklagenswert ist hier insbesondere die unzureichende Abgeltung der Leistungen der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, denen im Alltag keine Sonderregelungen offenstehen, auf die Kinder- und Jugendpsychiater sowie in Einzelfällen Kinder- und Jugendärzte zumindest regional zurückgreifen können.

Der bundesweite KBV-Vertrag hat hier zwar bessere Voraussetzungen für einzelne Facharztgruppen und approbierte Psychotherapeuten geschaffen. Die Politik hat hingegen nichts getan, um die Akzeptanz und die Umsetzung der Regelungen dieses Vertrags in den Bundesländern zu fördern und zu unterstützen.

11. Regionale und überregionale Netzwerke sollen gebildet und die vorhandenen Netzwerke ausgebaut werden. Von der Politik wird eine Hilfestellung bei der Bestandsaufnahme bestehender regionaler Netzwerke gewünscht. Diese regionalen Netzwerke sollen die Umsetzung der Leitlinien in der Praxis unterstützen. Die Politik soll die Bildung qualifizierter interdisziplinär orientierter Arbeitsgruppen zum Thema ADHS unter Einbezug von Betroffenenvertretern begleiten und unterstützen.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Dies ist zunächst durch die Finanzierung zur Schaffung des Zentralen ADHS-Netzes sowie des dazu gehörigen Internetauftritts erfolgt. Leider sind diese Netzstrukturen noch weitgehend informatorischer Gestalt und zu wenig geeignet, Ressourcen auf lokaler Ebene zu vermitteln und zu koordinieren. Zudem werden diese Netzstrukturen

bislang zu sehr durch Vertreter der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der ADHS geprägt. Es fehlt auch hier ein institutioneller Einbezug der Selbsthilfe und der praktischen Erfahrungen ihrer Vertreter. Dies hat nicht zuletzt Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit dieser Maßnahme.

12. Zum Thema ADHS besteht weiterhin erheblicher Forschungsbedarf. Dies betrifft sowohl den langfristigen Einfluss medikamentöser Therapien, besonders des Methylphenidats auf die Entwicklung des Kindes, als auch empirische Untersuchungen zur Wirkungsweise weiterer Behandlungsmaßnahmen bei ADHS. Auch die Intensivierung der Forschung zur Evaluation der Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisqualität in Bezug auf diese unterschiedlichen Therapieverfahren und der bedarfsgerechten Versorgung ist notwendig und erwünscht.

Kommentar des ADHS Deutschland e. V. (2012): Zahlreiche Studien wurden in dieser Hinsicht durchgeführt. Allerdings erfolgte in Deutschland bislang keine Versorgungsstudie, die über die bundesweite Situation Aufschluss gibt. Genauso wenig liegen Studien vor, die Kosten-Nutzen Vergleiche von verschiedenen Therapiemaßnahmen anstellen. Diese Studien erfordern zudem eine verstärkte Mitwirkung aller Berufsgruppen, die in die Versorgung, Betreuung, Förderung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS involviert sind. Studien, die längere Zeiträume abdecken sollen, müssen verstärkt öffentlich finanziert werden.

ADHS Deutschland e. V.

Bundesgeschäftsstelle

Poschingerstr. 16

12157 Berlin

Tel: 030 - 85 60 59 02

Fax: 030 - 85 60 59 70

e-mail: info@adhs-deutschland.de

Internet: www.adhs-deutschland.de

Vergiss Kränkungen –
aber vergiss Freundlichkeiten nie.

Asiatische Weisheit

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Liebe Mitglieder,
hiermit laden wir Sie gem. § 7 der Vereinssatzung ein zur

**ordentlichen Mitgliederversammlung
des ADHS Deutschland e. V.
im Klinikum Kassel, Mönchebergstr. 41-43, 34125 Kassel (Hörsaal, Haus 48E)
am Samstag, dem 13. April 2013, um 16:00 Uhr**

Tagesordnung:

1. Begrüßung, Feststellung der form- und fristgerechten Einladung und Beschlussfähigkeit
2. Feststellung der Tagesordnung
3. Bericht des Vorstandes / Geschäftsbericht 2012
4. Bericht der Schatzmeisterin (Kassenbericht 2012 / Haushaltsplan 2013)
 - 4.1 Bericht der Kassenprüfer
 - 4.2. Genehmigung des Kassenberichtes
5. Entlastung des Vorstandes
6. Wahl eines Beisitzers
7. Wahl der Kassenprüfer
8. Satzungsänderung des § 5 Abs. 2 – Kündigungsfrist
9. Austausch mit dem Wissenschaftlichen Beirat
10. Verschiedenes

Erläuterungen

Zu TO 6: Herrn Boeing ist es aus zeitlichen Gründen nicht mehr möglich, sein Amt als Beisitzer auszuüben. Er hat dieses Amt daher zur Verfügung gestellt. Frau Seegers hat nach der offiziellen Beendigung ihrer Schatzmeistertätigkeit weiterhin aktiv die Verbandsarbeit, insbesondere die Geldakquise, unterstützt. Der Vorstand hat daher auf seiner Sitzung am 24. November 2012 beschlossen, sie kommissarisch als Beisitzerin bis zur nächsten Mitgliederversammlung zu ernennen.

Karin Seegers kandidiert folglich als Beisitzerin mit dem Schwerpunkt Fundraising / Geldakquise.

Zu TO 8: Satzungsänderung: Bisläng war eine Kündigung während des laufenden Jahres ohne Frist möglich. Um eine gewisse Planungssicherheit für das kommende Jahr zu haben, schlägt der Vorstand vor, die Satzung dahingehend abzuändern, dass Kündigungen bis spätestens 30.09. des laufenden Jahres erfolgen müssen.

Alte Satzung: § 5(2) Der Austritt ist zum Ende eines Kalenderjahres möglich und muss dem Vorstand schriftlich mitgeteilt werden.

Neue Fassung: § 5(2) Der Austritt eines Mitglieds ist nur zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres möglich und muss spätestens bis zum 30.09. des laufenden Kalenderjahres durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand erfolgen.

Zu TO 9: Aufgrund vieler fachspezifischer Fragen seitens der Mitglieder haben wir unseren Wissenschaftlichen Beirat eingeladen, bei einer offenen Diskussion mitzuwirken, in der er in moderiertem Rahmen den Mitgliedern „Rede und Antwort“ steht.

Unser diesjähriges Symposium werden wir gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte durchführen. Wir beginnen bereits am Freitagabend mit einem Vortrag des Politikers Christopher Lauer, am Samstag werden weitere Fachvorträge von Professor Ohlmeier, Professor Wilken, Dr. Gelb und Professor

Holtmann sowie eine Podiumsdiskussion mit Kinder- und Jugendärzten, Eltern und betroffenen Jugendlichen folgen. Am Sonntagvormittag endet die öffentliche Veranstaltung mit einem Vortrag von Professor Braus. Im Anschluss daran findet parallel ein Treffen der Regionalgruppenleiter und der Landesgruppenleiter statt.

Am Samstag wird parallel ein Workshop für Kinder und Jugendliche ab 14 Jahre von 9 bis 13 Uhr angeboten sowie während der Zeiten von 9 bis 13 Uhr und 14 bis 15:30 Uhr eine Kinderbetreuung.

Weitere Einzelheiten zur gesamten Veranstaltung entnehmen Sie bitte dem Flyer, den wir in dieser Ausgabe unserer Vereinszeitschrift *neue AKZENTE* verschicken. Sie können diesen Flyer auch aus dem Internet herunterladen oder in der Geschäftsstelle anfordern.

Wir freuen uns, Sie zahlreich in Kassel begrüßen zu dürfen.

Herzliche Grüße



Für den Vorstand
Hartmut Gartzke

Wirksamkeit von Selbsthilfe bei ADHS im Erwachsenenalter

Kurze Beschreibung des Projekts

Die Forschungsgruppe ADHS im Erwachsenenalter (Leitung PD Dr. A. Philipsen) der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg führt derzeit eine Studie durch, um Erkenntnisse über die Versorgungssituation von Erwachsenen mit ADHS zu erhalten.

Hintergrund des Projektes

ADHS im Erwachsenenalter ist eine häufige und klinisch relevante Störung mit möglichen Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen und deren Familien. Im Vergleich zu der zu erwartenden Häufigkeit der ADHS in der Allgemeinbevölkerung ist die durch Ärzte und Psychologen dokumentierte Häufigkeit der ADHS gering (3,0% vs. 0,1%). Dies deutet auf eine momentan möglicherweise noch nicht ausreichende Versorgungssituation der ADHS-Betroffenen in Deutschland hin.

In den letzten Jahren sind zahlreiche gut organisierte regionale Selbsthilfegruppen entstanden. Die Selbsthilfegruppen bieten denjenigen, die keinen Zugang zu Therapiezentren haben und/oder ergänzende Angebote wünschen, Möglichkeiten zur Informationsvermittlung, zum Austausch und zur gegenseitigen Unterstützung.

Während Selbsthilfe von Betroffenen zunehmend in An-

spruch genommen wird und Behandler zur Versorgungsoptimierung den Besuch einer Selbsthilfegruppe oftmals empfehlen, liegen bisher keine Untersuchungen vor, die Aufschluss darüber geben, welche Menschen Selbsthilfe in Anspruch nehmen und wie hoch der Nutzen von Selbsthilfe ist.

Fragestellung des Projektes

Das Ziel des Projektes ist es daher, in Kooperation mit ADHS Deutschland folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie setzt sich die Inanspruchnahmepopulation der Selbsthilfegruppen hinsichtlich Soziodemographie, Symptomatik und Behandlungsvorgeschichte zusammen?
2. Hat die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe unter Routinebedingungen einen klinisch relevanten Nutzen für die Betroffenen hinsichtlich des Umgangs mit der ADHS-Symptomatik?

Teilnahme an der Online-Befragung

Derzeit werden zur Fragestellung 1 alle Teilnehmer von Selbsthilfegruppen von ADHS Deutschland e. V. um Auskunft via Online-Portal gebeten (Soziodemographische Daten und die Wirksamkeit der Selbsthilfearbeit aus ihrer Sicht). Die anonymisierte Anmeldung für die Studie und das Ausfüllen der Bögen sind durch den Link möglich.

Es dauert ca. 10-15 Minuten: <https://www.puk.uniklinik-freiburg.de/pukonline/onlineereg.jsp?studie=adhs>

Diejenigen, die bereits an der Studie teilgenommen haben, können sich für diese Befragung leider nicht nochmal anmelden, da der Inhalt der Befragung identisch ist.

Nutzen und Risiko

Studienteilnehmer leisten durch die Teilnahme an der Studie einen erheblichen Beitrag zur Erforschung der ADHS. Diese Erkenntnisse können genutzt werden, um die Versorgung für Menschen mit ADHS zu optimieren. Es sind keine Risiken mit der Teilnahme an der Studie verbunden. Alle

Mitarbeiter der Studie stehen unter Schweigepflicht. Alle Informationen, die im Rahmen der Studie von Teilnehmern erhalten wurden, werden absolut vertraulich behandelt.

Kontakt

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Ambulanz für ADHS im Erwachsenenalter

■ Dipl.-Psych. Chiharu Sadohara-Bannwarth
chiharu.sadohara@uniklinik-freiburg.de

Viele gute Gründe für die Selbsthilfe

Die Selbsthilfelandchaft in Deutschland ist vielfältig und hat sich in den letzten Jahren immer weiter verbreitet. Die Anerkennung unserer Arbeit nimmt ebenfalls zu, was sich darin spiegelt, dass verstärkt Patientenvertreter in Beratungsgremien mit einbezogen werden. So haben wir z. B. die Möglichkeit, einen entsprechenden Text über die Selbsthilfe für die in Arbeit befindliche Leitlinie zu ADHS zu verfassen.

Im Rahmen eines Workshops für Regionalgruppenleiter in

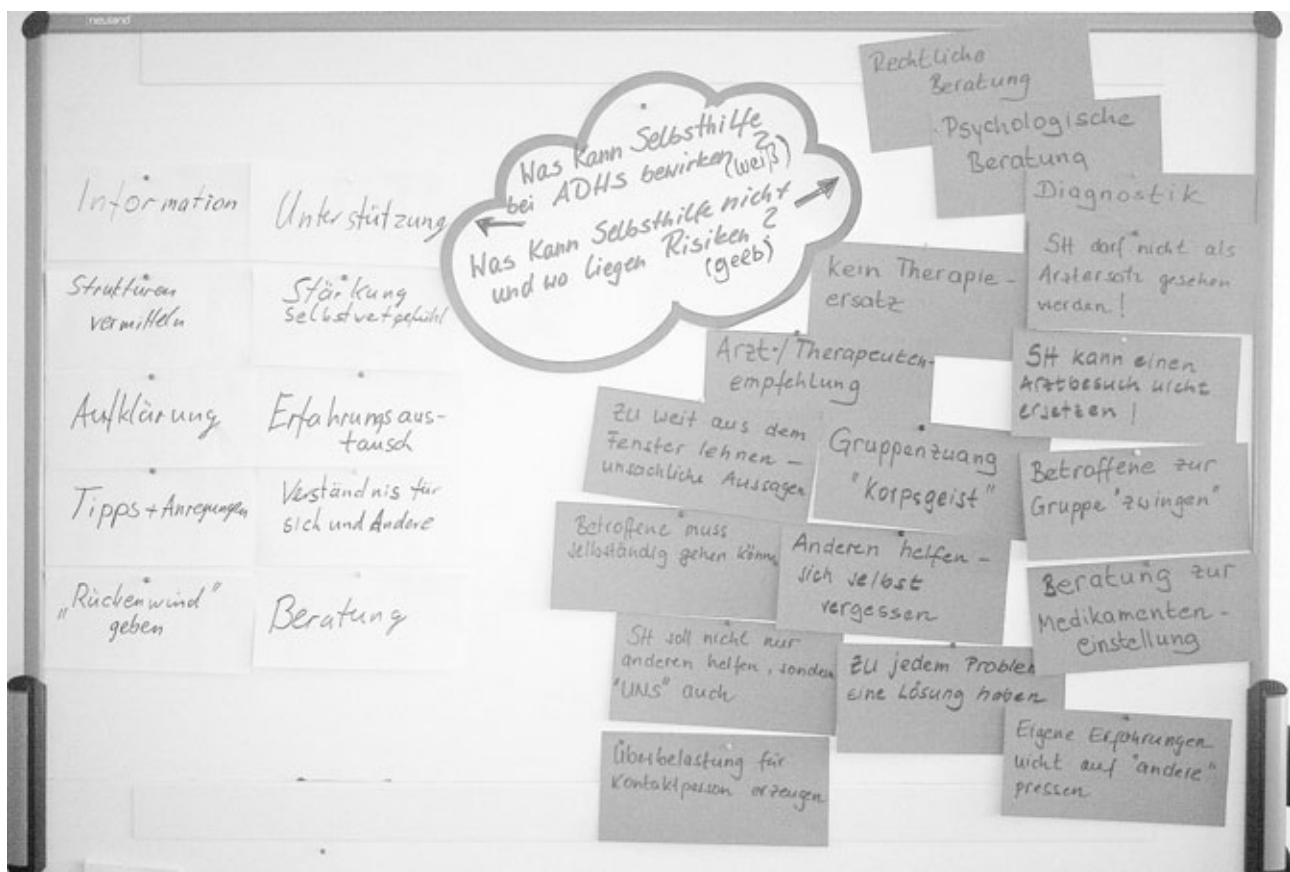
Wolfsburg entstand eine Ideensammlung zu „Was kann Selbsthilfe bewirken“ bzw. „Was kann Selbsthilfe nicht und wo liegen Risiken?“

Uns interessiert Ihre Meinung. Was bedeutet für Sie Selbsthilfe, nicht nur im Großen, sondern auch für Sie persönlich.

Bitte schreiben Sie uns!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

■ ADHS Deutschland e. V.



Ideensammlung im Workshop in Wolfsburg

Antwort auf den Leserbrief von Marco Maria aus Berlin

Zur Kolumne von Dr. Eckart von Hirschhausen (neue AKZENTE Nr. 92)

Hallo, Marco Maria aus Berlin!

Sie stellten die Frage: **„Kann Methylphenidat durch ADHS-Betroffene als ‚Aufputzmittel‘ missbraucht werden?“**

Als Nicht-Neurologin und Nicht-Pharmakologin antworte ich Ihnen nichtfachlich und kurz:

Alles Hilfreiche kann auch missbraucht werden – bereits die Dosis trennt Gebrauch von Missbrauch.

Insgesamt verstehe ich Ihren Leserbrief aber mehr als eine Beschwerde, vielleicht in der Art: Wie kann ein so erfolgreicher Mensch wie Dr. Eckart von Hirschhausen sich als ADHS-betroffen darstellen, wo ADHS doch eine Krankheit ist, die das (Zusammen-)Leben, Lernen und evtl. Arbeiten erschwert?!

Zum Glück gibt es ADHS nicht nur in krankheits- oder behinderungswertiger Ausprägung – ich kenne viele wunderbare ADHS-betroffene Menschen, denen ich auch dann keine Krankheit attestieren würde, wenn ich das dürfte! ADHS ist eben nicht immer eine Krankheit! ADHS lässt auch ein Abitur mit Studium zu – aber eben nicht bei jedem. Manche Menschen strotzen nur so vor ADHS-Begabungen, dass man sie schon länger erleben oder gut kennen muss, um ihre Probleme zu erkennen. Und andere hängen so tief in ihren ADHS- und weiteren Problemen, dass auch eine sorgfältige Erziehung, Medikamente und wer weiß welche Therapien ihnen nicht zu einer sinnvollen und/oder zufriedenstellenden selbstständigen Lebensführung verhelfen können.

Ich finde es aber für die allgemeine Akzeptanz von ADHS eher hilfreich, dass Eckart von Hirschhausen sich so sprachwitzig-nett „geoutet“ hat. Ich weiß nicht, warum und wie er zu seiner ADHS-Diagnose kam. Vielleicht verrät er ja einmal, wo seine „richtigen“ Probleme liegen. Wie war er wohl als „Hausaufgabenkind?“ – Das hätte ich ihn ja gerne im beabsichtigten Interview gefragt.

So viele andere Erfolgreiche, die uns das Fernsehen nach Hause schickt, „verdächtigen“ wir ja auch, „es“ zu haben. Manche nerven uns schnell, manche finden wir super.

Aus der Glotze schreit uns ADHS an, quasselt uns voll oder unterhält uns auf hohem Niveau: Komiker, Musiker, Politiker und Moderatoren, Stars und Skandalöse (Stars) – ADHS hat eben sehr viele Gesichter.

Aber nicht nur da – überall begegnen sie uns: die unreif wirkenden Erfolgreichen, die geistreiche Sachen von sich geben, die Nervensägen, die nicht aufhören zu reden, die Profi- und Laienhelfer, die Gutaussehenden und Intellektuellen, die zu Hause Messies sind...

Ihre Perspektive auf die Kolumne von Dr. von Hirschhausen ist mir allerdings nicht fremd. Hätte mein ADHS-betroffener Sohn auch nur ein wenig von den herausragenden Begabungen dieses fröhlich-ernsten Komikers, Autors und (ehemaligen) Arztes, dann hätte ich mich nicht in diese Thematik hineinknien müssen. Aber Hirschhausen kann ich trotzdem neidlos toll finden – und einfach wegzapfen, wenn's mir reicht.

Was aber Ihr „Geständnis“, mit drei Scheidungen und Ihrem Versuch als Klassenclown in eine würdigere Existenz kommen zu wollen, angeht:

Mit biochemischer Verbesserung allein ist es eben nicht getan! Viele ADHS-Betroffene leben im und leiden am Mangel unseres Gesundheitssystems, das anhaltendes Nichtwissen der zuständigen Professionen toleriert und etablierte nicht-helfende Therapien finanziert.

Eckart von Hirschhausens Kolumne kann dies selbstverständlich nicht revolutionieren. Dennoch: Ihre Erstveröffentlichung im „stern“ mag so manchen Leser immerhin angeregt haben zu denken: Wenn Hirschhausen sich als milde betroffen outet, dann gibt's ADHS doch wohl wirklich...

Das ist doch einen Nachdruck wert, denke ich.

Mehr Erfolg wünscht Ihnen

■ Gerhild Drüe

Pflegestufe bei Kindern mit ADHS

Haben Sie schon einmal ausgerechnet, wie viel Zeit Sie jeden Tag für die Versorgung, Betreuung und Förderung Ihres ADHS-Kindes aufwenden? Jeder weiß, dass der Alltag mit unaufmerksamen und hyperaktiven Kindern schwieriger und zeitraubender ist als der Alltag mit unauffälligen Kindern. Überschreitet dieser Aufwand im Bereich der Pflege, d. h. der Körperpflege, Ernährung und Mobilität den durchschnittlichen Pflegebedarf von Kindern gleichen Alters erheblich, besteht die Möglichkeit eine Pflegestufe zu beantragen.

Los geht es morgens mit dem Aufstehen, Anziehen, Frühstück, Zähneputzen und Richten für den Kindergarten oder die Schule. Viele ADHS-Kinder brauchen für die dazu notwendigen Verrichtungen sehr viel Zeit und v. a. viel mehr Unterstützung als andere Kinder. Das gleiche Problem ergibt sich abends, wenn es ums Baden oder Duschen geht. Ohne ständige Präsenz der Eltern geht oft gar nichts, weder beim Waschen noch beim Zähneputzen. Permanente Unterstützung ist hier nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Auch nachts ist nicht selten Extrapflege notwendig, da ADHS-Kinder häufiger als in ihrer Entwicklung unauffällige Kinder ins Bett machen.

Diese Liste lässt sich für die notwendigen Hilfen tagsüber noch ausweiten. Aufmerksamkeitsstörung und Unruhe fordern beispielsweise noch in den höheren Schulklassen die Gegenwart eines Helfers ein, der die ADHS-Kinder bei der Stange hält, motiviert und fokussiert. Auch die Essenssituation macht häufig eine längere Präsenz eines Elternteils nötig, was sich einer weiteren Erhöhung des täglichen Pflegebedarfs niederschlägt. Nicht zuletzt kann die notwendige Medikamentengabe einen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten, der bei den Voraussetzungen einer Pflegestufe berücksichtigt werden kann.

Voraussetzungen für die Pflegestufe I:

Pflegestufe I – Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn mindestens einmal täglich ein Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) erforderlich ist. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Wer sich hier nicht sicher ist, wie viel Zeit er tatsächlich für diese Verrichtungen aufwendet, der sollte im Vorfeld der

Beantragung einer Pflegestufe für vier Wochen ein sogenanntes „Pflegetagebuch“ führen, in dem er den täglichen Aufwand nach Einzeltätigkeiten samt Zeiten auflistet. Dazu reicht es, genau aufzuschreiben, wie lange man für welche Hilfestellung benötigt hat. Ein vorgedrucktes Pflegetagebuch sollte dazu nicht gekauft werden, denn diese sind auf bettlägerige Menschen und Demenzzranke ausgelegt.

Von den im eigenen Pflegetagebuch festgehaltenen, durchschnittlichen Pflegezeiten pro Tag müssen die Zeiten, die auch für ein gesundes Kind desselben Alters aufgewendet werden müsste, abgezogen werden. Um die Pflegestufe I zu erhalten, muss das Kind also einen mindestens eineinhalb Stunden größeren Pflegebedarf haben als ein gleichaltriges Kind. Zur Orientierung gelten Regelzeiten für Kinder verschiedener Altersstufen. Im Fall eines 5-6 Jahre alten Kindes gilt derzeit eine Abzugszeit von 44 Minuten, für ein 6-7 Jahre altes Kind eine Abzugszeit von 28 Minuten, für ein 7-8 Jahre altes Kind eine Abzugszeit von 16 Minuten, für ein 8-9 Jahre altes Kind eine Abzugszeit von 8 Minuten, für ein 9-10 Jahre altes Kind eine Abzugszeit von 3 Minuten. Damit die Pflegestufe I erreicht wird, müssen bei einem 5-6 Jahre alten Kind im Wochendurchschnitt also mindestens 2¼ Stunden pro Tag für die Pflege aufgewendet werden. Für die Pflegestufe I bei einem 9-10 Jahre alten Kind reichen demgegenüber etwas mehr als eineinhalb Stunden pro Tag.

Erreicht man die oben angegebenen Zeiten, kann man den Antrag auf die Pflegestufe I bei der Krankenkasse stellen. Pflegestufe II und III sind ausschließlich aufgrund einer ADHS kaum realistisch, da der nachzuweisende zusätzliche Pflegeaufwand bei drei bzw. fünf Stunden zusätzlich pro Tag liegt. Es ist sinnvoll, dem Antrag möglichst viele Berichte und Vorbefunde beizulegen, die den täglichen Aufwand begründen, u. a. Berichte über die Diagnose, die Entwicklung, Therapien wie z. B. die Ergotherapie sowie über Kindergarten- oder Schulbesuch.

In der Regel kommt nach der Antragstellung der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nach Hause, um die Angaben nochmals genau mit dem Antragsteller zu besprechen. Hier habe ich die Erfahrung gemacht, dass der MDK durchaus gut über die ADHS-Problematik informiert ist. Daher sollten die Angaben realistisch und nachvollziehbar sein.

Was habe ich von einer Pflegestufe?

Hier die Tabelle für Leistungen ambulanter Pflegedienste, d. h. professionelle Pflegedienste, die ins Haus kommen (Angaben in Euro):

Pflegestufe	bisher	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	440	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Härtefall	1.916	Keine Veränderung		

Hier die Tabelle für Leistungen in der Pflege, die durch Angehörige erbracht werden (Pflegegeld in Euro):

Pflegestufe	bisher	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Wurde eine Pflegestufe für das Kind bewilligt, muss

man alle sechs Monate einen ambulanten Pflegedienst nach Hause kommen lassen. Mit diesem findet dann ein sogenanntes Pflegeberatungsgespräch statt, das der Unterstützung der Eltern dient und die aus professioneller Sicht angemessene Pflege des Kindes sicherstellen soll.

Darüber hinaus gibt es zusätzliche Betreuungsleistungen und sowie Leistungen zur Verhinderungspflege. Über diese Leistungen informiert der ambulante Pflegedienst im Pflegeberatungsgespräch. Wichtig ist, sich nach Möglichkeit einen auf die ambulante Kinderkrankenpflege spezialisierten Pflegedienst zu suchen, da solche Kinderkrankenpflegedienste bei Kindern i. d. R. qualifizierter sind als normale Pflegedienste.

■ Kirsten Riedelbauch & Dr. Johannes Streif

Organisation einer Ferienfreizeit

Resümee Agilis 2012

Hier eine Zusammenfassung für all diejenigen, die einmal hinter die Kulissen schauen möchten oder die Idee haben, Ähnliches zu veranstalten. Vorangestellt sei gesagt, dass sich der Bericht von Herrn Boerner (Hirschaid) in seiner Gesamtheit (Aufwand, Ausdauer, Organisationsvermögen, Zeitfaktor, viel Lauferei und dicke Aktenordner...) bewahrt hat. Eine Menge Vorarbeit, aus einer Idee ein Konzept zu entwickeln; Recherchen über Genehmigungsverfahren, Versicherungen (Zelte versichert niemand!), Gespräche und Verhandlungen mit Institutionen, Vereinen, Forstamt, Stadtverwaltung, Verkehrsamt und allen, die sowohl zeitlich, von ihren Möglichkeiten und dem finanziellen Aufwand zu unserem Vorhaben beitragen konnten. Kontaktaufnahme zu Zeitungen, Überlegungen zu Marketing, Flyer, Infos, Packliste, Gesundheitsbogen.... schreiben und drucken etc. Woher bekommt man Zelte, Küchenplanung, Lebensmittel (Kühlanhänger)? Unzählige Kilometer zu Gesprächen für Fragen, Aufklärung, Begeisterung?

Im Nachhinein kann man sagen, dass wir viel Hilfe bekamen, zum einen, weil unsere Kinder in vielen Bereichen engagiert sind und man entsprechend bekannt war, zum anderen, weil wir versucht haben, viele Informationen zu geben und damit unsere Arbeit eine große Wertschätzung erhielt. Schließlich wusste zu Anfang in unserem Umfeld niemand so recht, was wir da eigentlich vorhatten.

Alle Betreuer halfen ehrenamtlich, stellten Urlaub, Ferien, Freizeit zur Verfügung. Für die sieben Tage gab es reichlich Programm, so dass alles zeitlich im Detail geplant werden musste. Wann werden die Zelte geholt, wann wird aufge-

baut; wann können Projekte wie Feuerwehr, Sternwarte, Bergwerk, usw. stattfinden. Ein sinnvoller Wechsel von Aktion, Vortrag, Freizeit, Ruhephasen. Eine vernünftige Tagesstruktur, in die alle integriert werden konnten. Aufgaben positiv zu gestalten (Lagerfeuerdienst – das Holz musste selbst gesammelt und gesägt werden – unter Anleitung); Nachtwachen versprochen längeres Aufbleiben; die Lagerbauten (Fahnenmast, Abfalleimer, Dienstplanbrett,...) wurden zusammen errichtet, verlangten Teamarbeit. Das Einbringen unserer Hunde und Pferde fand gleich zu Anfang statt. Somit waren die Kinder mit den Tieren vertraut und konnten die ganze Lagerzeit davon profitieren. Am ersten Abend gab es eine Nachtwanderung (Müdigkeit schafft Ruhe und vertreibt Heimweh). Auch der Frühsport diente letztendlich dazu, dass man vorher springt und nicht im Frühstückszelt.

Das „Zelt“, das morgens zuerst vollzählig am Treffpunkt war, erhielt die meisten Punkte für den Gemeinschaftswettbewerb. Dies ersparte endloses Wecken und förderte Gemeinschaft. Letztendlich wurde Ideenreichtum sichtbar und so mancher zeltbewohnende Langschläfer wurde von seinen Kameraden im Schlafanzug zum Sammelplatz getragen; Kleidung wurde mitgeliefert. Alle Programmpunkte wurden ausführlich erklärt und besprochen. (Schließlich sollte man die „Überfänger“ als Spiel verstehen und auch die Räuber im Wald sollten niemanden erschrecken).

Es gab viele Kleinigkeiten, die von den Betreuern geregelt werden mussten; manchmal auch konsequentes Durchgreifen, Ablenken, Beruhigen, Erklären, erneutes Motivieren. Hier bewährte sich unsere vorangegangene Schulung aller Beteiligten. Es wurde peinlichst darauf geachtet, dass

jedes Kind in der Gruppe aufgenommen war; situativ mit Anleitung der Betreuer und auch klärenden Gesprächen. Die Kinder entwickelten einen sehr guten Zusammenhalt und halfen sich gegenseitig. Auch die jugendlichen Betreuer zeigten viel Einfühlungsvermögen, aber auch notwendige Durchsetzungskraft. Die im Vorfeld ausführlich geführten Gespräche mit allen Eltern trugen dazu bei, Problematiken differenzieren zu können und auch die Stärken der Kinder wissentlich situativ einsetzen zu können. Die meist eingebrachte Kritik der Kinder belief sich darauf, dass jeder die „Überfälliger“ erleben wollte und das Zeltlager zu kurz sei.

Sieben Tage halten wir für eine gut gewählte Zeit. Weniger Tage reichen nicht aus, um die Kinder kennenzulernen und auch unter einander guten Kontakt aufzubauen. Viele waren das erste Mal ohne Eltern unterwegs und somit war die Zeitspanne ausreichend, um gut bewältigt zu werden. Auch die Tatsache, dass ein Zeltlager rund um die Uhr betreut werden muss (auch wenn man in jedem Zelt einen Jugend-

leiter hat), erhöht den ohnehin hoch angesetzten Bedarf an Helfern, die in verschiedenen Positionen als Coach, Aufpasser, Trainer, Animator und Fürsorger aktiv waren. Unerlässlich waren auch Helfer „zur besonderen Verfügung“, die flexibel agieren konnten. Ebenso wichtig ist, die Zuständigkeit zu definieren für Sanitätsdienst, Mitführen von Notfallmedizin (Wespenallergie...) und Medikamentenausgabe (unterschiedliche Zeiten).

Am Abschlussfest konnten alle Eltern einige Stunden am Zeltlagerleben teilnehmen, sich mit anderen Eltern austauschen oder in Einzelgesprächen wichtige Fragen erörtern. Unser Ziel war, dass niemand früher nach Hause fährt. Das ist uns gelungen. Einige haben neue Freunde gefunden, ein neues Hobby entdeckt oder einfach nur ein wenig Stärke mitgenommen, diese Herausforderung gemeistert zu haben.

■ Astrid Bojko-Mühr

Vom Hobby zum Feriencamp für ADHSler

Schon immer habe ich begeistert Fußball gespielt – in meiner Jugend sogar leistungsorientiert bei Alemannia Aachen. Durch meine Ausbildung zum Ergotherapeuten musste ich dieses Hobby jedoch leider immer mehr vernachlässigen, so dass ich es letztlich nur noch zum Ausgleich genutzt habe.

Neben meiner Arbeit in der eigenen Praxis habe ich 2004 angefangen, die Dürener Fußballschule als Trainer zu unterstützen. Mir war es wichtig, dem Fußball verbunden zu bleiben. Zeitgleich begann ich die Trainerausbildung. Die Arbeit in der regionalen Fußballschule machte mir so viel Spaß, dass immer mehr die Idee reifte, solch ein Konzept auch für Kinder der Praxis anzubieten, die nicht die Chance hatten, an einer Fußballschule teilzunehmen.

Hinzu kommt, dass ich selber ADHS habe und dementsprechend nachempfinden kann, wie es Kindern und Jugendlichen geht, die aufgrund einer „Erkrankung“ ausgegrenzt werden.

Immer wieder hörte ich von Eltern und Kindern, dass sie aufgrund ihres Verhaltens nicht an Trainings in Fußballvereinen teilnehmen durften. Dies stimmte mich sehr traurig, denn ich wusste ja aus eigener Erfahrung wie groß die Enttäuschung ist, wenn man plötzlich, aus welchem Grund auch immer, seine Ziele nicht weiter verfolgen kann. Die Überlegung war also, einen Sportplatz zu mieten und denjenigen ein paar schöne Tage zu ermöglichen, die dieses Gefühl des sportlichen Miteinanders nicht mehr kannten. Welche tollen Ausmaße dieses Projekt in ein paar Jahren haben sollte, war mir da natürlich noch nicht bewusst.



David Lenneper

Ohne zu wissen, ob wir mit dieser Idee überhaupt Anklang finden würden, starteten wir unser Projekt ohne finanzielle Mittel. Wir entwarfen eigene kleine Plakate am PC, die überall in den Geschäften verteilt wurden.

Die größte Hürde war jedoch die Suche nach einem geeigneten Platz: Wir wollten wetterunabhängig sein und einen geschützten Rahmen bieten. Es gelang uns einen Kunstrasensportplatz zu mieten, der es auch ermöglichen sollte, bei Regen zu spielen und zu trainieren. Der erste Sponsor war somit mein Vater, der die Mietkosten für den Sportplatz

übernahm. Unser Konzept sah vor, dass wir ein ganztägiges Camp veranstalten wollten über insgesamt fünf Tage. Ausgesucht wurde dazu die erste Ferienwoche der Sommerferien. Weiterhin war es uns natürlich auch wichtig, alle Teilnehmer und Betreuer zu verpflegen. Schnell fand sich eine Mutter, die das Essen täglich vorbereiten konnte. Kurz vor Ablauf der Anmeldefrist waren es dann 18 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren, die sich angemeldet hatten. Somit hatten wir nun die Möglichkeit, ein entsprechendes Betreuersteam zusammenzustellen. Da wir weiterhin ohne finanzielle Mittel arbeiteten, war es wichtig, keine „professionellen“ Trainer zu engagieren. Durch Kontakte und direkte Ansprache war es aber im ersten Jahr möglich, sechs ehrenamtliche Betreuer zu finden. Einige davon wurden für das Training mit den Gruppen geschult, andere waren für den organisatorischen Ablauf zuständig.

Unser erstes integratives Camp startete mit drei Gruppen zu je sechs Jugendlichen, bei dem sich 12 Jugendliche mit „Verhaltensauffälligkeiten“ und sechs „normal entwickelte“ Jugendliche anmeldeten. Das Thema ADHS/ADS spielte dabei von Beginn an eine bedeutende Rolle. Schnell spürten wir, dass wir die Hauptsymptomatiken, wie impulsives Verhalten, motorische Unruhe und Unaufmerksamkeit durch gezielte Schulung und gezieltes Training, in den Griff bekommen konnten. Die Kinder und Jugendlichen wurden da abgeholt, wo sie wirklich waren, sie konnten sich frei ausleben und durften einfach „anders“ sein, ohne dabei in vorgegebene Rollen gedrückt zu werden. Das Thema soziale Kompetenzen erlangte dabei ziemlich schnell einen bedeutenden Charakter.

Alle Jugendlichen erhielten jeden Tag ein warmes Mittagessen, kleine Snacks wie frisches Obst und Müsliriegel, sowie Getränke. Am Nachmittag trafen immer mehr Eltern ein und ein reger Austausch fand am Rand des Sportplatzes statt. Beim anschließenden täglichen Grillen wurden einige Freundschaften geknüpft. Um dies noch weiter zu intensivieren, wurde am letzten Tag ein Fußballspiel zwischen Jugendlichen und Betreuern gegen alle Eltern ins Leben gerufen. Ein riesiger Spaß für alle Beteiligten. Dieser Abschluss sollte fortan zur jährlichen Tradition werden.

Die Idee war hervorragend angenommen worden, so dass sich im nächsten Jahr bereits 30 Jugendliche, darunter auch neun Mädchen, anmeldeten. Von Jahr zu Jahr stieg die Teilnehmerzahl: Im Jahr 2009 waren es bereits 60 Jugendliche, 2010 sogar 82.

Um nicht nur Sport sondern auch Abwechslung zu bieten, wurde das Camp um einige Höhepunkte erweitert: Es besuchte uns schon zweimal ein Fußballprofi von Alemannia Aachen zur Autogrammstunde – für fast alle ein unvergessener Höhepunkt. Zudem trainierte ein Taekwondo-Weltmeister mit den Jugendlichen in Kleingruppen. Weiterhin charterten wir einen Reisebus nach Aldenhoven in den Römerpark. Dort stand uns ein großer Abenteuerplatz

zur Verfügung. Im letzten Jahr konnte ich den Kölner Zauberer Peter Helten für unser Projekt gewinnen, der mit allen Zauberworkshops durchführte und nachmittags für alle eine große Zaubershow zeigte. Auch hier stand das gemeinsame Erarbeiten der Tricks im Vordergrund.

Auch unser mittlerweile traditioneller Abschlusstag wurde immer umfangreicher, wenn man bedenkt, dass im letzten Jahr 80 Jugendliche **und** 80 Eltern auf dem Platz standen. Ein sehr eindrucksvolles Erlebnis für alle Beteiligten.

Durch die Vielzahl an ehrenamtlichen Helfern und Betreuern können wir auch für nächstes Jahr ein Camp planen. Um das Projekt finanziell möglichst abzusichern, wurden erstmals Paten (im Bereich von Ärzten, Praxen und ansässigen Firmen) gesucht, die ein Kind bei der Teilnahmegebühr finanziell unterstützten. Weiterhin wurden Collagen der Camps verkauft, um weitere Attraktionen für die Kinder anschaffen zu können.

Zum integrativen Training hatte sich dieses Jahr schon ein querschnittsgelähmter Rollstuhlfahrer angesagt, der mit den Jugendlichen in Kleingruppen Rollstuhltraining durchführte.

Die Planungen für das *nächste* Feriencamp beginnen somit meist schon am Tag nach dem *letzten* Feriencamp. Anträge werden gestellt und Anfragen gestartet. Wenn man dann jedoch diese wundervollen vier Tage mit strahlenden Kinderaugen erlebt, so ist dies jede Mühe wert.

Im Jahr 2011 wurden wir erstmalig auch über die Stadtgrenzen hinaus bekannt. So gewannen wir für dieses Projekt, gemeinsam mit einem anderen Verein, den deutschen Kinder- und Jugendärzte-Medizinpreis. Zudem wurden wir von der StädteRegion Aachen mit dem Ehrenamtspreis ausgezeichnet. Dies sind natürlich tolle Ehrungen, die uns ermutigen weiterzumachen.

Mittlerweile haben wir sogar Teilnehmer aus ganz Deutschland; der kleine Leon reist in diesem Jahr bereits zum dritten Mal aus Eberswalde bei Berlin an. Auch die Altersstruktur hat sich geändert. Der jüngste Teilnehmer war im Jahr 2012 erst 2,5 Jahre alt, der älteste fast 18 Jahre.

Wichtig für uns und auch für die Teilnehmer ist, dass eben nicht der sportliche Leistungsgedanke im Vordergrund steht. Der Druck soll genommen werden und das Miteinander gefördert werden.

Somit stehen folgende Schwerpunkte im Vordergrund:

- Regelverhalten
- Soziale Kompetenzen (Gruppenfähigkeit, Teamgeist, Integration, Frustrationstoleranz)
- Konzentration, Aufmerksamkeit und Ausdauer
- Förderung der Motorik, Beweglichkeit, Geschicklichkeit, Koordination, etc.

- Fußballerische Kompetenzen
- Aufbau von Beziehungen und Freundschaften
- Abbau von impulsivem Verhalten
- Übernahme von Verantwortung
- Kennenlernen der eigenen „Erkrankung“, bzw. der eigenen Möglichkeiten
- und vieles mehr.

Unser Camp wird integrativ bleiben. Zu ca. 20 % sind unsere Kinder völlig „normal“ entwickelt und unauffällig – ca. 80 % der teilnehmenden Kinder sind jedoch verhaltensauffällig, mit teils schwerwiegenden Problematiken. Dazu gehören u. a. Kinder/Jugendliche mit ADS/ADHS, Autismus, körperliche und geistige Behinderung, soziale Anpassungsschwierigkeiten, aggressives und oppositionelles Verhalten u. v. m. Unsere Kinder kommen meist aus sozial schwierigen Verhältnissen und sind auf therapeutische, medizinische und soziale Hilfen angewiesen.

Das Thema ADS/ADHS spielt weiterhin eine sehr große Rolle. Für die Therapeuten und Betreuer ist es wichtig, ein Kind auch mal mehr als nur 45 Minuten in einer Therapiesituation zu erleben, losgelöst von Therapieräumen, im sozialen Umfeld, im Umgang mit anderen Kindern und Jugendlichen. Für die Kinder ist es zudem toll, den Therapeuten auch mal „privat“ zu erleben. Für die gegenseitige therapeutische Zukunft sind diese vier Tage unheimlich wertvoll.

Um das zu ermöglichen, fahren die Eltern teilweise sogar täglich bis zu 120 km. Die Kinder/Jugendlichen werden in Kleingruppen, zu höchstens je 8 - 10 Kindern, eingeteilt. Jeder Gruppe werden sowohl ein Therapeut (Ergo- oder Verhaltenstherapeut), ein Fußballtrainer sowie ein Praktikant zugeteilt. Zusätzlich werden ca. 10 Erwachsene eingeteilt,

die sich um die Rahmenbedingungen (Sportplatz, Mittagessen, Verwaltung, sanitäre Einrichtungen, medizinische Versorgung, etc.) kümmern.

Benötigte Trainings- und Freizeitmaterialien (Bälle, Hüfchen, Koordinationsleitern, etc.) sind über die Jahre bereits angeschafft worden, müssen jedoch im Laufe der Zeit immer wieder erneuert und/oder ersetzt werden.

Das Finanzielle übersteigt natürlich schon lange den Rahmen, den ich als Privatperson stemmen kann. Trotzdem ist mir dieses Projekt ans Herz gewachsen und mittlerweile ein fester Bestandteil der Region. Alle Betreuer und Helfer arbeiten ehrenamtlich. Über Sponsoren wird versucht, einen Teil der Finanzen aufzufangen (Miete Sportplatz, Neuanschaffung Materialien, Essen und Getränke etc.).

Für das Jahr 2013 gibt es bereits Anfragen aus Thüringen und Sachsen. Erstmals wollen wir nun Patenfamilien installieren, die auswärtige Familien für die Zeit des Camps aufnehmen.

Das Camp findet vom 22.07. - 26.07.2013 statt.

Als Fazit bleibt zu nennen, dass das integrative Ferien camp mittlerweile mehr ist als vier Tage Spaß und Fußball. Eigentlich ist es ein ganzjähriges Projekt, das wir alle nicht mehr missen möchten. Die vier Tage entschädigen für die laufende Organisation und den Aufwand, den man betreibt. Ich kann jeden nur ermutigen, selber solche Initiativen in seiner Region ins Leben zu rufen.

Gerne stehe ich dazu auch für Rückfragen zur Verfügung!

■ David Lenneper
www.FerienCamp-Lenneper.de

Die Erfindung des Burnouts

Wer glaubt, dass das Burnout eine moderne Erfindung ist, dem sei gesagt: Die Bibel hat's erfunden. Genaugenommen ein Mann Gottes namens Elia. Elia war der erste Mensch, von dessen Burnout berichtet wird. Aus seiner Geschichte lässt sich einiges für uns herauslesen. Ausgebranntsein und Erschöpfung ist unter Menschen mit ADHS (und denen, mit denen sie es zu tun haben) weit verbreitet.

Elia war ein Getriebener. Einer der die Sache Gottes auf die Spitze prügelte, der sich festbiss. Er arbeitete unter Druck am besten. Mit Ziellosigkeit und Trägheit konnte er nichts anfangen. Elia heißt übersetzt: Nur der Herr ist Gott. Sein Name war Programm. Er lebte in einer Zeit allgemeinen Rückzugs. Die Leute kümmerten sich um ihre eigenen Angelegenheiten. Wer über den Tellerrand sah, war selber

schuld, wenn er Beunruhigendes sah. Die Leute dachten in Klein-Klein. Die Leute dachten so, weil sie in außerordentlich unsicheren Zeiten lebten. Solche Zeiten verstärken das Bedürfnis, sich ins Häusliche zurückzuziehen. Je prekärer das Äußere wird, desto mehr verschanzt man sich im Privaten. Ein Grund für die Unruhe im Land war, dass es neben der ursprünglichen jüdischen Religion noch viele andere Kulte gab. Man duldet diese anderen Kulte. Insbesondere die Regierung tat dies, da sie auf Ausgleich aus war und mit den Nachbarländern keinen Streit wollte, von denen diese Kulte stammten. Die Leute sollten nach ihrer Façon selig werden, so lange sie einen in Ruhe ließen. Die Betonung lag auf „in Ruhe lassen“. Das brachte Elia auf. Diese Art von Ausgleichs- und Toleranzpolitik mobilisierte seinen Widerspruchsgeist. Die Bürger hingegen und insbesondere

der König gaben ihren Glauben preis und missachteten Gott. Das brachte Elia in Wut. Und davon hatte er mehr als reichlich.

Heute würde man ihn als Eiferer, als Erzkonservativen Brütalevangelikalen und Fundi bezeichnen. Elia war der eiserne Besen des Herrn und wo er fegte, flogen Funken. Ein solcher Mann hatte kaum Freunde und eine Menge Feinde. Seine größte Feindin war ausgerechnet die Frau des Königs.

Ahab von Israel hatte Isebel geheiratet, die Tochter des Königs von Sidon. Es war eine politische Ehe, um sich einen Verbündeten zu schaffen. Isebel war treue Anhängerin der Baalsreligion, eines uralten Fruchtbarkeitskultes mit ziemlich bizarren und grauslichen Ritualen. Ahab duldet dies. Offiziell aus Gründen der Staatsräson. Inoffiziell wusste ganz Israel, wer im Herrscherhaus der Mann war. Und Ahab war es nicht. Elia hingegen widerstand und widersetzte sich der Königin.

Isebel hasste Elia und Elia verfluchte die Königin. Es war leidenschaftlicher Abscheu auf den ersten Blick.

Zwei Dinge feuerten Elia an: Der Abscheu vor Isebel und ihrer falschen Religion und die Haltung der Israeliten. Das Volk ließ sich vom Krieg der Kulte unterhalten. Es beobachtete das Treiben der Akteure und tat ansonsten das, was zivilisierte Menschen stets tun, wenn andere aufeinander losgehen: Sie schüttelten peinlich berührt die Köpfe und legten die Hände in den Schoß. Diese Trägheit, diese Unentschiedenheit ließen den Propheten vor Wut und Leidenschaft brennen.

Trägheit und Unentschiedenheit ist für Leute mit ADHS nichts. Mit Durschwurschteln und Larifari können sie nichts anfangen. Vielleicht schon allein deswegen, weil sie sich nicht sonderlich geschickt anstellen, was elegantes Durchdie-Maschen-Schlüpfen betrifft. Das ist durchaus ein Vorteil. Wer ständig die Ohren anlegt und den Mund nicht aufmacht, braucht sich nicht zu wundern, wenn er irgendwann taub und stumm wird. Diese Gefahr freilich drohte Elia nicht. Er war weder taub und ganz bestimmt nicht stumm. Wo immer er auf Baalspriester und -propheten stieß, ging er in den Frontalangriff über. Zwischen den falschen Priestern der Isebel und Elia kam es zu einem denkwürdigen Showdown:

Auf dem Berg Karmel schichtete er einen Altar aus Holz auf. Derjenige Gott, der den Stapel entzünden würde, sollte der Gott Israels sein. Elia hatte keinen Zweifel, wer den Sieg davontragen würde. Elia inszenierte diesen Götterkampf publikumsträchtig. Das Volk sollte selbst kommen, selbst sehen und selbst urteilen. Bei Baal kräuselte sich nicht einmal ein Rauchwölkchen, obwohl sämtliche 450 versammelten Priester alle Register ihres kultischen Könnens zogen. Der Gott Elias aber brachte den Altar mit einem Blitz zum Brennen. Was nun geschah, ging in die biblischen Analen ein. Elia griff zum Schwert und richtete unter den besiegten

Priestern ein Blutbad an. Sein Sieg sollte ein endgültiger sein. Mit eigener Hand beförderte er die Baalsfunktionäre ins heidnische Jenseits. Als Isebel von dieser Gräueltat erfuhr, geriet sie außer sich vor Wut und blies zum Sturm gegen Elia.

Nun könnte man meinen, dass Elia das Wüten der Königin nichts ausmachen würde. Immerhin hatte er vor aller Augen klargemacht, welcher Gott wirklich und wie groß seine Allmacht war. Er hätte sich Isebel, dem Rest ihrer Priesterbrut und ihrem schlaffen Gatten ohne Furcht entgegenstellen können. Tatsächlich aber geschah das Gegenteil: Angst und Panikattacken ergriffen ihn. Er schlotterte vor Angst und statt anzugreifen, trat er in wilder Panik die Flucht an. Elias Feuer war erloschen. Er war ausgebrannt. Er hatte alles gegeben.

Weit im Süden, am Rand der Wüste glaubte er, vor Isebels Zorn sicher zu sein. Er wanderte sogar noch ein Stück weiter. Dann setzte er sich unter einen Wachholderbusch und versank in einer Erschöpfungsdepression. „Es ist genug“, teilte er Gott mit. „Herr, lass mich sterben. Ich bin auch nicht besser als die, die vor mir waren.“ Mit allem hatte es Elia eilig, auch mit dem Tod. Diese heilige Depression war der Wendepunkt in Elias Leben. Er wünschte sich, zu sterben. Aber Gott setzte einen Neuanfang.

Burnout, Erschöpfung, Überforderung, Depression sind die Flüche der modernen Leistungsgesellschaft. Sagt man so. Aber was ist der Fluch eigentlich? Die Depression oder die falschen Erwartungen? Elia bekam von Gott höchstpersönlich eine Lektion in Sachen Burnout. Gott antwortete Elia nicht. Er schwieg. Er war ihm nicht zu Willen und ließ ihn sterben. Elia versank in ein dunkles Dämmern und als er die Augen öffnete, fand er einen Schluck Wasser und etwas frisches Brot. Und dann sprach Gott zu ihm: „Iss erst einmal, trink und schlafe.“ Nachdem er sich ausgeruht hatte, bekam er noch einmal eine Portion Wasser und Brot neben seinem Kopf. In der Kraft dieser Speise, wanderte er vierzig Tage und vierzig Nächte bis zum heiligen Berg Sinai. Und erst jetzt, nach Essen, Trinken, Wandern, sprach Gott mit ihm.

Die Getriebenen dieser Welt verlieren in ihrer überbordenden Aktivität schnell die Welt aus den Augen. Weil alles sich alles um sie herum bewegt in ihrer atemberaubenden Geschwindigkeit, glauben sie, dass sie das Tempo vorgeben. Wie ein Kind, das einen Globus immer schneller dreht. Wir dürfen uns in dieser Hinsicht nichts vormachen. Die Welt hat ihr eigenes, unabhängiges Tempo.

Doch weil die Getriebenen diesen Umstand gerne übersehen, glauben sie auch, mit Gott verhielte es sich genauso. Elia jedenfalls schien diesem Glauben aufgesessen und daran gescheitert zu sein. Gott fragte den Elia: „Was machst du hier?“ Und Elia antwortete: „Ich habe gebrannt für dich. Ich habe für dich gekämpft. Niemand in deinem Volk schert

sich um dich. Also habe ich das Schwert ergriffen und alle deine Feinde umgebracht. Aber geändert hat sich nichts. Gar nichts. Und nun bin ich verbrannt. Ich bin nur noch Asche.“

In Elias Antwort steckt alle Trübsal, alle Enttäuschung eines Überanstrengten. Er hat alles gegeben, was er zu geben hatte und noch mehr. Und alles war für die Katz. Er hatte sich verschätzt. Mehr noch: Gott hatte sich verschätzt. Alles war geblieben, wie es war. Statt seine Feinde besiegt zu haben, hatte Elia sie alle auf dem Hals. Das Volk blieb, „Danke für die Show!“, träge und unentschieden wie zuvor. Aber hatte Gott denn überhaupt erwartet, was Elia von sich abverlangt hatte? Die beiden Fragen, die sich hinter der Frage „Elia, was tust du hier?“ verbargen, lauten, ob Gott überhaupt von Elia erwartet hatte, was dieser von sich selbst verlangte und ob Gott überhaupt der war, von dem Elia erwartet hatte, das er es sein sollte. Der Dröhnende, Gewaltige, Allmächtige und Zerstörende.

Gott sprach zu Elia: „Sieh dir das Folgende an und sage mir, wo ich zu finden bin!“ Elia trat auf einen Felsvorsprung. Ein Sturm brach los, der die Steinlawinen von den Bergen riss. Ein Erdbeben ließ ganze Felswände abrutschen. Ein Ungewitter riss den Himmel in Stücke. Aber in all dem war Gott nicht. Dann hörte Elia ein stilles Säuseln. In diesem Windhauch war Gott. Eine Brise mit der Autorität des Allmächtigen. Da bedeckte der Prophet sein Gesicht aus Ehrfurcht und Scham.

Elias Irrtum war, dass er meinte zu wissen, wer Gott ist und wie er handelt, nämlich voller Zorn und Gewalt. Weil er selbst, Elia, so handeln würde. Ein typischer Zug von Leuten, die sich gerne in etwas hineinsteigern und „überfokussieren“. Unsereins hat die Neigung, diesem Irrtum zu erliegen. Umso niederschmetternder, wenn der Irrtum zu Tage tritt. Es gibt eine Menge Gründe, warum jemand ausbrennt. Aber ein Grund ist jener Tunnelblick aus falschen Erwartungen. Und der zweite, sich nicht von diesen Erwartungen abbringen zu lassen.

Ich bin, ich gebe es zu, was diese beiden Irrtümer betrifft, ein Wiederholungstäter. Eben drum fiel mir Elia auf. Ich neige wie er dazu, von einer Sache so sehr überzeugt zu sein, dass es daneben keine andere gibt. Ich sage ja nicht, das es falsch ist, eine Überzeugung zu haben und sich dafür einzusetzen – im Gegenteil: Das israelitische Volk und sein König hatten weder eine Meinung, noch eine Überzeugung, noch einen Glauben. Sie waren träge wie Vieh, das weder nach rechts noch nach links sieht und sich nur um das nächste Büschel Gras kümmert. Elia hingegen hatte eine so feste Überzeugung, dass er meinte, sogar Gott müsse sich daran halten. Und deshalb verausgabte er sich.

Wie ging es nun weiter mit Elia? Wurde er von Gott zu Recht gebracht und nach dem Lernerfolg zurückgeschickt, um es diesmal richtig anzufangen? Der Patient wird von seiner Depression geheilt, vom falschen Selbst-(und Gottes)bild

geheilt und dann wieder ins Rennen geschickt. Nein, das geschah nicht.

Elia ging nicht mehr nach Israel. Gott hielt ihm weder eine heilige Standpauke, noch therapierte er ihn. Aber er schickte ihn auch nicht mehr zurück. Gott gab seinem Propheten einen letzten Auftrag, nämlich seinen Nachfolger aufzusuchen, einen jungen Mann namens Elisa. Der wurde der Prophet über Israel. Gott übergab Elisa den Auftrag nicht deswegen, weil Elia sich als untauglich erwiesen und versagt hatte. Sondern schlicht, weil Elias Zeit in Israel vorbei war. Jetzt war ein anderer dran.

Dieser Punkt wird von getriebenen Menschen gerne übersehen. Sie können sich nur vorstellen, an vorderster Front zu stehen. Sie sagen: „Es gibt für mich nur diesen Platz.“ Ein Burnout ist nicht nur ein Zeichen, dass man sich durch falsche, überzogene Erwartungen überfordert hat. Es kann auch ein Zeichen dafür sein, dass etwas anderes anbrechen muss. Elia hatte verstanden, am Ende endlich verstanden, dass er weder über den Zeitpunkt bestimmte, wann was zu geschehen hatte, noch über die Art und Weise, wie etwas zu geschehen hatte.

Ich neige – wie Elia – dazu, Gott mit meinen Entscheidungen zuvorkommen und ihn so zu entmündigen. Der Weg des Glaubens, ob Elias Weg, meiner oder sonst irgendeines Menschen, hat das Ziel zu erkennen, dass Gott das letzte Wort hat. Und sich danach auszurichten. Das ist eine lebenslange Übung.

Elia dachte, dass sich sein Glaube am Erfolg bemaß, ob er seinen Willen durchsetzte. Dieser Irrglaube führte ihn ins finstere Tal seines Burnouts. Es ist nicht möglich, zwischen dem, was ist und was ich erwarte, keine gerade Linie meines Willens zu ziehen, so beherzt ich bin, so überzeugt ich mich einsetze, so gerecht mir meine Sache auch erscheint. Dietrich Bonhoeffer kämpfte gegen die Nazis und wurde verhaftet. Seine Sache war gerecht. Sie hätte es verdient, Erfolg zu haben. Stattdessen wurde er im KZ Flossenbürg hingerichtet. Er erfuhr wie kein anderer, dass es keine gerade Linie gibt, zwischen dem, was ist und dem, was sein soll. Das letzte Wort liegt nicht bei uns. Als er dies verstand, schrieb er aus der Haft einen sehr berührenden Brief an seine Familie: „Macht euch bitte keine Sorgen um mich, wenn etwas Schlimmes geschieht. Das haben ... andere auch schon durchgemacht ... Ich muss die Gewissheit haben können, in Gottes Hand zu sein und nicht in Menschenhänden. Dann wird alles leicht.“ (Aus: Widerstand und Ergebung, 7. Aufl., Hamburg 1971, S. 97).

Am Ende also zählt nicht, wie sehr ich eine Sache vorantrieb, ob ich dabei übertrieb, scheiterte oder, ob sie mir gelang. Am Ende zählt, in welcher Gewissheit ich es tat.

■ Uwe Metz

Detlev Boeing – zehn Jahre ehrenamtliches Engagement



Detlev Boeing

Wir möchten uns bei Detlev Boeing sehr herzlich für zehn Jahre ehrenamtliches Engagement in unserem Vorstand bedanken!

Aufgrund seiner zunehmenden beruflichen Belastung, bei der ein 16-Stunden-Tag eher die Regel als die Ausnahme ist und viele Dienstreisen beinhaltet, ist ihm ein aktives Engagement nicht mehr möglich. Er wird den Vorstand aber weiterhin insbesondere im Bereich europäischer und internationaler Kontakte unterstützen.

Auf Vorschlag von Herta Bürschgens wurde Detlev Boeing im April 2002 in den Bundesvorstand des BV AÜK e. V. gewählt. Er lebte damals bereits in Tervuren bei Brüssel in Belgien und war dort Regionalgruppenleiter der deutschsprachigen ADHS-Elterngruppe. Aufgrund seines Wohnortes erklärte er sich bereit, für den Verband unterstützend auf europäischer Ebene tätig zu werden.

In der Folgezeit wurde sein Aufgabenbereich zunehmend die Pressearbeit und sehr viel Internetrecherche. Er unterhielt zu sehr vielen anderen Vereinen und Personen Kontakte, war sehr ausgleichend aktiv und ein Verfechter der Verschmelzung, schon in der IG ADHD.

Lieber Detlev, die Zusammenarbeit mit Dir war und ist immer sehr konstruktiv und hat uns immer viel Spaß gemacht.

Deine Vorsitzenden

■ Herta Bürschgens, Dr. Myriam Menter, Hartmut Gartzke

KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH

Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Sehr geehrte Eltern und ADHS-Interessierte,

gern möchten wir Ihnen unsere Klinik vorstellen, die am Rande des Harzes in reizarmer Umgebung mit viel „Auslauf“ für ADHS-Kinder liegt.

Die Leitung der Klinik habe ich – seit mehr als 20 Jahren ADHS-Erfahrene – im Februar dieses Jahres übernommen. Unser Ziel ist es, eine Integration von behinderten und nicht behinderten Kindern im Rehabilitationsprozess zu erreichen.

Der Schwerpunkt besteht derzeit noch in Kindern mit neurologischen Erkrankungen (z. B. Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, neurologischen Erkrankungen oder angeborenen Behinderungen sowie nach neuro-orthopädischen Operationen).

Des Weiteren werden Kinder mit Fetaler Alkohol-Spektrum-Störung, die auch Symptome des ADHS aufweisen, behandelt. Für ADHS-Kinder zeigt sich der Umgang mit behinderten Kindern als sehr günstig. Einerseits werden sie durch die vielen Kinder im Rollstuhl und die Langsamkeit von Kindern mit neurologischen Erkrankungen „entschleunigt“,

andererseits können sie ihre guten sozialen Kompetenzen bei Hilfeleistungen gegenüber diesen Kindern anwenden. Dieses wirkt sich positiv auf alle Kinder aus.

Es werden folgende Therapien überwiegend in Einzeltherapien durchgeführt:

- **Psychotherapie** zur Leistungstestung und zum Training von sozialem Regelverhalten und Kompetenzen.
- **Ergotherapie** zur Verbesserung von Feinmotorik, Ausdauer und Konzentration.
- **Neuropädagogik** zeigt den Kindern, wie man besser lernen und Lernstrategien entwickeln kann.
- Im Bereich der **Logopädie** werden auditive Wahrnehmung, Schluckstörungen, aber auch Sprachstörungen behandelt.
- Die Physiotherapeuten begleiten die Kinder beim Schwimmen, der **Bewegungstherapie** und beim Klettern, was besonders für ADHS-Kinder sehr günstig ist, zeigen Möglichkeiten in der Psychomotorik und sensomotorischen Therapie auf.



KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH

- Auch **Reittherapie** wird außerhalb der Klinik angeboten.
- Im Bereich der **Musiktherapie** können die Kinder nonverbale Kommunikation erlernen.
- Der wissenserhaltende **Förderunterricht** zeigt den Kindern, dass Lernen wieder Spaß machen kann und dass sie während des Rehabilitationsaufenthaltes nicht den Anschluss an die Schule verlieren.

Die Freizeitpädagogen fördern die Selbständigkeit in den Dingen des täglichen Lebens sowie die Umsetzung sozialen Regelverhaltens. Sie integrieren die therapeutisch erarbeiteten Fähigkeiten mit in den Alltag.

Die Therapeuten arbeiten in sehr gut ausgestatteten Räumen. Wir haben eine große Schwimmhalle zur Verfügung, einen Snoezelenraum, große Ergotherapie Räume, eine Sporthalle sowie eine Kletterwand. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass die Kinder auch am therapeutischen Reiten teilnehmen. Für Eltern und Kinder besteht die Möglichkeit, gemeinsam schwimmen zu gehen oder auch an den Freizeitaktivitäten teilzuhaben. Die Eltern können auch mal eine Auszeit nehmen und sich ihren Interessen widmen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, bei Vorlage eines Rezeptes ambulant an der Physiotherapie teilzunehmen.

Alle Kinder haben Einzelzimmer, es besteht die Möglichkeit des Rooming-in; für Familien mit mehreren Begleitpersonen (Geschwister) stehen einige Familienappartements zur Verfügung.

Gemeinsam mit meinem Team möchten wir gern unsere Erfahrung für ADHS-Kinder anbieten. Unsere Psychologen

haben gerade auch einen Kurs zum ADHS-Trainer besucht. Meine eigenen Kompetenzen seit über 20 Jahren mit ADHS Kindern bringe ich auch gern mit ein, so dass wir gemeinsame Konzepte entwickeln können. Es wird keine großen Gruppen mit ADHS-Kindern geben, sondern es ist geplant Gruppen zu bilden aus einigen wenigen ADHS-Kindern und „Kindern mit neurologischen Erkrankungen“, da wir hiermit gute Erfahrungen gemacht haben. Reine Gruppen mit nur ADHS-Kindern führen doch zu einem großen Stressfaktor.

Ein wichtiges Anliegen ist uns, die Vernetzung mit Vor- und Nachbehandlern im therapeutisch-medizinischen und schulischen Kontext – ebenso die Einbeziehung der Eltern in die Therapien und ihre Befähigung zu Co-Therapeuten. Kostenträger sind gesetzliche und private Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Beihilfe, Jugendämter. Auf unserer Homepage www.kmg-kliniken.de erfahren Sie die Details zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme sowie die Rahmenbedingungen.

Einen ersten Eindruck können Sie bei einem ambulanten Vorgespräch mit Klinikbesichtigung, erhalten. Gegenwärtig ist eine zeitnahe Aufnahme in unserem Haus möglich.

Gern stehe ich Ihnen persönlich fernmündlich zur Verfügung.

■ Dr. Heike Hoff-Emden

Kontaktadresse:

h.hoff-emden@kmg-kliniken.de
Tel. 036332/81037

Kriterien zur Bewertung von Kliniken zur vollstationären Behandlung von ADHS

Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich

Name und Adresse der Klinik: KMG Rehabilitationszentrum Sülzhayn GmbH, Am Haidberg 1, 99755 Ellrich OT Sülzhayn

Kostenträger

- Krankenkasse Rentenversicherung Berufsgesnossenschaft anderer: Beihilfe

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 (Aufnahmealter 0-27 Jahre)

- Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -abteilung
 Psychosomatische Klinik bzw. -abteilung (Fachklinik / Rehaklinik für neurolog. Erkrankungen,
 Kinderklinik bzw. -abteilung Elternbegleitung möglich)
 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 type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gesprächstherapeutische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychomotorische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entspannungsverfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ergo- und Kunsttherapeutische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsnahes Coaching | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaftstherapie/Familientherapie | | |

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

a) 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

b) 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

- c) Vorliegen eines schriftlichen Konzeptes zur Behandlung der ADHS für
 - Patienten, Fachleute, Krankenkassen; seit welchem Jahr liegt das Konzept vor? **2012**
 - Wann wurde das Konzept zum letzten Mal aktualisiert? **2012**
- d) 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
- e) Kompetenzen in der Behandlung häufiger komorbider Erkrankungen
 - Depression, Angststörung, Zwangsstörung, Tic-Störung (u.a. Tourette), Störung aus dem autistischen Formenkreis, Ess-Störung, Psychosomatische Erkrankung, Persönlichkeitsstörung (u.a. Borderline) oder Störung des Sozialverhaltens, (auch Dissoziale Persönlichkeitsstörung) Lern- und Leistungsstörung, Sucht-Störung (Rauchen, Alkohol, illegale Substanzen)

4. ADHS-spezifische Elemente in der Behandlung:

- a) Aufklärung über das Störungsbild (Ursache, Symptome, individuelle und soziale Folgen)
- b) Aufklärung über nachweislich zur Behandlung der ADHS geeignete therapeutische Verfahren
 - Medikation, Psychotherapeutische Verfahren, Familientherapeutische Verfahren,
 - andere therapeutische Verfahren, Coaching, Sport, Erziehungsberatung und Elterntaining
- c) Medikation mit Stimulanzien, Antidepressiva, Neuroleptika, Beruhigungsmitteln, Schlafmittel, Homöopathischen Mitteln und/oder Naturheilmitteln
- d) 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:

- a) Einbezug von Familienangehörigen, Partnern und/oder nahestehenden Freunden in die stationäre Behandlung
- b) Einbezug von vor- und nachbehandelnden Ärzten und/oder Therapeuten in die stationäre Behandlung
- c) 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 Elterntaining
- d) Einbezug von Vereinen (u.a. Sportvereinen) und/oder organisierten Freizeitangeboten
- e) Einbezug von ADHS-Selbsthilfegruppen

6. Angebote und Hinweise zur Nachbehandlung:

- a) 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
- b) Die Klinik bzw. Abteilung verfügt über ein Behandlungskonzept, das eine erneute stationäre Aufnahme zur Fortsetzung der Therapie nach Ablauf einer bestimmten Zeit vorsieht
- c) Die Klinik stellt die im Verlauf der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse, nachbehandelnden Fachleuten (F) und/oder dem Patienten (P) zur Verfügung in Form von (P) Kurzarztbrief bei Entlassung dem Patienten mitgeben, (F) zeitnaher Arztbrief an nachbehandelnde Fachleute (innerhalb von 4 Wochen) *bei Entlassung*
 - (P) (F) Arztbrief Testbefunden, (P) (F) mündlicher Beratung bzw. kollegialer Rücksprache,
 - (P) (F) telefonischer Verfügbarkeit für Nachfragen
- d) Einladung zu Nachtreffen von Patienten einer Therapie-Gruppe
- e) Einladung zu Fortbildungsveranstaltungen
- f) Einladung zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. zur Erforschung der Wirksamkeit von Therapieverfahren bei ADHS)
- g) Verweis an lokale Selbsthilfegruppen

Bericht über die Gruppenleiterschulung 2012 der Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

Vom 02. bis 03. Juni 2012 trafen sich Regionalgruppen unseres Verbandes aus NRW zur jährlichen sehr informativen Fortbildung im Jugendgästehaus „Aasee“ in Münster.

Samstagsmorgen um 10.00 Uhr konnte die Leiterin der Landesgruppe, Herta Bürschgens, 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den aktuell 35 bestehenden Regionalgruppen begrüßen. Der Vormittag diente dem Erfahrungsaustausch und Berichten über Aktivitäten der einzelnen Gruppen. In vielen Regionen gibt es mittlerweile fast genauso viele Erwachsenengruppen wie Elterngruppen. Viele Regionalgruppen tauschen sich mit Selbsthilfegruppen zu Erkrankungen am Rande des ADHS-Spektrums aus, wie z. B. Borderline, Suchterkrankungen oder Asperger-Syndrom. Da die Teilnehmerzahl in den Treffen der Selbsthilfegruppen teilweise abnimmt, arbeiten viele Gruppen verstärkt in der Lehrer- und Erzieherfortbildung.

Herta Bürschgens berichtete danach über Aktuelles aus dem Bundesvorstand, u. a. über das Vorhaben des Verbandes, verstärkt im Rahmen der beruflichen Bildung Fortbildungen für Ausbilder anzubieten. In diesem Zusammenhang wurde auch das Projekt der Firma Bertelsmann diskutiert, die eine Aktion für Lehrstellenbewerber mit ADHS gestartet hat.

In der Mittagspause fanden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausreichend Gelegenheit, Bekannte aus den vergangenen Gruppenleiterschulungen in NRW persönlich zu begrüßen und sich im Gespräch auch über Privates auszutauschen.

Nach dem Mittagessen begrüßte die Gruppe die Referentin **Dr. Helga Simchen**. Der Titel ihres Vortrags lautete: „**ADHS im Alter**“. Im Vortrag ging es um die Personengruppe 50+, die zumeist nie diagnostiziert und behandelt wurde und deren Lebensbiographien sehr unterschiedlich sein können. Allen gemeinsam sind ein mangelndes Selbstwertgefühl und Probleme im Umgang mit anderen Menschen (fehlende Sozialkompetenzen). Alle Betroffenen leiden, insbesondere unter Stress; physische und psychische Folgeerkrankungen erhöhen den Leidensdruck. Gängige Therapien wie Paar-, Familien- oder Traumatherapien sind erfolglos. Dr. Simchen hilft in ihrer Praxis den Betroffenen, indem sie zunächst versucht, den Stress zu verringern, oft mit Hilfe von Medikamenten wie Methylphenidat oder Citalopram (ein Stress minderndes Antidepressivum). Die anschließende Behandlung zielt auf das Wissen um die eigene Pro-

blematik des ADS, die Selbstorganisation des Alltags und Hilfestellungen von außen durch Coaching und Selbsthilfe. Die besonderen Aspekte des ADHS waren für viele Zuhörerinnen und Zuhörer neue Informationen. In der Diskussion zum Vortrag wurde festgestellt, dass es älteren Betroffenen ähnlich schwer fällt wie Kindern, die Probleme des ADHS im Alltag zu kompensieren.



Dr. Helga Simchen

Anders als der Vortrag von Dr. Simchen, der sich ausführlich mit einem begrenzten Problem beschäftigt hatte, gab **Dr. Andrea Hauschild-Hersch**, Oberärztin im Alexianer Krankenhaus in Aachen, in ihrem Vortrag „**Eine ADHS kommt selten alleine**“ einen kurzen Überblick über verschiedene psychische Erkrankungen, die oftmals bei erwachsenen Patienten das ADHS verdecken. Hierbei ist es schwer zu entscheiden, ob es sich um Folgeerkrankungen handelt oder zufällige Begleiterkrankungen. Der Therapeut muss je nach Fall entscheiden, welche Erkrankung vorrangig zu behandeln ist. Dr. Hauschild-Hersch verdeutlichte diese Problematik mit Fallbeispielen aus den folgenden Krankheitsbildern:

Eine *Suchterkrankung* kann vorliegen, weil der Patient versucht, sich selbst zu therapieren. Dann kann die Gabe von Methylphenidat nach dem Entzug ausgesprochen hilfreich sein.

Die *Borderline-Störung* hat viele Gemeinsamkeiten mit einem ADHS und kommt zudem oft gemeinsam mit diesem vor. Ihr zentraler Teil ist die Störung der Gefühlsregulation, die überschießend und rasch wechselnd sind. Darum nennt man sie auch emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Der psychotherapeutische Teil der Behandlung ähnelt sehr dem des ADHS.

Depression gibt es als eigenständige unabhängige Erkrankung (früher: „Endogene Depression“) und als Folge eines ADHS. Die Unterscheidung ist schwer, zumal ein hypoaktives ADS einer Depression ebenso ähnlich sein kann, wie eine manische (überdrehte) Phase einem hyperaktiven ADS. „Messietum“ (chaotisches Sammeln) ist dabei wohl eher Ausdruck des ADHS.

Eine *Angststörung* ist zumeist, wenn bei ADHS auftretend, eine logische Folge der Fülle von schlechten Erfahrungen und kann sich mit dem Stress, den sie verursacht und dem ADHS wechselseitig aufschaukeln.

Autismusspektrumsstörungen (z. B. Asperger-Syndrom) kommen alleine und gemeinsam mit ADHS vor. Die große Reizoffenheit ist eine wesentliche Überschneidung mit ADHS.

Im letzten Vortrag des ersten Tages von unserem Mitglied und Therapeuten **David Lennep** ging es um „**Tipps und praktische Erfahrungen aus der ergotherapeutischen Arbeit mit ADHSlern**“. Er brachte Beispiele aus seinem Therapiekonzept, Kinder mit ADHS dabei zu unterstützen, sich selbst und ihr Handeln im Alltag zu strukturieren. Er machte deutlich, dass Ergotherapie nur als Ergänzung zur multimodalen Therapie bei ADHS eingesetzt werden kann und ohne aktives erzieherisches Handeln der Eltern wirkungslos ist.

Seinen Abschluss fand der Samstag im gemütlichen Abendessen und Erfahrungsaustausch.

Der Sonntag begann mit dem zweiten Vortrag von **Dr. Helga Simchen** mit dem Titel „**Frauen und Mütter mit ADHS**“.

Hyperaktive Powerfrauen füllen den Raum aus, sobald sie ihn betreten, wogegen die hypoaktiven langsam, vorsichtig und oft überangepasst sind. Besser sind die Ersteren dran, da ihre überschießende körperliche Bewegung in der Kindheit auch die Fähigkeit schnell und zielgerichtet zu denken, trainiert hat. Frauen mit ADHS haben oft besondere Fähigkeiten, trotzdem erreichen sie keine angemessene berufliche Position. Um sich zu aktivieren, brauchen sie täglich ein Ziel, einen Anfang (um sich JETZT aufraffen zu können), eine Struktur und sind dabei für ein Coaching durch den Partner oder eine Freundin dankbar. Viele Probleme der erwachsenen Frau hätten durch Diagnose und Behandlung in der Kindheit verhindert werden können. Dr. Simchen ist überzeugt, dass nur eine langfristig angelegte medikamen-

töse Therapie und eine konsequente Erziehung notwendige Verhaltensmuster und Denkstrukturen im Gehirn ablegen. Das Aussetzen der Medikamente am Wochenende oder in den Ferien gefährdet die notwendige Speicherung routinierter Handlungen und ist abzulehnen.

Zum Abschluss der Vorträge gab **Uwe Mühlig**, Gruppenleiter aus Krefeld, einen Rückblick auf ein Seminar zum Thema „**Soziale Integration**“, an dem er im April für die Landesgruppe teilgenommen hat.

Eingliederungshilfen gibt es für Menschen mit Behinderung oder die von Behinderung (auch sozialer) bedroht sind. Ein wichtiger Hinweis für alle Hilfesuchenden ist, sich professionelle Hilfe von spezialisierten Mitarbeitern (Sozialberatern), z. B. bei den Wohlfahrtsverbänden, zu holen. Das Beantragungswesen übertrifft wegen der Fülle von Gesetzen, Verordnungen und lokalen Besonderheiten die Möglichkeiten von Laien, auch in der Selbsthilfe. Ein guter Leitfaden ist die Jahrespublikation unseres Bundesverbandes „**ADHS und Recht**“. Berufsbildungswerke, die von der Arbeitsagentur bezahlte Berufsvorbereitungsmaßnahmen durchführen, verfügen häufig über pädagogisch geschulte Mitarbeiter, die sich um junge Menschen mit ADHS kümmern und über die notwendige Fachkompetenz verfügen.

Nach dem gemeinsamen Mittagessen standen die jährlichen Landesgruppenformalien wie Termine, Finanzen und die Wahl der Landesleitung auf dem Programm. Zuvor aber beschlossen die Anwesenden einstimmig einen Antrag an den Bundesvorstand, den (Internet-)Newsletter nur an Vereinsmitglieder zur Verfügung zu stellen. Außerdem sollten in unserer Mitgliederzeitschrift *neue AKZENTE* sprachlich und inhaltlich stärker die Belange von Lesern berücksichtigt werden, die keine wissenschaftliche Vorbildung haben.

Bei den Wahlen der Landesgruppenleitung wurden Herta Bürschgens als Vorsitzende und Brigitte Wolf als Stellvertreterin einstimmig für die nächsten drei Jahre bestätigt. Ebenfalls einstimmig wurde David Lennep als weiterer Stellvertreter in die Landesgruppenleitung gewählt.

Die Gruppe dankte Herta Bürschgens mit lang anhaltendem Applaus für ihre engagierte Arbeit und die gut gelungene Gruppenleiterschulung. Alle Teilnehmer fuhren mit vielen neuen Informationen und reichhaltigem Erfahrungsaustausch nach Hause.

Das nächste Treffen wurde auch schon vereinbart: Man sieht sich am 08./09. Juni 2013 in Münster wieder.

- Brigitte Wolf (Gütersloh), stellv. Landesgruppenleiterin
- Dr. Walter Beerwerth (Münster)

Landesgruppentreffen Niedersachsen/Bremen

Symposium der kurzen Wege lockt 200 Gäste nach Wolfsburg

Federführende Regionalgruppe Sassenburg bringt Absage einer Referentin nur kurz ins Schwitzen/Dr. Johannes Streif beweist Stärken im bühnenreifen Doppel-Einsatz.



Jugendgruppe des Wolfsburg-Symposiums

Viele norddeutsche Regionalgruppenleiter kamen im September in Wolfsburg zusammen, folgten damit dem Aufruf der seit zehn Jahren bestehenden Selbsthilfegruppe aus Sassenburg, die in diesem Jahr das Landesgruppentreffen für Niedersachsen und Bremen ausrichtete. Spätestens seit dem rundum gelungenen Symposium ist der Name des niedersächsischen Ortes, genauer gesagt einer Samtgemeinde, in ADHS-Kreisen ein Begriff geworden.

Egal, ob im hessischen Marburg, in der Hauptstadt Berlin oder im kurz vor der dänischen Grenze gelegenen Flensburg. Bei der Begrüßung stellte sich nämlich heraus, dass das Einzugsgebiet des Symposiums, welches alljährlich im September an einem anderen niedersächsischen Ort stattfindet, längst keine klassischen Ländergrenzen mehr kennt. Dieser Trend von vor zwei Jahren (Hankensbüttel/Lüneburger Heide) oder im vorigen Jahr in Osnabrück setzte sich jetzt in Wolfsburg nahtlos fort. Klar, dass die von Oberbürgermeister Klaus Mohrs entsandte Vertretung, die Wolfsburgener Bürgermeisterin Elke Braun, bei ihrer Eröffnungsrede die Stadt geschickt in den Mittelpunkt stellte. Auf eine charmante Art und Weise, die bei den Zuhörern gut ankam. „Sie haben Wolfsburg“, sagte sie, „ja bewusst gewählt, doch für alle Auswärtigen hier der Hinweis: Sassenburg liegt in unserem Nachbarkreis Gifhorn.“ In Sachen ADHS scheint die Region um Wolfsburg offensichtlich eine insgeheime Hochburg zu sein. Hankensbüttel, 2010 Gastgeber dieses norddeutschen Symposiums, liegt ebenfalls im Landkreis Gifhorn. Und bis in den anderen Nachbarkreis mit deren Stadt Helmstedt, wo einst die Fusion zweier Bundesverbände zum heutigen ADHS-Deutschland besiegelt wurde, ist es auch nur ein Katzensprung. Dort wird übrigens auch 2013 wieder das Landesgruppentreffen stattfinden. „Wolfsburg“,

betonte unterdessen Bürgermeisterin Braun, „hat mehr als Fußball und Autos zu bieten.“

Im Nichtschwimmerbecken nicht ins Schwimmen geraten...

Auf alle Fälle drum herum und mittendrin jede Menge Menschen, die anscheinend das Thema ADHS immer wieder beschäftigt. Tagtäglich sozusagen. Passend dazu auch der Symposiums-Titel. „Mit ADHS durchs Leben. JA, und wie!?“ machte das Symposium auf Flyern und Plakaten in der Region bereits seit Wochen auf sich aufmerksam. Auch die Bürgermeisterin griff den Slogan geschickt auf, ließ ihren Blick auf einen der Flyer schweifen und meinte: „Den Zuhörern wünsche ich, dass das Fragezeichen hinter dem ‚Wie‘ erfolgreich beantwortet werden kann.“ Brechend voll war zu diesem Zeitpunkt bereits der früher als Nichtschwimmerbecken genutzte Saal des kreativ zu einem der heute angesagten Kulturadressen Wolfsburgs umgebauten Hallenbades.

Viele erschienen bis wenige Minuten vor Beginn dreier angekündigter Vorträge des Symposiums. Die aus Norddeutschland angereisten Regionalgruppenleiter hatten derweil zu diesem eigentlichen Vortragsauftakt ihre erste Runde eines ganzen ADHS-Wochenendes längst hinter sich gebracht. Praktischerweise nur wenige Schritte entfernt, nämlich direkt auf der gegenüberliegenden Straßenseite in den Sitzungsräumen der Wolfsburger Jugendherberge. Sowohl Landesgruppenchefin Margit Tütje-Schlicker, die auch Gründerin und heute weiterhin Leiterin der SHG Sassenburg ist, als auch Hartmut Gartzke, 2011 in Berlin zum ersten Vorsitzenden des ADHS Deutschland gewählt, begrüßten hier viele der jetzigen Zuhörer im „Hallenbad-Kultur am Schachtweg“ schon ein erstes Mal. Mit gutem Grund übrigens in der Jugendherberge. Am Tag darauf sollten hier für die Regionalgruppenleiter Schulungen in drei zur Wahl stehenden Fortbildungen stattfinden. Außerdem fand parallel zur ersten Begrüßung der SHG-Profis in einem weiteren Jugendherbergsraum eine gut zweistündige ADHS-Jugendveranstaltung mit einem anschließenden gemeinsamen Mittagessen statt.

In Anlehnung an den Titel des Gesamtsymposiums hieß die ebenfalls gut besuchte jugendliche Gesprächsrunde schlichtweg „Eigene Stärken finden. JA, und wie!?“ Mit Frank Klaukien, der darüber hinaus auch zum sechsköpfigen harten Kern des diesjährigen Orga-Teams zählte, und Harry Guta konnten zwei wahre Köpfe verpflichtet werden, die schnell genau den richtigen Draht zur Jugend fanden. Beide haben unter anderem in ihren Berufen nämlich quasi tagtäglich mit Prävention und Gewaltberatung für Jugendliche zu tun. „Frank Klaukien und Harry Guta sind besonders auf uns persönlich eingegangen,“, betonte ein Jugendlicher

auf Nachfrage noch Tage nach dem Symposium, „also ich kenne jetzt nicht nur diese üblichen, allgemeinen Null-Acht-Fünfzehn-Stärken sondern eben ganz konkret meine wirklich eigenen Stärken.“



Margit Tütje-Schlicker und Dr. Fritz Jansen

Ganz sicher jedenfalls scheinen Frank Klaukien und Harry Guta bei einigen Jugendlichen das Interesse geweckt zu haben, mehr Hintergrundwissen über ADHS zu erfahren.

Den Weg zu dem einen oder anderen Nachmittagsvortrag fanden schließlich auch einige Jugendliche. Apropos Stärken: Kurz vor Beginn des ersten Vortrags fiel prompt aus dem Munde des ADHS-Deutschland-Vorsitzenden folgender prägnante Satz. „Bei unserem Thema ADHS“, so Hartmut Gartzke, „ist immer wieder wichtig, dass auch die Stärken des ADHS in den Vordergrund gestellt werden.“ Überall im Saal sah man bei diesen Worten vor allem gespitzte Jugend-Ohren. Als ersten Referenten bat dann Margit Tütje-Schlicker Dr. Fritz Jansen auf die Bühne. „Bedeutung des ADHS für den Lernerfolg – Positiv lernen“ lautete der Vortrag des Diplom-Psychologen und Lerntherapeuten für Verhaltenstherapie. Für Zuhörer mit bis dato eher weniger ADHS-Hintergrund schien es zunächst schwere Kost zu sein. Gebannt blieb der gesamte Saal jedoch bei der Sache. Automatisierung sei ein „unglaublich wichtiger Prozess“, wiederholte Dr. Jansen einige Male. „Ein Reiz“, sagte er, „muss immer mit dem gleichen Verhalten beantwortet werden.“ Immer tiefer in der Materie angekommen, wurden vor allem klassische Schulbücher, insbesondere am Beispiel mit simplen Rechenaufgaben, wie sie heutzutage landauf und landab immer noch in den Schulen zur Anwendung finden, regelrecht an den Pranger gestellt. „Erfolg macht Motivation“, sagte er kurz vor Ende seines Vortrags, „Ich verstehe nicht, warum das in der Schule heutzutage immer noch nicht verstanden wird.“

Eingesprungen

Während Margit Tütje-Schlicker den letzten Sätzen von Dr. Jansen selbst noch gespannt zuhörte und dann anschließend ein paar Fragen aus dem Publikum an den ersten Referenten des Tages moderierte, saß Dr. Streif noch regelrecht in die Tasten hauend vor seinem mitgebrachten Laptop. Pünktlich fertiggeworden versteht sich, was nicht

unbedingt als selbstverständlich zu betrachten war, aber zu allererst die Organisationschefin auf der Bühne tief durchatmen ließ. Margit Tütje-Schlicker wusste schließlich ganz genau, was Dr. Streif soeben an seinem Laptop und quasi unbemerkt unmittelbar neben seinen gleich gebannt auf ihn blickenden Zuhörern vollbracht hatte. Seinen eigenen Vortrag („Erfolgreich lernen und leben mit ADHS“), den kannte Dr. Streif natürlich so gut wie auswendig und der dürfte auf seinem Rechner wohl auch mehrfach abgespeichert gewesen sein. Was Dr. Streif soeben per Punktlandung fertiggebracht hatte, war ein weiterer Vortrag. Der beförderte ihn erstmals in seiner Laufbahn quasi zum Doppel-Referenten während nur eines Symposiums. Der Titel lautete „ADHS und Partnerschaft“ und sollte von der Aschaffenerin Dr. Astrid Neuy-Bartmann vortragen werden. Ein Bandscheibenvorfall tags zuvor ließ die Anreise der Referentin nach Wolfsburg aber kurzfristig platzen. Da so kurzfristig ein neuer Referent für Wolfsburg verständlicherweise nicht aufgetrieben werden konnte, richtete Margit Tütje-Schlicker ihre Bitte an Dr. Streif. Mit Erfolg. Dr. Streif und Dr. Neuy-Bartmann sind schließlich schon bei mehreren Symposiengemeinsamaufgetreten. Man kann lapidar fast sagen, der Diplom-Psychologe aus München und die Psychotherapeutin aus Aschaffenburg gehören ohnehin zum Inventar des ADHS Deutschland e. V..

Für den 1968 geborenen Dr. Streif, der seit 2011 Vizevorsitzender des ADHS Deutschland e. V. ist, war es eine regelrechte Herzensangelegenheit, den „Sassenburgern“ bei ihrem Wolfsburg-Symposium aus der Patsche zu helfen. Am Ende übrigens mit viel Humor sogar, der beim Publikum gut ankam. Wenngleich die angedeutete Dr. Neuy-Bartmann-Verkleidung des Dr. Streif nur in den ersten Minuten seines zweiten Vortrags getragen werden musste. Auf den Inhalt des Doppel-Referenten kam es stattdessen an, dass der wieder einmal überzeugte, dürfte klar gewesen sein. „Einstein“, so Dr. Streif, „ist bei uns der Inbegriff des zerstreuten Professors.“ Und der Referent aus München? Was für ein Inbegriff dieser offensichtlich niemals zerstreute Dr. Streif für den ADHS Deutschland e. V. ist, das wissen zumindest die langjährigen Mitglieder des ADHS Deutschland e. V. schon sehr lange. Und seit Wolfsburg/Sassenburg 2012 nun im doppelten Sinne noch vielmehr.

■ Frank Häusler

Ich bedanke mich bei „meinem“ Organisationsteam Freya Franke, Frank Häusler, Nicole und Frank Klaukien und meinem Mann Walter Schlicker für die fortwährende Unterstützung. Ein ganz großes Dankeschön auch an unsere Kinder (Jugendlichen, jungen Erwachsenen) für die spontane Bereitschaft, den Getränkeverkauf während des Symposiums zu übernehmen. Ich bin sehr froh, euch alle um mich zu haben.

Margit Tütje-Schlicker

Ferienfreizeit für Kinder mit AD(H)S

„Agilis“ Zeltlager in Bad Zwesten – Oberurff



Besuch des „Schneewittchendorfes“

Im August fand im Kellerwald das erste Freizeitcamp für aktive, abenteuerbegeisterte Kinder und Jugendliche statt. Die Kulisse der Freizeitanlage Oberurff bot hierfür ein attraktives Ambiente. Hier sollte nun die Idee umgesetzt werden, über Elternarbeit hinaus den Kindern als eigentliche „Hauptakteure“ die Möglichkeit zu geben, vorbehaltlos sieben Tage in freier Natur zu verbringen mit genügend Spaß, Sport und Spiel. Unter fachkundiger Betreuung gab es ein vielfältiges Programm.

Ein besonderes Augenmerk lag dabei darauf, verschiedenen Bereichen gerecht zu werden. So gab es Spiel und Bewegung ohne Grenzen, aber auch Sportaktivitäten, bei welchen man sich einbringen und ausprobieren konnte: letztendlich aber auch Lagerdienste und Gemeinschaftswettbewerbe, um dem Tag die nötige Struktur zu geben und Zusammenhalt attraktiv zu machen. Das Angebot reichte hier von interessant gestaltetem Frühsport, Schwimmen und Wandern bis zu Gruppenspielen und Mannschaftssportarten. Hier waren nicht nur Einsatz und Ausdauer, sondern auch Zusammenarbeit, gegenseitige Achtsamkeit und das Einhalten von Regeln gefragt. Am ersten Tag wurde ein Teil der Lagerbauten gemeinschaftlich errichtet. Abends ging es dann im Dunkeln – mit Taschenlampen versorgt – durch den Wald zur Ruine Löwenstein. Vorbei an alten Mauern, die steinerne Treppe hinauf auf den Turm. 83 Stufen mussten bewältigt werden, um einen ersten Blick über die Lichter der Kurstadt Bad Zwesten zu bekommen.

Der zweite Tag war tiergestützten Trainingsmethoden gewidmet. Nach entsprechender Einweisung in erforderliche Verhaltensweisen gegenüber den vierbeinigen Partnern, wurde in kleinen Gruppen sowohl in reittherapeutischen Ansätzen gearbeitet als auch Lektionen im Umgang mit dem Hund erlernt. Für manchen Teilnehmer war hier die

oft erste Reitstunde eine besondere Herausforderung. Wer schon etwas Geschick mitbrachte, konnte sich in einem Western-Trail versuchen oder an der Longe die verschiedenen Tempi ausprobieren. Auch an kleinen Zirkuslektionen konnte man sich versuchen. Trotz gut ausgebildeter Hunde war hier ein wenig mehr Eigeninitiative und Selbstorganisation der neuen Hundeführer gefragt und somit ein Vermitteln von Grundkenntnissen der Kommandoführung und Kommunikationsmöglichkeit, unumgänglich. Es galt einfache Übungen der Unterordnung und leichte Hindernisse aus den Bereichen Agility und Breitensport unter Anleitung zu bewältigen. Ein Dankeschön an die Hundeschule Limburg, die zur Unterstützung unserer eigenen Tiere noch ausgebildete Hunde mitbrachte und den weiten Weg der Anreise für die gute Sache in Kauf genommen hatte. Das Hauptaugenmerk in allen Trainingseinheiten lag hierbei auf Selbstkontrolle und dem Erlernen von Teamfähigkeit; Respekt gegenüber dem Tier und dem Entdecken und Einsetzen der eigenen Stärken. Auch unterwegs waren die Hunde stets mit dabei und auch unser Scheckpony „Sioux“ trug alle Kinder brav durch den Wald. Wer müde war, konnte in Indianermanier den Kellerwald erkunden. Auf der Rallye rund um Oberurff konnte man anhand von Fragen und Antworten Wissenswertes erfahren und die Umgebung kennen lernen, um sich notfalls gut zurechtzufinden.



Jugendgruppe beim täglichen Fitnesstraining

Eine interessante Attraktion bot die Freiwillige Feuerwehr Oberurff mit einer Gerätekunde und einer Übung der Jugendfeuerwehr. Nicht nur die „Profis“ sondern alle Kinder waren mit Eifer dabei, Brandbekämpfung zu üben. Hierzu gehörten Löschübungen auf Fallklappen, Ein- und Ausrollen von Schläuchen, das richtige Kommando an die Gruppe zur rechten Zeit. Mancher hatte Mühe dem enormen Wasserdruck die richtige Richtung zu geben, so dass

es nicht immer verhindert werden konnte, nass zu werden. Auch das Feuerwehrfahrzeug durfte inspiziert werden und der Versuch, die schwere Ausrüstung zu tragen, war für manchen eine Herausforderung. Den Anglern am See konnte man über die Schulter schauen und vieles über Köder, Ruten und Fische lernen. Auch einmal eine Angel auszuwerfen, durfte unter Aufsicht geübt werden. Tatsächlich konnten die engagierten Kinder zwei Fische angeln. Vielleicht hat der eine oder andere hier ein neues Hobby entdeckt. Für kreative Kinder gab es Workshops mit Bastel- und Malstunden, Kerzengießen und viele Möglichkeiten, sich verschiedene Andenken anzufertigen.



Begeisterte Jugendlichen beim Feuerwehrauto

Das Dorf Bergfreiheit lud ein zum Besuch des Kupferbergwerkes Bertsch mit einem Vortrag über die Geschichte des Bergbaus. Wir besuchten das Museum und die Edelsteinschleiferei.

Im Schneewittchenhaus durften Zwergenmützen anprobiert werden. Man konnte erleben, wie man früher lebte und woher das Märchen stammt. Das „Lagertagespiel“ sorgte am vorletzten Tag für Aufregung. Tagelang zuvor wurde daran geschrieben, eine Spielidee vor dem Hintergrund von Schneewittchen, böser Königin, Prinz und weiteren Darstellern zu Papier zu bringen. Edelsteine mussten erbeutet werden, um sie gegen Informationen zu tauschen. Natürlich waren auch Räuber unterwegs und der Förster verlangte hohen Wegezoll. Alle Betreuer waren in Märchenkostüme geschlüpft und hatten sich aus dem Lager geschlichen, um die Kinder im Wald zu überraschen. Wer Schneewittchen befreien konnte, erhielt Punkte für den Gemeinschaftswettbewerb. Hier war Teamarbeit gefordert, strategisches Denken und Einfallsreichtum. Abends traf man sich am Lagerfeuer bei Gitarren, Trommeln und Liedern. Das Buch „Behalte das Leben lieb“ diente als Vorlesegeschichte und weckte Spannung und Nachdenken, wie



Jugendliche beim Anbringen von Fahnen

ein erblindeter Junge sein Leben zu meistern lernt. Sehr begehrt waren die Nachtwachen und Wanderungen zu später Stunde. In alter Pfadfindermanier mussten hier Fahne, Glocke und Agilis-Maskottchen „bewacht“ werden. Zur Stärkung gab es extra Verpflegung vom Koch.

Die sogenannten „Überfälller“ – sehr geübt im leisen Durchqueren des Flusses und dem Anschleichen an das Lagerfeuer – brachten einen Hauch von Abenteuer. Ein Highlight des letzten Abends bot der Besuch der Sternwarte in Bad Zwesten. Hier gab es viel Interessantes über die Sterne und die Planeten zu erfahren, zu sehen, wie ein Teleskop funktioniert und unter freiem Himmel umzusetzen, was zuvor anschaulich erklärt wurde. Es galt unzählige Fragen über Mars, Venus oder Andromeda zu beantworten. Ein Vortrag, der von Seiten der Referenten für diesen Abend speziell für junge Zuhörer gestaltet wurde und trotzdem – oder gerade deshalb – viel Wissen vermittelte und reichlich Neugier weckte. Für „gute Stimmung“ während der Lagerzeit sorgte unser Koch Mathias und seine Helfer mit einem vielfältigen Speiseplan und attraktivem Nachttisch. Der letzte Tag endete mit einem Familienfest. Der inzwischen einstudierte Lagersong wurde zum Besten gegeben, Adressen ausgetauscht und Pläne für das nächste Jahr geschmiedet. Der weiteste Heimweg ging schließlich bis Bremen.

Ein Dankeschön an unsere ehrenamtlichen Helfer der ADHS Regionalgruppen Schlüchtern und Fritzlar-Kassel und an unsere Jugendzelleiter Marika, Sandra, Lennart und Constantin. Als Veranstalter freuen wir uns über den gelungenen Ablauf des Feriencamps und die positive Resonanz von Seiten der Kinder und Eltern.

Bis 2013 „Agilis Kellerwald Team“!

■ Astrid Bojko-Mühr, Mathias Mühr, Claudia Friebe, Gaby Domin, Nicola und Roland Bednarsch.

RG Hankensbüttel – Jahresbericht 2011

Die Regionalgruppe Hankensbüttel, genannt JoJo, hat seit einigen Jahren einen festen Stamm von sieben aktiven (weiblichen) Mitgliedern. Wir werden sowohl von unserer Kirchengemeinde als auch von unserer politischen Gemeinde unterstützt, indem wir einen Tagungsraum unentgeltlich nutzen dürfen. Die Presse berichtet wohlwollend von unseren Aktivitäten und die Krankenkassen versorgen uns mit den nötigen finanziellen Mitteln.

Wir sieben „unerschrockene Kämpferinnen“ stellen Jahr für Jahr ein Programm für monatliche Zusammenkünfte (Vorträge oder Gesprächsabende) auf. Bei unserer Arbeit finden wir bestätigt, was wir bei einer Bundesverband-Fortbildung lernen konnten: Es sind Freude und Freunde, die uns bei unseren Aktivitäten im Ehrenamt anspornen und motivieren.

Das Programm von 2011 spiegelt in gewisser Weise die verschiedenen Aspekte und Baustellen wider, die für ADHS-Betroffene und ihre Familien von Bedeutung sind. Dazu gehörten Themen wie Ergotherapie oder Winkelfehlsichtigkeit ebenso wie das Programm „Family im Takt“ oder Fragen rund um das Thema Versicherungsschutz für betroffene Kinder. Mit großem Einsatz von Bettina Dralle, die auch unsere Homepage pflegt, versuchen wir zum Beispiel Versicherungen für unsere ADHSler zu bekommen und auf Versicherungsgesellschaften einzuwirken.

In seinem Vortrag „ADHS – Die Einsamkeit in unserer Mitte“ ließ uns Dr. Karsten Dietrich im Januar 2011 einmal mehr an seinen Erkenntnissen und Erfahrungen aus seiner Arbeit als Kinder- und Jugendarzt teilhaben.

Bei den Gesprächsabenden hatten wir meist nur wenige Gäste, aber fast immer kam es zu sehr guten Gesprächen. Ein echtes Highlight war unser Symposium im August, das sich unter dem Titel „ADHS und Schule – hochexplosiv, hochinteressant!?“ vor allem an Erzieher und Lehrer richtete und zu dem wir drei namhafte Referenten begrüßen konnten. Dr. Kirsten Stollhoff, Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde am UKE in Hamburg verdeutlichte eindrücklich die Abwärtsspirale, in die Kinder mit ADHS in der Schule geraten können. Über Probleme, Möglichkeiten und Unterstützungsangebote im Zusammenhang mit der Umsetzung der Inklusion referierte Markus Börger, Förderschulrektor der Bodwede-Schule in Ebstorf. Hermann Städtler, Schulleiter und Leiter des Projektes „Bewegte, gesunde Schule Niedersachsen“, zeigte am Beispiel der Fridtjof-Nansen-Grundschule in Hannover eindrucksvoll, wie wichtig Rhythmisierung, Spielräume für Bewegung und Bewegungsräume im Schulalltag sind, um die Entwicklung, das Lernen und die Lernfreude aller Kinder, besonders aber

auch der ADHS-Kinder, zu fördern. Alle drei Referenten hatten viele hilfreiche Ansätze und Ideen im Gepäck, von denen die Zuhörer in hohem Maße profitieren konnten.

Auch unsere Selbsthilfegruppe stellte mit Bettina Dralle, Co-Leiterin und langjähriges Mitglied bei JoJo und Dagmar Fuchs-Pfeifer, Allgemeinmedizinerin in Hankensbüttel und mit der Situation vieler junger ADHSler vertraut, zwei Referentinnen für ein dreitägiges Symposium in der Evangelischen Akademie Loccum. In ihren Beiträgen ging es um das Leben mit ADHS und die daraus erwachsenden Herausforderungen für Individuum und Gesellschaft. Es war für beide eine ganz besondere Erfahrung, sich mit Vertretern von Politik und Krankenkassen auseinanderzusetzen und vor einem Publikum zu sprechen, das überwiegend aus Pädagogen bestand. „Auch wenn wir immer noch mit vielen Vorurteilen zu kämpfen hatten, stimmt es uns doch zuversichtlich zu sehen, wie ernst das Thema ADHS auch von Seiten der Krankenkassen und Politiker inzwischen genommen wird,“ so das Fazit von Dagmar Fuchs-Pfeifer.

Kurze Vorträge vor einem interessierten Publikum hielten Bettina Dralle, Dagmar Fuchs-Pfeifer und Uta Ringeling auch im Rahmen der Veranstaltung „Lange Nacht der Kirchen“ in der Klosterkirche Isenhagen in Hankensbüttel.

Unsere Homepage „www.jojo-adhs.de“ wird viel genutzt. Auch unser örtliches Notfalltelefon wird rege in Anspruch genommen.

Für unsere zukünftige Arbeit stellen wir uns eine stärkere Vernetzung mit benachbarten Selbsthilfegruppen und Einrichtungen vor. Die Tatsache, dass die Resonanz auf unsere Veranstaltungen oft nicht unseren Erwartungen entspricht, und der Wunsch nach einer besseren Nutzung der in unserer Region vorhandenen Ressourcen lassen eine stärkere Zusammenarbeit sehr sinnvoll erscheinen. Entsprechende Schritte haben wir bereits unternommen, z. B. durch Kontakte zu der Gruppe LEGI aus Uelzen, zu der Selbsthilfegruppe aus Sassenburg oder durch den Besuch eines von der AWO Gifhorn initiierten „Kennen-Lern-Treffens“ für Selbsthilfegruppen. Einer stärkeren Vernetzung diene auch die Teilnahme an Veranstaltungen des Kompetenznetzwerks Kindergesundheit für die Region Uelzen unter der Leitung von Dr. Swen Geerken, Chefarzt für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Uelzen.

Eine Abordnung unserer Selbsthilfegruppe folgte der Einladung zum Patiententag von ADHS Deutschland in Berlin im Mai. Von den Vorträgen und Workshops am Samstagnachmittag, vor allem aber von den Angeboten im Rahmen der internen Gruppenleiterschulung am Sonntagvormittag konn-

ten wir wertvolle Erkenntnisse mit nach Hause nehmen. Es ist guter Brauch bei JoJo, dass sich die aktiven Mitglieder zum Jahreswechsel zu einem gemütlichen Beisammensein treffen, um wichtige Ereignisse des abgelaufenen Jahres Revue passieren zu lassen und den Blick auf neue Ziele zu richten. Der Jahreswechsel 2011/2012 hatte für uns eine ganz besondere Bedeutung: Dr. Uta Ringeling, Mitbegründerin und langjährige Vorsitzende von JoJo übergab die Leitung der Gruppe an Dagmar Fuchs-Pfeifer.

Uta Ringeling leitete die Gruppe 17 Jahre lang mit großem Engagement und viel „Herzblut“. In einem kleinen Rückblick erinnerte sie an die schwierigen Anfänge. Im Jahr 1995 habe sie als Ärztin in unserem Dorf einen Einführungsvortrag zum Thema ADHS gehalten, der in der Presse mit einem langen, sehr wohlwollenden Artikel veröffentlicht wurde. In ihm wurde auch die Gründung einer Selbsthilfegruppe angekündigt. Danach sei es zu einer „Leserbrief-

schlacht“ gekommen, die die Gruppe bekannt und berüchtigt gemacht und ihr den Vorwurf eingebracht habe, Kinder mit der „Droge Ritalin“ zu vergiften. Dem Sturm der Ablehnung habe man sich seit damals mit immer wechselnder „Mannschaft“ ausgesetzt. „Der Sturm ebte ab,“ so Uta Ringeling, „manche steife Brise trifft uns auch jetzt noch. Aber heute gibt es auch manchen Lobessonnenschein“. Der Abend war geprägt von „weinenden und lachenden Augen“, Abschied und Neubeginn, Dankbarkeit und Wehmut, denn unter den Frauen sind echte Freundschaften entstanden.

Wir blicken dankbar auf ein gutes Jahr zurück und fühlen uns durch die erfolgreiche Arbeit angespornt, uns auch im vor uns liegenden Jahr 2012 mit Freude und Eifer für die ADHS-Sache zu engagieren.

■ Selbsthilfegruppe JoJo, Hankensbüttel

Jahresbericht 2011 der ADHS Elterngruppe RG Bruchsal/Hambrücken

Zu Beginn des neuen Jahres trafen wir uns am **11. Januar** zur gewohnten Zeit und am gleichen Ort wie im Vorjahr.

Nach den Feiertagen war der Bedarf an Gesprächen groß und so konnten wir zum Gruppentreffen 17 betroffene Eltern begrüßen. Des Weiteren haben wir im Januar einiges an Büroarbeiten zu erledigen. Die Abrechnungen für die Förderanträge musste gemacht werden und gleich wieder neue Fördergelder für unsere Projekte für das kommende Jahr gestellt werden.

Am **08. Februar** war bei uns **Dr. Johannes Streif** Gast der Elterngruppe. Er stellte sein Projekt die Jägerburg vor. Zu diesem Vortrag konnten wir 41 interessierte Personen, unter Ihnen Frau Bärbel Sonnenmoser (Landesgruppenleiterin BW), Ärzte und Ergotherapeuten und der größte Teil waren betroffene Eltern begrüßen. Es wurde ein interessanter Vortrag in dem er von seine Jägerlagern berichtet, vor allem was die Kinder dort erleben. **Das Jägerlager** richtet sich an Jungen und Mädchen im Alter von 8-14 Jahren sowie an die Eltern. Während einer Woche leben 12 Kinder mit fünf Betreuern in der „**Jägerburg**“ – ein Haus im Stil einer Jugendherberge. Die Jägerburg liegt mitten in der Natur und verfügt über die Infrastruktur für eine Vielzahl von Aktivitäten. Im Mittelpunkt steht dabei die Psychomotorik, d. h. ein strukturiertes und angeleitetes Bewegungsprogramm, das den Spaß am Bewegen mit dem Training der

Selbststeuerung verbindet. Darüber hinaus gibt's im Jägerlager aber auch Lernen und Spiele im Haus und im Freien, Wandern, Fahrradtouren und Exkursionen. Im Anschluss stand Dr. Streif noch für Fragen zur Verfügung und blieb bis zum Ende unseres Gruppentreffens gegen 22:30 Uhr.

Im Februar waren wir nun zur Standbetreuung auf der Ditacta. Dort haben wir sehr viel Interessantes gesehen und viele Eindrücke mit nach Hause genommen.

Im März waren wir bei der **Pädagogischen Soiree** zum **Thema ADHS** im Justus-Knecht-Gymnasium in Bruchsal eingeladen. Frau Dehoust ist Lehrerin am JKG und organisierte diese Soiree. Im Februar trafen sich zuerst einmal interessierte Lehrer vom JKG um einen ersten Einblick zum Thema ADHS zu bekommen. Nach dieser erste Soiree fanden die anwesenden Lehrkräfte es für sinnvoll, einen weiteren Abend gemeinsam mit den Eltern betroffener Kinder zu veranstalten. Dazu kamen dann am 2. März 12 Eltern, 12 Lehrerinnen, der Konrektor des JKG, die Referentin der ersten Soiree, die Schulsozialarbeiterin der Konrad-Adenauer-Schule und der Elternbeiratsvorsitzender und wir als betroffene Mütter und Leiterinnen der Selbsthilfegruppe. In einem zweieinhalbstündigen Gespräch tauschten die anwesenden ihre Erfahrungen aus und erstellten einen Leitfaden, der Lehrkräften den Umgang mit diesen Schüler/innen erleichtern soll.

Das Kinder mit ADHS sich nicht auf ihre Krankheit als Entschuldigung für ihr Fehlverhalten stützen dürfen, sie aber in ihrem Bemühen, sich in das System Schule einzufügen mit liebevoller Konsequenz unterstützt werden müssen, wurde schnell deutlich. Dass die anwesenden Eltern sich sehr intensiv um ihre Kinder bemühen und darunter leiden, wenn sie von Seiten der Schule oder auch der Gesellschaft unterstellt bekommen, sie hätten Ihre Kinder nicht gut erzogen, kam wiederholt zur Sprache. Auch Kinder erleben ihren Alltag oft als sehr frustrierend: „Ich muss so viel überlegen, was andere von mir denken“ zitierte eine Mutter ihren Sohn und machte deutlich, wie wichtig es ist, die jungen Menschen in ihrem Selbstwertgefühl zu unterstützen. Zum Abschluss dieses Abends stellten wir dann unserer ADHS-Elterngruppe vor.

Der Infotisch den wir aufgebaut hatten wurde gut angenommen und viele Eltern sowie Lehrerinnen haben sich dort Infomaterial mitgenommen.

Beim **Gruppentreffen am 15. März** hatten wir 22 betroffene Eltern zu Gast. Kurzfristig hatten wir uns gedacht nochmals das Thema „Soziale Rechte“ zu behandeln, weil wir seit dem letzten Vortrag zu dem Thema 2010 viele neue Eltern bekommen haben. Gegen 20 Uhr begannen wir mit einigen kurzen Infos. Im Anschluss erklärte Kirsten Riedelbauch den Anwesenden Eltern die Sozialen Rechte anhand von Beispielen zu folgenden Überbegriffen: Zuzahlungsgrenze, Fahrtkosten, Kur oder Reha-Anspruch, Schwerbehinderten Prozente und Pflegestufe. Alle anfallenden Fragen wurden beantwortet und dann hatten alle Zeit sich zu unterhalten, an den Infotischen oder in der Bücherei sich zu bedienen.

Im **April** hatten wir einige Termine. Gleich zu Beginn des Monats traf sich das ADHS Regionalteam nördlicher Landkreis Karlsruhe, bei dem wir als Selbsthilfegruppe eingetreten sind. Wir hatten uns an diesem Abend bereit erklärt unsere Arbeit, die Gruppe und auch den Verband vorzustellen.

Auf diesem Abend folgte am **15. April unser drittes Gruppentreffen** in diesem Jahr. Für diesen Abend konnten wir die **Lerntherapeutin Frau Frauke Schüler-Bredt** begrüßen, die einen Vortrag zum Thema „**Legasthenie**“ hielt. Vor 31 interessierten Eltern referierte Sie einen interessanten und witzigen Vortrag.

NEU!!! Seit diesem Treffen gibt es eine **Erwachsene-Gruppe**. Es haben sich Jens Leibig und seine Frau Judith bereit erklärt diese zu leiten. Schon einige Male wurden wir darauf angesprochen, ob wir auch eine Erwachsenen-Gruppe haben, der Bedarf hat sich in den letzten Monaten gezeigt. Nun werden wir soweit wie möglich die Gruppenleiter der ADHS Erwachsenen-Gruppe unterstützen.

Des Weiteren haben wir uns im April wieder zu einem Frühstückstermin getroffen, der sehr gut angenommen wurde.

Am **17. Mai 2011** fanden sich 17 betroffene Eltern zum Gruppentreffen ein. Nach einigen Infos zwecks Frühstückstermin und Picknick mit Kindern wurden viele Gespräche geführt. Durch die Förderung der Krankenkassen, konnten wir zu diesem Termin zwei neue Bücher in die Bücherei aufnehmen, die auch sofort ausgeliehen wurden.

Im Mai fuhren wir zu der **Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e. V.** und zum **Patiententag der Berliner Charité nach Berlin**. An zwei Tagen haben wir viele interessante Gespräche geführt, Kontakte geknüpft und uns die neuesten Entwicklungen und Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der ADHS angehört.

Im **Juni** fand dann zum ersten Mal ein Frühstückstermin in den Ferien statt. Am 15. Juni trafen wir uns mit Kindern zum Frühstück beim Globus. Die Kinder haben sich auf Anhieb verstanden und nach dem Frühstück sind sie losgezogen um den Einkaufsmarkt unsicher zu machen. So hatten wir Eltern Zeit zum Reden und in Ruhe zu frühstücken.

Die **Lerntherapeutin Frau Frauke Schüler-Bredt** hielt am 28. Juni 2011 im Rahmen des Gruppentreffens einen Vortrag zum Thema „**Dyskalkulie**“. 24 Betroffene Eltern und Interessierte haben sich dazu bei uns eingefunden.

Eine Rechenstörung (Fremdwort Dyskalkulie) bezeichnen Schwierigkeiten beim Erlernen grundlegender mathematischen Kompetenzen. Kinder, die darunter leiden, haben oft keine konkrete Vorstellung von Mengen und können Rechenoperationen nicht nachvollziehen. Sie sehen keine Zusammenhänge zwischen alltäglichen Geschehnissen und mathematischen Begrifflichkeiten. Eine solche Rechenstörung kann jederzeit auftreten, muss aber spätestens in der sechsten Klasse diagnostiziert werden. Die Probleme, die ein Kind mit dem Rechnen entwickelt, sind dabei individuell sehr unterschiedlich. Frau Schüler-Bredt stand nach Ihrem unterhaltsamen Vortrag noch für Fragen zur Verfügung. Im Anschluss war noch genügend Zeit sich untereinander auszutauschen und sich an den Infotischen oder der Bücherei zu informieren.

Neben den Gruppentreffen und dem Frühstückstermin haben wir unsere Gruppe bei der Lebenshilfe in Bruchsal vorgestellt und einige Hausbesuche bei betroffenen Eltern gemacht.

Anfang Juli haben wir an einem **Treffen des ADHS Regionalteam des nördlichen Landkreises** teilgenommen. **Am 16. Juli** führten wir das **erste Picknick der ADHS Elterngruppe** am Kreuzbergsee in Tiefenbach durch. Daran haben viele Familien mit Kindern aus unserer Gruppe teilgenommen. Bei herrlichem Wetter genossen wir die Zeit zusammen und es war auch mal schön, die Gesichter zu den Geschichten zu sehen zu bekommen. Das Picknick war ein voller Erfolg und wir werden es wohl auch im kommenden Jahr wieder mit in die Jahresplanung mit aufnehmen. Kurz vor Ferienbeginn fand dann unser Julitreffen der Elterngruppe statt. Am **26. Juli 2011** hielt der Bruchsaler

Kinderarzt Dr. Bernhard Zehe auf unseren Wunsch hin den Vortrag zum Thema „**Diagnostik bei ADHS**“. Wie erwartet haben wir an diesem Abend unseren Zuschauerrekord. 50 betroffene Eltern und Zuhörer haben sich bei uns eingefunden und lauschten Dr. Zehe bei seinen Ausführungen zu. Im Anschluss lobte er nochmals unserer Arbeit die wir leisten und brachte zum Ausdruck wie sehr er es Ihnen gefreut hat, bei uns in der Gruppe sein zu dürfen.

Da an diesem Abend viele neue Eltern da waren, haben wir uns im Anschluss aufgeteilt. Kirsten übernahm die Aufklärung und Informationsgespräche mit den Neuen und ich kümmerte mich um die „Alten“.

Da wir im November unseren ersten größeren Vortrag außerhalb unserer Gruppentreffen haben, besichtigten wir den dafür vorgesehenen Veranstaltungsort und informierten uns über Leistung und Angebot. Für den Vortrag entwarfen wir ein Plakat, Flyer und Eintrittskarten. Diese ließen wir dann nachdem die Verträge unterzeichnet waren von einer Ortsansässigen Druckerei drucken.

Im **August** haben wir uns gedacht mal einen Frühstückstermin an zu setzen, wo auch die Möglichkeit bestand die Kinder mitzubringen. Am 16. August trafen sich 15 Kinder mit den dazugehörenden Mütter zum Frühstück beim Globus. Die Kinder nutzten sogleich das vorhandene Angebot durch einen Elektromarkt und dem großen Einkaufszentrum zu erkunden. So hatten die Mütter Zeit sich zu unterhalten. Es war ein sehr schöner Vormittag und auch die Kinder haben sich alle sehr gut untereinander verstanden.

Im September starteten wir gleich nach den Sommerferien mit einem Gruppentreffen. Am **20. September** trafen sich bei uns 27 betroffene Eltern zum Austausch untereinander. Dieses Mal konnten wir vier neue Eltern begrüßen. Dadurch das wir keinen Vortrag an diesem Abend hatten war ausreichend Zeit für Gespräche und Informationen. Unsere Bücherei wurde auch an diesem Abend sehr gut angenommen.

Am **24. und 25. September** nahmen wir an der **Mitglieder-versammlung der Landesgruppe Baden-Württemberg und Hessen in der Caritas-Klinik auf dem Feldberg**. Da an diesem Wochenende der Papst in Freiburg war, sind wir erst am Samstagmorgen angereist.

Begrüßt wurden wir um 10.30 Uhr von Hr. Wankelmuth dem Geschäftsführer des Caritas-Hauses, Feldberg. Kurz stellte er das Programm der Reha-Einrichtung vor. Nach seiner kurzen Ausführung wie die Klinik entstand überreichten ihm Bärbel Sonnenmoser und Uwe Metz vom ADHS Deutschland e. V. die Kompetenzauszeichnung für das ITZ Caritas-Haus Feldberg.

Erster Tagespunkt war die Wahl des Vorstandes. Im Anschluss wurde der Kassenbericht vorgelegt und die Planungen für das neue Jahr besprochen. Nach dem Mittagessen standen die Vorträge auf dem Programm. Da hörten wir zu

einem Frau Dipl. Psych. Anke Schäfer zum Thema ADHS und Pubertät und dann folgte die Psychologin Frau Dr. Amrei Pohl mit dem Vortrag ADHS und Eltern-Kind-Bindung. Frau Sadohara-Bannwarth vom Universitätsklinikum Freiburg Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Ambulanz für ADHS im Erwachsenenalter, stellte die Evaluationsstudie der Selbsthilfe bei Erwachsenen mit ADHS vor die sie durchführen möchte und uns bittet es an unsere Mitglieder weiterzugeben um genügend Informationen sammeln zu können. Zum Abendessen mit anschließendem fröhlichen Beisammensein, machten wir einen Ausflug zum Raimartihof am Feldsee.

Der zweite Tag begann mit einer Andacht die Uwe Metz in der Klinikkapelle hielt. Natürlich war es keine normale Andacht, dass ließ sich aus dem Titel „Petrus hatte ADHS“ schon erahnen. Alle die dort gewesen sind waren begeistert. Um 9:30 Uhr hielten Kirsten und ich (Sabine) unseren Workshop für Regionalgruppenleiter. Andere Workshops waren noch ADHS und Sport von Amrei Pohl und ADHS und Lernen von Günther Sander. Um 11 Uhr trafen diejenigen die sich dafür interessierten noch zur Klinikführung mit Herrn Wankelmuth. Danach konnten wir die Heimreise wieder antreten.

Am **27. September** nahmen wir am ADHS Regionalteamtreffen im Autismus-Zentrum in Bruchsal teil. Dort erhielten wir viele Informationen zu Autismus. Die Führung durchs Autismus-Zentrum war sehr interessant und hat uns das immer wiederfindende Raumkonzept erklärt.

Außer diesen Terminen haben wir im September sehr viel Werbung für unseren Vortrag im Bürgerzentrum in Bruchsal gemacht. Angefangen vom Verteilen von Plakaten, Flyern, bis hin zum Veröffentlichenden von Ankündigungen bezüglich des Vortrages.

Im **Oktober** besuchten wir den **15. ADHS Kongress in Sindelfingen**. Veranstaltet wurde dieser wieder von der VHS Böblingen-Sindelfingen. Das Programm das relativ kurzfristig auf die Beine gestellt wurde konnte sich sehen lassen.

So konnten wir nach der Begrüßung durch Staatssekretär Dr. Frank Mentrup MdL folgende Vorträge hören:

- Prof. Dr. med. Ludger Tebartz van Elst von der Universitätsklinik Freiburg zum Thema ADHS des Erwachsenenalters – medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung – Die neue Zulassung von ADHS-Medikamenten für Erwachsene.
- Herrn Prof. Dr. med. Michael Rösler vom Institut für Forensische Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes in Homburg beschäftigte sich mit den „Neuen Aspekten der Diagnostik der ADHS bei Erwachsenen“.

- Frau PD Dr. Dipl. Psych. Ute Strehl von der Universität Tübingen behandelte in Ihrem Vortrag das Thema „Neurofeedback als Form der Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS?“
- Dr. med. Gottfried Maria Barth M. A. aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Tübingen referierte zum Thema „ADHS und Spielsucht im Internet und am Computer“.

Ein ausführlicher Bericht zu diesem Kongress stand in der neue AKZENTE Nr.90 3/2011.

Unser **Oktobertreffen fand am 18.** statt. An diesem Gruppentreffen hatten wir den Kinder- und Jugendpsychiater **Dr. Herman Kivelitz** aus Ettlingen bei uns in der Gruppe zu Gast. Er hielt einen Vortrag zum Thema „**Pubertät bei ADHS- Kindern**“. 46 zumeist betroffene Eltern hörten Dr. Kivelitz bei seinen Ausführungen interessiert zu. Im ersten Teil referierte er über die Ursachen von ADHS. Was ist ADHS? Sehr fachlich bezogen erklärte er die Vorgänge im Gehirn. Im zweiten Teil seines Vortrages beschäftigte sich mit der Symptomatik speziell im Jugendalter. Alle anfallenden Fragen zum ADHS beantwortete Dr. Kivelitz im Anschluss. Im Anschluss war noch genügend Zeit um sich untereinander auszutauschen, in der Bücherei oder an den Infotischen fündig zu werden.

Zum ersten Mal nahmen wir im **November** bei der Regionalgruppenleiter-Schulung in Hirschaid teil. Wir haben sehr vielen nette Gespräche führen können, Kontakte knüpfen und wichtige Informationen erhalten.

Am **15. November** waren 15 Eltern bei unserem Gruppentreffen. Bei diesem Treffen machten wir das erste Mal zur Probe Tischgruppen in Altersstufen unterteilt. Wir wollten mal ausprobieren wie das aufgenommen wird. Die Resonanz war durchwegs positiv. Am **19. November** nahmen wir am **1. Bruchsaler Bildungsforum** mit dem Motto „Starke Gemeinschaft, Starke Kinder“ teil.

Am 25. November besuchten wir eine Veranstaltung des Selbsthilfereins SeHT e. V. in Heidelberg. Anlass war eine Einladung an uns, die wir bekommen haben anlässlich des 10jährigen Bestehens dieses Vereins. Nach einem Sekt Empfang begann der offizielle Teil der Veranstaltung mit der Begrüßung durch den Vorstand. Hauptteil war der Vortrag von Frau Cordula Neuhaus zum Thema „Anders Denken Handeln Sein“.

Am **30. November** hatten wir als Veranstalter unseren ersten großen Vortrag im Bürgerzentrum Bruchsal. Mit Hilfe unserer Gruppenmitgliedern die sich bereit erklärt hatten uns zu helfen, haben wir diesen Abend sehr gut gemeistert. Um 20 Uhr hielt Frau **Dr. Esther Sobanski** vom ZI Mannheim ihren Vortrag zum Thema „**ADHS im Erwachsenenalter – Ein Überblick**“. Wir konnten zu diesem Vortrag 150 Zuhörer begrüßen. Viele nutzten im Anschluss an den Vortrag noch die Möglichkeit sich am Infostand des ADHS Deutschland e. V. zu informieren und Gespräche mit den Gruppenleitern der Erwachsenengruppe sowie mit der Elterngruppe zu führen.

Im November hatten wir auch sehr viel Büroarbeit zu erledigen. Briefe, E-Mails und Rundschreiben, Artikel und Anzeigen mussten verfasst und verschickt werden. Kirsten führte ein Interview mit einer Zeitung zwecks ADHS im Kindesalter.

Zum Ende des Jahres trafen wir uns am **3. Dezember** im Restaurant „Ho´s Garden“ in Kronau zur **Weihnachtsfeier** der Elterngruppe. Wir waren insgesamt 19 Eltern und zwei Kinder die sich um 19:30 Uhr zum Essen trafen. Jede anwesende Familie erhielt von uns ein kleines Weihnachtsgeschenk. Es gab viele Gespräche und es wurde sehr viel gelacht. Um 23:25 Uhr haben wir als letztes das Lokal verlassen.

Das letzte Gruppentreffen in diesem Jahr fand am 13. Dezember statt. Wir wären insgesamt 18 betroffene Eltern, davon drei neue, die sich zu diesem Treffen eingefunden haben. Kirsten verteilte zu Beginn des Treffens an die Helfer die uns beim Vortrag von Frau Dr. Sobanski geholfen haben eine kleine Aufmerksamkeit von uns. Im Anschluss haben alle den neuen Jahresplan für 2012 bekommen. Da wir ein etwas kleiner Kreis waren, machten wir eine Vorstellungsrunde, aus der heraus schon viele Gespräche entstanden. Um 22.30 Uhr war ein schönes, ruhiges letztes Gruppentreffen vorüber.

Im Dezember mussten dann die Belege für die Förderträge an die Krankenkassen geschickt werden und die Abrechnung für die Pauschalförderung gemacht werden. Wir haben den Jahresplan für 2012 erstellt sowie eine Kostenkalkulation für 2012.

■ Sabine Kolb/Kirsten Riedelbauch
www.adhs-elterngruppe-hambroecken.simigos.com

Karsten Dietrich

„Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom: ADHS – die Einsamkeit in unserer Mitte“

Der Autor hat ein spannendes Buch über ADHS geschrieben und eine Theorie aufgestellt, die die Symptomatik der ADHS erklärbar macht, und diese wissenschaftlich fundiert untermauert.

Die bekannte Symptomatik der ADHS ist eine mangelnde Hemmung und eine Einschränkung in der Handlungsausführung. Der Autor führt das darauf zurück, dass ADHS-Betroffene ihre Umwelt feindlicher wahrnehmen und sie sich ständig angegriffen fühlen. Auch das sogenannte Hyperarousal (Überwachheit), ein übersteigertes Autonomiestreben, ein ständiges Opponieren gegen Autoritäten, erklärt er mit der Theorie der fehlangepassten Sicherungsfunktion. Danach haben ADHS-Betroffene eine erhöhte Angriffswahrnehmung, gegen die sie sich ständig verteidigen müssen.

ADHSler sind sozusagen ständig in einer Art Verteidigungsmodus und reagieren aus diesem Modus heraus. Sie sind sehr schnell verunsichert, geraten dadurch schnell in Stress und sie wittern überall Gefahr und Angriff.

Dieser Verteidigungsmodus führt zu verschiedenen Reaktionen, nämlich zu einer übersteigerten Angriffswahrnehmung und zu einem übersteigerten Autonomiebedürfnis. – Daraus resultieren Kritikunfähigkeit, Schuldzuweisungen an andere, sowie eine übertriebene Wahrnehmung der eigenen Abwertung durch andere. So fühlen sich ADHSler schnell gekränkt, ungerecht behandelt oder von anderen entwertet und verhalten sich dementsprechend.

Der Autor beschäftigt sich ausführlich mit dem Sicherheitssinn und den Sicherheitssystemen, die jeder Mensch hat, um auf Gefahren zu reagieren. Wissenschaftlich belegt gibt es drei aus der Entwicklungsgeschichte der Menschen nachweisbare Sicherheitssysteme:

Das älteste Sicherheitssystem ist das Mittelhirn-Sicherungssystem: MSS, mit Sitz in der zentralen Amygdala, dem periaquäduktalen Grau, und es bestimmt das Neugeborene. Das limbische Sicherheitssystem: LSS, mit Sitz im präfrontalen Cortex, der lateralen Amygdala, dem Hippocampus und dem Cingulum, löst das MSS ab und bestimmt das Verhalten des Kindes bis ins Schulalter.

Dann entwickelt sich das frontale Sicherungssystem: FSS, mit Sitz im orbitofrontalen Cortex, dem ventromedialen präfrontalen Cortex. Dieses Sicherungssystem ist das erwachsene System, das Kulturleistung und Bedürfnisaufschub zulässt und das der Mensch in unserer heutigen Zivilisation benötigt. Der Autor nennt das Kulturmodus. Normalerweise reagiert also der Erwachsene aus dem frontalen Sicherheitssystem heraus und nur bei

Karsten Dietrich:
**„Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom:
ADHS – die Einsamkeit in unserer Mitte“**
ISBN: 978-3794526536
Verlag: Schattauer, 2010
Preis: 34,95 €



Gefahr schaltet das Gehirn auf die früheren Sicherheitssysteme um. Impulsive Hirnreaktionen und Reflexe sind besonders geeignet, um einer nicht kulturellen Gefahr zu begegnen, denn nicht prozesskontrollierte Steuerung und Reflexsteuerung müssen in Gefahren uneingeschränkt funktionieren.

Kulturbefähigung ordnet sich dann der primären Hirnaktivitätsform unter, solange eine Gefahrensituation dies erfordert. Das kann man regelmäßig in Kriegssituationen beobachten. Das Umschalten auf die Reflexe und das limbische System ist somit ein Notfallprogramm und ein Überlebensvorteil.

Je stärker nun die ADHS ausgeprägt ist, desto schneller erfolgt eine Umschaltung aufs limbische System und desto schneller werden Informationen als drohende Gefahr interpretiert. Der ADHSler befindet sich unbewusst in größter Unsicherheit und daraus resultiert seine Fehlanpassung. Der Sicherheitssinn der ADHSler steuert nun aber schon bei der geringsten Wahrnehmung von Unsicherheit um und reagiert impulsiv und reflexartig, als ob eine Gefahrenbewältigung notwendig wäre. Viel zu schnell wird Gefahr interpretiert, was einen Verlust der Kulturbefähigung nach sich zieht und sehr primitive Abwehrstrategien in Gang setzt. Ein Mensch, der durch den Sicherheitssinn eine Einschränkung seiner Kulturbefähigung erfährt, zeigt die Symptome der ADHS.

In Gefahren erfolgt dann eine Rückverlagerung des Entscheidungszentrums in primitivere Hirnregionen. Dieser Prozess wird Posterisierung genannt. Ist die Gefahr vorbei, erfolgt wieder eine Refrontalisierung und das Individuum ist wieder in der Lage, Kulturleistungen zu erbringen. ADHSler sehen sich dauernd unsicher wahrgenommenen Lebensumständen ausgesetzt und dies verschlechtert ihr zentrales Sicherheitssystem, welches posterisiert bleibt (und damit auf einer niedrigeren Stufe). Es erfolgt in diesem Fall dann keine Entspannung und es tritt keine empfundene Sicherheit auf.

Die Posterisierung wird dabei nicht bewusst wahrgenommen, es sei denn, sie erfolgt schnell.

Sie schränkt Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten der Betroffenen stark ein. Es gibt nun auch einen zentralen Sicherheitsregler. Dieser ist bei ADHS dahingehend verschoben, dass er schneller und ausgeprägter in primitive Sicherheitsmodi schaltet. Hieraus resultieren unüberlegte Aggressionen statt abgewogene Reaktionen.

Der zentrale Sicherheitsregler ist dabei bei ADHS generell zu weit nach hinten eingestellt. Je weiter posterisiert wird, desto größer wird die Gefahrenenerwartung. Im Sicherheits-sinn gibt es keinen Zwang zur Kultur, sondern nur einen Zwang zur Rettung. Posterisierung ist sehr viel schneller als Refrontalisierung, Posterisierung verhindert außerdem Verbalisierung und Auseinandersetzung, weil es sich um eine primitive Flucht- und Rettungsreaktion handelt.

Neurophysiologisch handelt es sich hier bei der Frontalisierung um eine Öffnung der frontolimbischen Verbindung, worüber das Frontalhirn seine Kontrolle ausübt. In diesem Modus kann das Gehirn die Exekutivfunktion ausführen und diese ermöglicht auch, unliebsame Tätigkeiten zu verrichten und Einsicht in höhere Notwendigkeiten zu haben. Mit dieser Funktion der intakten frontolimbischen Verbindung kann der gesunde Mensch seine innere Emotionslage den Notwendigkeiten seiner übergeordneten Ziele folgend so gestalten, dass er seinen Willen gegen sich selbst richten kann. Bei ADHS bestimmen die Emotionen das Individuum. Eine genetisch zu hohe Grundempfindlichkeit des Sicherheitssinns und viele Unsicherheitswahrnehmungen führen

dazu, dass bis zum siebten Lebensjahr des ADHS-Betroffenen eine Dauerposterisierung und eine verzögerte Refrontalisierung bestehen. Interessanterweise kann Methylphenidat die frontolimbische Verbindung regulieren und damit eine Refrontalisierung einleiten.

Durch die Posterisierung dagegen verliert das Individuum die Fähigkeit genau zu analysieren. Die Energie ist erheblich, die für die Abwendung der vermeintlichen Gefährdung aufgewendet werden muss. Kritik wird regelmäßig als Vorwurf interpretiert, Kränkungen werden subjektiv als intensiv erlebt. Die hohe Emotionalität einer intensiven Beziehung führt zu einer weiteren Steigerung der Angriffsempfindlichkeit und Kinder erleben sämtliche Einflussnahme der Erziehenden als Angriff.

Diese Theorie der veränderten Sicherheitswahrnehmung finde ich sehr spannend, weil sie die bei ADHS so typische Dünnhäutigkeit, die Daueranspannung und motorische Unruhe sowie die Impulsivität erklärt und auch die typische Eigenschaft der hyperaktiven ADHSler, dass diese bei Unterschreiten der Fluchtdistanz sehr aggressiv werden können. Ein sehr lesenswertes Buch, wenn man sich in die komplexen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse einarbeiten möchte. Der sehr gute Titel des Buches hat allerdings keinen zentralen Stellenwert und die Einsamkeit wird nur am Rande oder indirekt dargestellt.

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

Katja Heinrich, Jörg Letzel (Hrsg.) „ADHS? – Ein Buch von Kindern“

„Bei dem Thema ADHS sind es meist die Fachleute, die über die Betroffenen sprechen und weniger mit den Betroffenen“, schrieb Dr. Myriam Menter 2007. In den letzten fünf Jahren hat sich daran noch nicht viel geändert.

Es ist bekanntermaßen leichter, sich über den Dingen zu bewegen, als mit ihnen. Das Buch von Katja Heinrich und Jörg Letzel setzt hier einen anderen, notwendigen Akzent: Sie lassen betroffene Kinder selbst sprechen. Die beiden Pädagogen arbeiten mit ADHS-Schülern zusammen.

Die Frage, die das Buch stellt, lautet: „(w)ie ... stellt sich diese Krankheit aus Sicht der Betroffenen dar? Wie manifestiert sie sich im alltäglichen Leben, jenseits medizinischer Definitionen und Fachtermini?“ (aus dem Klappentext). Neun Jungen im Alter von elf Jahren schreiben, wie sie sich und ihre Mitschüler erleben, was sie gerne tun und was ihnen schwer fällt. Die Berichte, die die beiden Herausgeber zusammengefasst haben, haben mich durch ihre Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit beeindruckt.

Katja Heinrich, Jörg Letzel (Hrsg.)
ADHS? – Ein Buch von Kindern
ISBN: 978-3861898399
Verlag: Militzke Verlag GmbH,
Leipzig 2011
Preis: 10,00 €



Heinrich und Letzel kommentieren und erklären nichts. Sie lassen nur die Kinder sprechen. Zeichnungen der Jungen und Abbildungen der Originalhandschriften illustrieren ihre Berichte.

Ich habe das Buch in einem Rutsch durchgelesen. Besonders hat mich die unprätentiöse Weise beeindruckt, mit der sie sich selbst und andere sehen. Für jeden, der wissen will, wie ADHS-betroffene Kinder ticken, ist dieses Buch eine Bereicherung. Für Lehrer und pädagogische Fachbibliotheken halte ich „ADHS? – Ein Buch von Kindern“ für ein Muss.

■ Uwe Metz

Claus Jacobs / Franz Petermann

„Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen – Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER“

Dieses Buch bietet Therapeuten ein komplettes Aufmerksamkeits-Trainingsprogramm für kleine Gruppen von Kindern und Jugendlichen ab der zweiten Schulklasse bis zum Alter von ca. 14 Jahren.

Die wissenschaftlichen Grundlagen des Trainings basieren auf der Neuropsychologie, der Verhaltenspsychologie und der Entwicklungspsychologie. Obwohl es bereits ein therapeutisches Fachwissen voraussetzt, beginnen die Autoren mit einer kurzen Einführung in die verschiedenen Arten der Aufmerksamkeit, ihrer Störungen, möglicher Ursachen und deren Diagnostik.

Das eigentliche Trainingsprogramm besteht aus 15 jeweils 60-minütigen Sitzungen mit den Kindern und – darin unterscheidet es sich von der ersten Auflage – fünf 100-minütigen Sitzungen mit den Eltern, um den Transfer in den familiären Alltag der Kinder zu verbessern. Diese Eltern-Sitzungen sind ebenfalls sehr gut strukturiert und verbinden Inhalte eines Elterntrainings mit denen einer Gruppentherapie für Erwachsene.

Jede Sitzung mit den Kindern bietet den Rahmen für drei bis vier spielerische Aufgaben, die in kleinen Teams zu lösen sind. Als roter Faden, Motivations- und Identifikationsfigur dient der Drache Taifun, um den sich viele der Aufgaben drehen.

Der Zielgruppe angemessen ist eine starke Struktur vorhanden: Es gibt klare Regeln, klare Zeiten, klar verteilte Verantwortung und ein recht komplexes Belohnungssystem (Response-Cost-Token-System).

Dem Leser werden auf einer beiliegenden DVD Druck- und Kopiervorlagen für alle Aufgaben, Spiele, das Belohnungssystem, Informationsmaterial für die Eltern und Evaluationsbögen als PDF-Dateien sowie zahlreiche Tonaufnahmen für die Aufgaben als MP3-Dateien mitgeliefert.

Als besonders wirksam gilt das Training bei Patienten, denen die fokussierte Aufmerksamkeit und die geteilte

Jacobs/Petermann:

„Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen – Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER“

ISBN: 978-3-8017-2061-2

Verlag: Hogrefe, 2. überarb. Aufl. 2007

Preis: 59,95 €



Aufmerksamkeit aufgrund einer Inhibitionsstörung besonders schwer fällt. Dabei ist mit fokussierter Aufmerksamkeit die Fähigkeit gemeint, sich z. B. bei Hausaufgaben nicht ablenken zu lassen. Als geteilte Aufmerksamkeit wird dagegen bezeichnet, wenn man sich gleichzeitig auf zwei Vorgänge konzentrieren muss, z. B. gleichzeitig etwas von der Tafel abschreiben und den Erklärungen eines Lehrers folgen. Eine Inhibitionsstörung ist schließlich eine hirnorganische Störung (ganz genau: fronto-striato-pallido-thalamische Dysfunktion), die neben der Aufmerksamkeitsleistung auch die Impuls- und Bewegungskontrolle beeinträchtigt und dadurch bei starker Ausprägung als Ursache für das AD(H)S gilt.

Kinder, deren Probleme vor allem bei den Aufmerksamkeitsformen Alertness (Aufmerksamkeit für Impulse von außen) und Daueraufmerksamkeit bestehen, profitieren weniger von dem Programm. Auch bei Kindern, deren Aufmerksamkeit nicht aufgrund der hirnorganischen Störung beeinträchtigt ist, sondern aufgrund von Lernprozessen (z. B. der subjektiven Erfahrung, dass der Unterricht ohne Aufmerksamkeitsanstrengung angenehmer zu verbringen ist) lediglich nicht die erforderliche Anstrengung aufgebracht wird, kann kein voller Trainingseffekt erwartet werden.

Mir hat das Trainingsprogramm sehr gut gefallen. Es bietet eine detaillierte Anleitung für den Therapeuten, ist sehr übersichtlich aufbereitet und stellt kindgerechte, aufeinander aufbauende Aufgaben zur Verfügung, von denen viele so viel Spaß machen dürften, dass sie sich sogar für einen Kindergeburtstag eignen!

■ Patrik Boerner

Gerhard Spitzer

„Warum zappelt Philipp?“

Zappeln macht einen schlanken Fuß

Der Philipp kann nichts dafür. Das weiß der Philipp nicht immer. Im Fall des Zappelphilipps, der zum Sinnbild unruhiger Kinder wurde, können der Autor des „Struwwelpeter“, der Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann, und sein damals dreijähriger Sohn Carl Philipp, für den das humorvolle Bilderbuch gezeichnet wurde, tatsächlich nichts dafür, dass alle so berühmt wurden: Der Hoffmann, der Carl-Zappel-Philipp, der Hans-Guck-in-die-Luft, der Konrad, die Pauline und der Suppenkaspar und wie sie alle heißen. Weder hatte Hoffmann bei der Entstehung des bis „Harry Potter“ erfolgreichsten Kinderbuchs aller Zeiten bereits an die Veröffentlichung des Werkes gedacht, noch sah er den realen wie fiktiven Philipp als gestört an. Heinrich Hoffmann hatte sich nicht gefragt, „Warum zappelt Philipp?“. Diese Frage stellen sich seit über 150 Jahren andere. Die Antworten allerdings, für die der Philipp gleich gar nichts kann, sind mal klug, mal dumm.

Eine menschliche Antwort auf eine unmenschliche Frage

Die Frage, warum der Philipp zappelt, ist quasi die allgemeine, sozusagen die freundliche Fassung der Frage, wer oder was schuld daran ist, dass der Philipp zappelt. Denn daran, dass jemand – der Philipp, seine Eltern, die Schule, das Fernsehen oder gleich die ganze Gesellschaft – schuld daran ist, mag kaum jemand zweifeln. Schließlich hat alles eine Ursache und alles eine Wirkung. Fragten nicht auch die Jünger im neunten Kapitel des Johannes-Evangeliums: „Rabbi, wer hat gesündigt? Er selbst? Oder haben seine Eltern gesündigt, sodass er blind geboren wurde?“ (Joh 9,2). Und Jesus antwortete auf tausendfach missverständliche Weise: „Weder er noch seine Eltern haben gesündigt, sondern das Wirken Gottes soll an ihm offenbar werden“ (Joh 9,3). Manch Religionskritiker kommentiert diese Szene damit, dass der liebe Gott in Wirklichkeit ein ganz schlimmer Finger sei, der erst eine halbgare Schöpfung geliefert habe und sich dann in dieser Misere der selbstgeschaffenen Unvollkommenheit als Retter aufführen wolle. Dabei erklärte Jesus den Jüngern sogleich: „Wir müssen, solange es Tag ist, die Werke dessen vollbringen, der mich gesandt hat; es kommt die Nacht, in der niemand mehr etwas tun kann“ (Joh 9,4).

Ist Ihnen aufgefallen, wie ähnlich Jesus und Marx argumentieren: „Die Philosophen haben die Welt nur verschieden interpretiert, es kommt drauf an, sie zu verändern.“ (11. These über Feuerbach, 1845) Naja, der Vater von Karl Marx stammte aus einer damals bekannten Rabbiner-Dynastie. Offenbar lag es in der Familie, kluge Antworten zu geben. Jesus und Marx wollten die Welt nicht erklären, sondern besser machen. Ist doch egal, wer Schuld daran hat, dass

Gerhard Spitzer: „Warum zappelt Philipp?“

ISBN: 978-3-8000-7466-2

Verlag: Carl Ueberreuter, Wien (2010)

Preis: 19,95 €



sie ist, wie sie ist. Ernst nimmt das Leben letztlich nur, wer sich um die Abwendung des Leids bemüht. So dachte auch Heinrich Hoffmann, als er im selben Jahr, in dem Marx seine „Thesen über Feuerbach“ verfasste, den „Struwwelpeter“ schrieb. Es war eine gute Zeit für Veränderungen. Seit fast 60 Jahren lag der Gedanke an machbare Revolutionen in der Luft, obgleich die Französische Revolution letztlich im Blutausch und einem neuen Kaisertum unterging. Auch Hoffmann war ein Anhänger der Revolution, wenngleich der bürgerlichen Märzrevolution von 1848. Immerhin war er einer der Abgeordneten im Frankfurter Vorparlament und beherbergte den badischen Revolutionär Friedrich Hecker in seinem Haushalt. Heinrich Hoffmann wollte eine bessere Gesellschaft. Als Arzt strebte er eine bessere Medizin an, wissenschaftlich und um das Wohl des Menschen bemüht. Als Politiker glaubte er an eine bessere Gesellschaft, an Freiheit und Selbstbestimmung. Da er wusste, dass dies kein Traum einzelner Spinner, sondern im Grunde die Meinung der bürgerlichen Mehrheit in Deutschland war, lehnte er radikale Veränderungen ab, weil sie zu Zerstörung und Leid führten. Er war davon überzeugt, dass es auch und gerade in einer demokratischen Gesellschaft wichtig war, mit Disziplin und Fleiß für das eigene Leben einzustehen. Der „Struwwelpeter“ war als humorvolle Einführung in diese Bürgerlichkeit gedacht. Die Helden des Bilderbuchs repräsentierten die Gefahren allzu großer Sorglosigkeit in einer Welt, die ihre Kinder nicht mehr zur Gemeinschaft zwingen sollte, sondern für ein aktives Bekenntnis zur Gesellschaft gewinnen wollte.

Vom entspannten Umgang mit ADHS

Vor diesem Hintergrund muss man Heinrich Hoffmann zugestehen, der eigentliche Erfinder des entspannten Umgangs mit der ADHS zu sein. Dabei vertrat er eine milde Form des Lernens in der Realität, welche den Philipp nicht unvorbereitet ins offene Messer einer bisweilen wenig rücksichtsvollen Welt laufen lassen wollte. Rousseaus „Émile oder über die Erziehung“ von 1762 war da anders. Dennoch sind dem Genfer Philosophen seine Erziehungstipps nie so anklagend vorgehalten worden wie dem Psychiater Hoffmann die vermeintlich autoritäre pädagogische Grundhaltung des „Struwwelpeters“. Woran, wie bereits gesagt, weder Hoffmann noch der Zappelphilipp schuld sind. Daher soll an dieser Stelle Milde walten angesichts der Einleitung in „Warum zappelt Philipp?“, die den armen Heinrich Hoffmann und seine Zeit einmal mehr missversteht.

Gerhard Spitzers Zappelphilipp ist allerdings auch ganz anderer Natur als der Hoffmann'sche kleine Held am Esstisch. Spitzer hat sich ein Alter Ego geschaffen, das gemeinsam mit ihm, der sich in seinem dritten „Ratgeber der entspannten Art“ selbst als ADHS-Betroffener outet, in fünf Teilen das Erleben von ADHS-Kindern diskutiert. Das Schöne daran: Er beantwortet die Frage des Buchtitels nicht. Das Buch ist vielmehr eine wunderbare Sammlung von kleinen Fallgeschichten, in denen ADHS-Kinder, ihre Probleme und deren Lösung dargestellt werden.

Spitzer macht das tatsächlich weitaus entspannter – und richtiger – als manch Kollege aus der pädagogischen, psychologischen und medizinischen Disziplin. Seine „Fälle“ sind keine vereinfachenden Erklärungen des Verhaltens, sondern Beschreibungen konkreter Probleme. Daher sind seine Lösungen, die er anhand der Beispiele skizziert und in „Zappelphilipps Top-Tipps“ verallgemeinert, nachvollziehbar und nützlich. „Warum zappelt Philipp?“ gibt nicht vor, man könne das Verhalten von Menschen analytisch zutiefst verstehen und seine soziale Dynamik umfassend erklären. Dennoch weckt es gerade aus dieser vernünftigen Demut heraus ein wachsendes Verständnis für das Erleben (Teil 1), die Potenziale (Teil 2), das Verhalten (Teil 3), die möglichen Therapien (Teil 4) und Aspekte der Diagnostik (Teil 5) von Menschen mit ADHS. Der letzte Teil wirkt allerdings wie ein Anhang aus Stückwerk, der das Konzept der ersten Teile nicht fortschreibt. Das macht ihn letztlich verzichtbar.

Zitate Zitate Zitate

Zwischen 1867 und 1880 – um dem Bildungsimpetus des Rezensenten ein letztes Mal cursorisch nachzugeben – gab Karl Friedrich Wilhelm Wander ein fünfbandiges „Deutsches Sprichwörter-Lexikon“ bei Brockhaus in Leipzig raus. Sollten Sie Bildung auch cursorisch nicht schätzen, wird Gerhard Spitzer Sie in einem Punkt ärgern: Zitate. „Warum zappelt Philipp?“ könnte der verhohlene Auszug eines Aphorismen-Buchs sein, so viele Zitate von berühmten und berüchtigten Leuten finden sich darin. Freunde der Philologie mögen das als Zusatzgewinn verbuchen. Alle andern dürfen zumindest schmunzeln, sollte Albert Einstein tatsächlich einmal gesagt haben, dass Fantasie wichtiger als Wissen sei, denn Wissen sei begrenzt. Deswegen ist Gülle ja auch wichtiger als Rohöl. Beißt sich zudem mit einem anderen Zitat von Einstein: „Zwei Dinge sind unendlich, das Universum und die menschliche Dummheit, aber bei dem Universum bin ich mir noch nicht ganz sicher.“ Was bedeutet das nun für die Bedeutsamkeit der Dummheit?! Die vielen Zitate haben zwangsläufig wenig mit der ADHS zu tun, da sie zumeist aus Zeiten stammen, in welchen die Störung noch kein Thema war. Ihr Sophismus reflektiert allerdings die kluge, bisweilen allzu kluge Verkehrung der ADHS-Symptome in „erstaunliche Potenziale“, die Spitzer im zweiten Teil des Buches vornimmt. Da wird aus Risikobereitschaft „Heldenmut“, aus chaotischer Planlosigkeit „intuitives Handeln“, aus Ablenkbarkeit „Kreativität“ aus

Stimmungsschwankungen werden „seismographische Antennen“ und aus persönlichen Empfindlichkeiten wird eine „hohe Empathie“. Wenn dem so wäre: Werden Kinder tatsächlich aufgrund von Mut, Intuition, Kreativität, Empfindsamkeit und Empathie bei Fachleuten vorgestellt oder gar therapiert? Riskantes Handeln mag in Ausnahmesituationen erfolgreich sein und retrospektiv als mutig erscheinen. Auch erwächst aus Ablenkung und Chaos von Zeit zu Zeit zufällig eine gute Idee. Nicht anders können Stimmungsschwankungen und Überreizung der Katalysator grundlegender Konflikte und Störungen sein sowie sie erkennen helfen. All das macht diese Eigenschaften nicht zu Potenzialen. Es demonstriert ausschließlich, dass ADHS zu haben nicht zwangsläufig und nicht nur ins persönliche Elend führen muss. Bedenkt man's recht, ist das doch auch schon eine tröstliche Botschaft.

Was liegt dem Menschen eigentlich daran, entweder das Leid in Lust umzuwerten, oder aber zumindest Kameraden im Leid zu haben. Auf Seite 78 erstellt Gerhard Spitzer eine Liste von Prominenten, die „höchstwahrscheinlich von ADHS betroffen“ sind oder waren. In den meisten Fällen kann man es weder beweisen noch ausschließen; das ist ein bisschen wie eine Diagnose der Pathologie Neros oder die Schätzung des IQs von Goethe. Die Spitzer'sche Liste, die im Übrigen nur mehr oder minder erfolgreiche ADHS-Betroffene nennt, steht für ein redliches, doch zugleich unseliges, Bemühen: unruhigen, unaufmerksamen und impulsiven Kindern wie auch ihren Eltern mitzuteilen, dass sie nachgerade aufgrund ihrer Verhaltensstörung alle Chancen haben.

Astrid Lindgren hat das ihrem „Michel aus Lönneberga“ auf der ersten Seite des ersten Buchs anders und besser mitgegeben. Da steht schon fest, dass er später einmal Gemeinderatspräsident wird. Schließlich weiß das die Autorin schon. Sie sagt aber: trotz, nicht wegen der Schwierigkeiten, die er als Kind hatte. Michel selbst sagt ja, dass man stets erst hinterher wisse, ob das, was man gerade mache, Unfug sei. Mensch Gerhard, will man als Leser von „Warum zappelt Philipp?“ ausrufen: „Du brauchst weder die Zitate und Prominenten noch den Euphemismus der falsch verstandenen Potenziale! Aus Dir ist doch längst was Vernünftiges geworden. Nicht Einstein oder Thomas Mann, doch Du bist genauso respektabel. Entspann Dich ein bisschen! Du hast einen verdammt guten Blick für Kinder und einen Haufen gute Ideen für den Alltag. Wen interessiert es da, ob Du die Ideen trotz oder wegen Deiner ADHS hast. Es soll doch niemand glauben, dass die ADHS einen Menschen besser oder schlechter macht! Am Ende zählt, was man als Gemeinderatspräsident für sich und andere zustande bringt. Oder als Pädagoge und Autor. Oder in jedem anderen Beruf und an jedem Ort dieser großen kleinen Welt“.

■ Johannes Streif

Liam Creed

„... und dann kam Aero: Wie ein Hund mir half, ADHS zu überwinden“

In dem vorliegenden Buch, „... und dann kam Aero“, geht es um einen 15-jährigen Jugendlichen, der ADHS hat. Wegen seiner Hyperaktivität hatte er schon viele Schulverweise und hatte auch schon jede Menge Ärger mit seinen Eltern und anderen Mitmenschen. An jedem Schultag gab es Konflikte mit den Mitschülern und den Lehrern und er wird auch oft zum Direktor geschickt. Nachsitzen gehört mittlerweile zu seinem Alltag. Medikamente und viele nervenraubende Therapien halfen Liam nicht. Erst als Mr. Blackmore, Liams Lagerstufenleiter, ihn zu sich ins Büro holte, änderte sich einiges in seinem Leben. Für eine Britische Reality Show sollte Liam einen blonden Labrador Retriever trainieren. Sein Name war Aero. Mr. Blackmore hielt trotz Liams großen Problemen viel von ihm und wollte ihm die Chance geben, sein Leben in den Griff zu kriegen. Fünf Kinder, die unterschiedliche Probleme mitbrachten, wurden zu dieser Reality Show ausgesucht, um einen ihnen anvertrauten Hund zu trainieren und zum Assistenzhund auszubilden. Aller Anfang schien schwer und Liam hatte Mühe, die nötige Geduld für Aero aufzubringen und dem jungen Hund gerecht zu werden. Unter stetiger Anleitung der Ausbilderin Nina bildeten Liam und Aero bald ein gutes Team.

Sie machten sehr schnell Fortschritte und Nina war sehr zufrieden mit Liam. Liams bester und nebenbei einziger Freund in der Hundeschule war Rob. Er rastete manchmal einfach aus, warum weiß man nicht. Am Anfang war Rob mit seinem Hund viel besser als Liam und Aero, aber das verflog mit der Zeit. Alle fünf arbeiteten jedoch sehr gut zusammen. Die anderen drei Kinder waren Mädchen. Liam hatte nebenbei sehr große Angst vor Menschen, insbesondere Mädchen. Die drei Mädchen hießen: Allie, Ellie und Katrina. Ellie und Allie waren die ganze Zeit zusammen und machten sich über Liam lustig. Katrina war eine Außenseiterin. Das Sozialverhalten der Kinder untereinander war zu

Anfang schwierig. In der Schule genoss er Ansehen, weil seine Mitschüler merkten, dass Liam eine große Aufgabe hatte. Während ihrer Ausbildung trafen sie verschiedene Menschen, die ein Handicap haben, zum Beispiel einen berühmten Basketballspieler. Sie fuhren auch mit der Truppe einen Tag nach London, um eine Frau zu besuchen, die mehr als 20 Jahre im Rollstuhl saß und auch einen Begleithund hatte.

Die Jugendlichen hatten großen Respekt vor diesen Leuten, die mit enormem Lebenswillen und dem großartigen Einsatz ihrer Hunde den Alltag meisterten.



Liam Creed
... und dann kam Aero: Wie ein Hund mir half, ADHS zu überwinden

ISBN: 978-3497022908

Verlag: Reinhardt, München, 2012

Preis: 19,90 €

Dann kam der Tag, an dem die Jugendlichen ihren großen Fernsehauftritt hatten. Der Abend wurde ein Erfolg und die Arbeit hatte sich gelohnt. Der Abschied von Aero fiel Liam und natürlich auch Aero schwer. Aber Aero hatte eine neue Aufgabe und Liam hatte große Pläne für die Zukunft.

Die Größe des Buches und der Umfang der Geschichte sind sehr ansprechend. Die Schrift ist gut lesbar und hat einen guten Zeilenabstand. Kürzere Kapitel würden das Lesen sehr erleichtern (lieber 25 kurze Kapitel als 14 lange Kapitel).

Das Buch ist sehr detailliert geschrieben. Wenn es um die Szenen rund um den Hund geht, können die deutlichen Ausführungen sehr interessant sein, aber wenn es um nebensächliche Themen geht, ist der Schreibstil sehr langatmig. Man merkt, dass an dem Buch ein Erwachsener mitgeschrieben hat, weil sehr häufig schwierige Wörter verwendet werden.

An manchen Stellen im Buch wird eine für den Leser nicht altersentsprechende Sprache angewendet. Dieses ist manchmal unverständlich und ermüdend.

Der Anfang ist sehr lang da es dauert, bis Aero zum Vorschein tritt. Hier wird die Geduld des jungen Lesers auf die Probe gestellt.

Das Titelbild ist sehr schön und farbig gestaltet. Es lässt die Hauptfiguren erkennen und weckt Neugier. In dem Buch merkt man auch, dass Hunde etwas ganz Großes bewirken und behinderten Menschen helfen können. Sie sind sehr liebenswürdig und auch sehr lernwillig. Die Geschichte zeigt, dass auch ADHS-Kinder Aufgaben bewältigen können, wenn man ihnen etwas zutraut. Als Liam Erfolg mit Aero hat, verändert sich auch sein Umfeld. Er lernt sich zu kontrollieren und selbstbewusst zu werden. Gleichzeitig gewinnt er Freunde und ist beliebter. Er kann plötzlich verstehen, wie schwierig es für seine Eltern war ihm zu helfen. Er sieht seine Zukunft mit anderen Augen. Aero hilft ihm, einen besseren Weg zu gehen.

Der Preis – da es sich um ein Buch für Jugendliche handelt – ist etwas zu hoch (19,90 €).

■ Julian Mühr

Wolfdieter Jenett

„ADHS – 100 Tipps für Eltern und Lehrer“

Ich habe Jenetts Buch bei der Vorbereitung zu einem Informationsabend über ADHS für Eltern, Betroffene und Interessierte verwendet. Der Autor ist Kinderarzt mit Erfahrung in Deutschland und England. Sein Buch ist in der Reihe „HELP“ des Schöningh-Verlages erschienen (Hilfe für Eltern, Lehrer und Pädagogen). Es versucht eine umfangreiche Bandbreite an Lesern zu erreichen und ihnen praktische Tipps an die Hand zu geben. Das Buch ist in sechs Kapitel unterteilt, die verschiedene Lebensbereiche behandeln, in denen die ADHS-Betroffenheit Probleme verursachen kann.

Ich habe das Buch gerne gelesen. Eltern, deren Kind von ADHS betroffen ist, brauchen einen gut zugänglichen Ratgeber, der ihre Situation aufgreift. Ebenso Lehrer, die Schüler mit ADHS unterrichten. Das ist dem Autor größtenteils gelungen. Er schreibt kenntnisreich, sachlich ausgewogen und bleibt beim Leser (anders P. Damberger, in: rezeptionen.ch). Natürlich kann das Buch nicht auf jede Eventualität eingehen, dafür ist das Thema ADHS zu vielfältig. Für die Leser, die sich schon lange mit ADHS beschäftigen, bietet das Buch nichts Neues. Auf Medikation oder die rechtliche Lage von ADHS-Betroffenen geht er nur am Rande ein. Aber den wohlinformierten Leser hat Jenett auch nicht im Blick. Er vermittelt mit „100 Tipps für Eltern und Lehrer“ solide Grundinformationen und Rat. Adressen – u. a. die des Bundesverbandes ADHS-Deutschland e. V. – am Ende des Buches geben dem Interessierten die Möglichkeit, sich weiter zu informieren.



Wolfdieter Jenett
ADHS - 100 Tipps für Eltern und Lehrer
 ISBN: 978-3506772317
 Verlag: Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG,
 Paderborn; 1. Auflage, 2011
 Preis: 19,90 €

Es ist zwar gut zugänglich, aber keines, das man sich quasi im Vorbeigehen zu Gemüte führen oder im akuten Notfall aufschlagen kann. Jenett sieht den Leser seines Buches in der Rolle eines Coaches. D. h. er muss sich aus der Fülle von Ratschlägen, Listen und Plänen diejenigen auswählen, die seiner Situation entsprechen. Hier sehe ich ein Manko des Buchs:

Es fordert ein hohes Bereitschaftspotential. Nur Pädagogen, für die ADHS ein zentrales Anliegen ist, werden dieses Buch durcharbeiten, die Tipps und Hilfsmittel ausprobieren. Eltern, die selbst von ADHS betroffen sind, werden es – ähnlich wie beim OptiMind-Konzept – mit den zahlreichen Listen nicht leicht haben und vermutlich überfordert sein. Wenn sich die Lage am Esstisch, bei den Hausaufgaben oder im Klassenzimmer schon zugespitzt hat, greifen die Tipps nicht mehr, da sie eine gewisse Zeit der Vorbereitung und des Einübens voraussetzen. Von der Perspektive des Coachings aus ist Jenetts Buch eine sinnvolle Lektüre.

Als kleinen Schönheitsfehler empfand ich das Titelbild. Es zeigt einen Jungen an der Kletterwand, dem zwei Teufelshörner an den Kopf gesetzt wurden. Anders als Damberger unterstelle ich Jenett nicht die Absicht, aus ADHS-betroffenen Kindern, unauffällige, angepasste Menschen zu machen. Doch auf unfreiwillige Weise vermittelt das Titelbild dieses Anliegen. Hier hätte ich mir mehr Feingefühl des Lektorats gewünscht.

„ADHS-100Tipps für Eltern und Erzieher“ ist ein Arbeitsbuch.

■ Uwe Metz



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



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 15.02.2013 – Sonntag, 17.02.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 22.03.2013 – Sonntag, 24.03.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 28.06.2013 – Sonntag, 30.06.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 30.08.2013 – Sonntag, 01.09.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg/Hessen:

(stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest)

Landesgruppe Bayern:

(stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest)

Landesgruppe Hamburg/Schleswig-Holstein:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Niedersachsen/Bremen:

14./15. September 2013 in Helmstedt

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

08./09. Juni 2013, JGH Münster Aasee

Landesgruppe Thüringen:

Aufgrund der geringen Größe
keine eigene Fortbildung

Fortbildungstermine Junges Beraternetz

Freitag, 18.01.2013 – Sonntag, 20.01.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Freitag, 19.04.2013 – Sonntag, 21.04.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Freitag, 11.10.2013 – Sonntag, 13.10.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Jugendveranstaltung

„ADHS kreativ – Achtung, jetzt kommen wir!“

Freitag, 27.09.2013 – Sonntag, 29.09.2013

Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Mitgliederversammlung/ Symposium 2013

12.04. – 14.04.2013 in Kassel

S. Einladung, Seite 15

CIP-Medien Verlag

Psychotherapieratgeber



Hans-Ulrich Dombrowski
Wieder Zuversicht gewinnen

Es ist möglich, aus dem Loch der Depression herauszukommen und Lebensfreude zu gewinnen. Das Buch möchte Mut machen, Ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen.

ISBN 978-3-932096-11-2
106 Seiten | € 18,-



Hans-Ulrich Dombrowski
Ordnungen der Seele
Einstellungen für ein gesundes Leben

Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass Einstellungen und Verhaltensweisen irgendwann im Leben gelernt werden und deshalb auch wieder verlernt werden können.

ISBN 978-3-932096-79-2
158 Seiten | € 18,-



Heribert Unland
Nichtraucher werden und bleiben

Mit frischem Wind gegen den blauen Dunst
Damit wird Ihre Entwöhnung zwar nicht einfach – das geht auch nicht mit der besten Methode – aber einfacher als Sie denken.

ISBN 978-3-932096-07-5
60 Seiten | € 18,-



Christof Eschenröder
Selbstsicher in die Prüfung

Dieses Buch möchte zeigen, dass wir keine hilflosen Opfer unserer Ängste sind. Auch Sie können es lernen, angsterzeugende Einstellungen zu überwinden.

ISBN 978-3-932096-24-2
109 Seiten | € 18,-



Hans-Ulrich Dombrowski
Lösungswege bei Alkoholproblemen

Ein Modell, das Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit als fehlgeschlagenen Bewältigungsversuch versteht, um mit den anfallenden Problemen erfolgreich umgehen zu können

ISBN 978-3-932096-14-3
119 Seiten | € 18,-



Jürgen Horn
Quälgeist Tinnitus

Grundinformationen rund um das Thema Ohrgeräusche, die den heimsuchenden Störenfried Tinnitus etwas menschlicher erscheinen lassen. Es wird viel Wert darauf gelegt, dass der Tinnitus jenem grundlegenden Lebensparadox gehorcht, nach dem sich nur das verändern kann, das akzeptiert wird.

ISBN 978-3-932096-39-6
149 Seiten | € 18,50



Willi Ecker
Die Krankheit des Zweifels

Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen
Sehr detaillierte Darstellung der Zwangsphänomene und ihrer Behandlungsmöglichkeiten.

ISBN 978-3-932096-13-6
137 Seiten | € 18,-



Achim Stenzel
Schmerzen überwinden
30 psychologische Techniken zur Schmerzkontrolle

Noch bevor die Psychotherapie beginnt ist das Wissen um das Phänomen Schmerz und um die Möglichkeiten eines wirksamen Umgangs damit eine große Hilfe. Sofort umsetzbar.

ISBN 978-3-932096-35-8
110 Seiten | € 18,-



Hans-Ulrich Dombrowski
Angst erfolgreich überwinden

Effektive Strategien zur Angstbewältigung.

ISBN 978-3-932096-12-9
111 Seiten | € 18,-



Serge K. D. Sutz, Julian Sutz
Emotionen: Gefühle erkennen, verstehen und handhaben

Gefühle erkennen ist ein wesentlicher Aspekt emotionaler Intelligenz und ermöglicht bessere zwischenmenschliche Beziehungen. Mit Gefühlen umgehen können, ist die Voraussetzung für dauerhaft gute Beziehungen. Beides ist erlernbar. Der Juniorautor arbeitete mit jungen Schauspielern und fotografierte deren Ausdruck von Gefühlen. Sie waren emotional ganz in der betreffenden Situation und fühlten diese Gefühle wirklich. 43 Farbfotos.

ISBN 978-3-932096-41-9
206 Seiten | € 37,-



Entspannung und Mentales Training mit Musik
Begleit-CD zum Buch
Entspannungsübungen,
Mentales Training

ISBN 978-3-932096-70-9
€ 10,-



www.cip-medien.com

Bestellen Sie direkt über Herold Verlagsauslieferung
p.zerzawetzky@herold-va.de | Raiffeisenallee 10 | 82041 Oberhaching
Tel. 0 89-61 38 71 24 | Fax 0 89-61 38 71 55 24

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**
30916 Isernhagen
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**
81541 München
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Elisabeth Busch-Boeing**
52070 Aachen
schatzmeisterin@adhs-deutschland.de
- Schriftführer: **Patrik Boerner**
boerner@p-boerner.de
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

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

Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Menter**
gf@adhs-deutschland.de
- Organisation/
Fundraising: **Karin-Gisela Seegers**
14055 Berlin
seegers-berlin@t-online.de
- Ernährung/
Stoffwechsel-
besonderheiten: **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koeppern@t-online.de
- Jugendteam: jugendberatung@adhs-deutschland.de

Wissenschaftlicher Beirat

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

Landesgruppenleiter

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

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 41 07 24
12117 Berlin

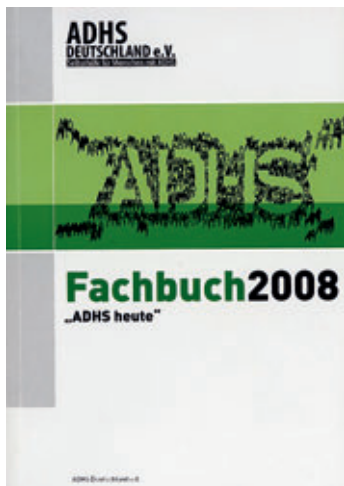
Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 030 – 85 60 59 02
Fax 030 – 85 60 59 70
Montag 14:00 – 16:00 Uhr
Di, Do, Fr 10:00 – 12:00 Uhr
e-mail: info@adhs-deutschland.de
Besuchen Sie uns unter
www.adhs-deutschland.de

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

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

Aus unserem Verlag:



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

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

€ 9,50

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



Regina Rusch
"Zappelhannes"

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

€ 6,80

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

ADHS Deutschland e.V.

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

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

Spendenkonto:

Pax-Bank eG
BLZ 370 601 93
Konto-Nr. 6 010 115 017

Beitragskonto:

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



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

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

€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

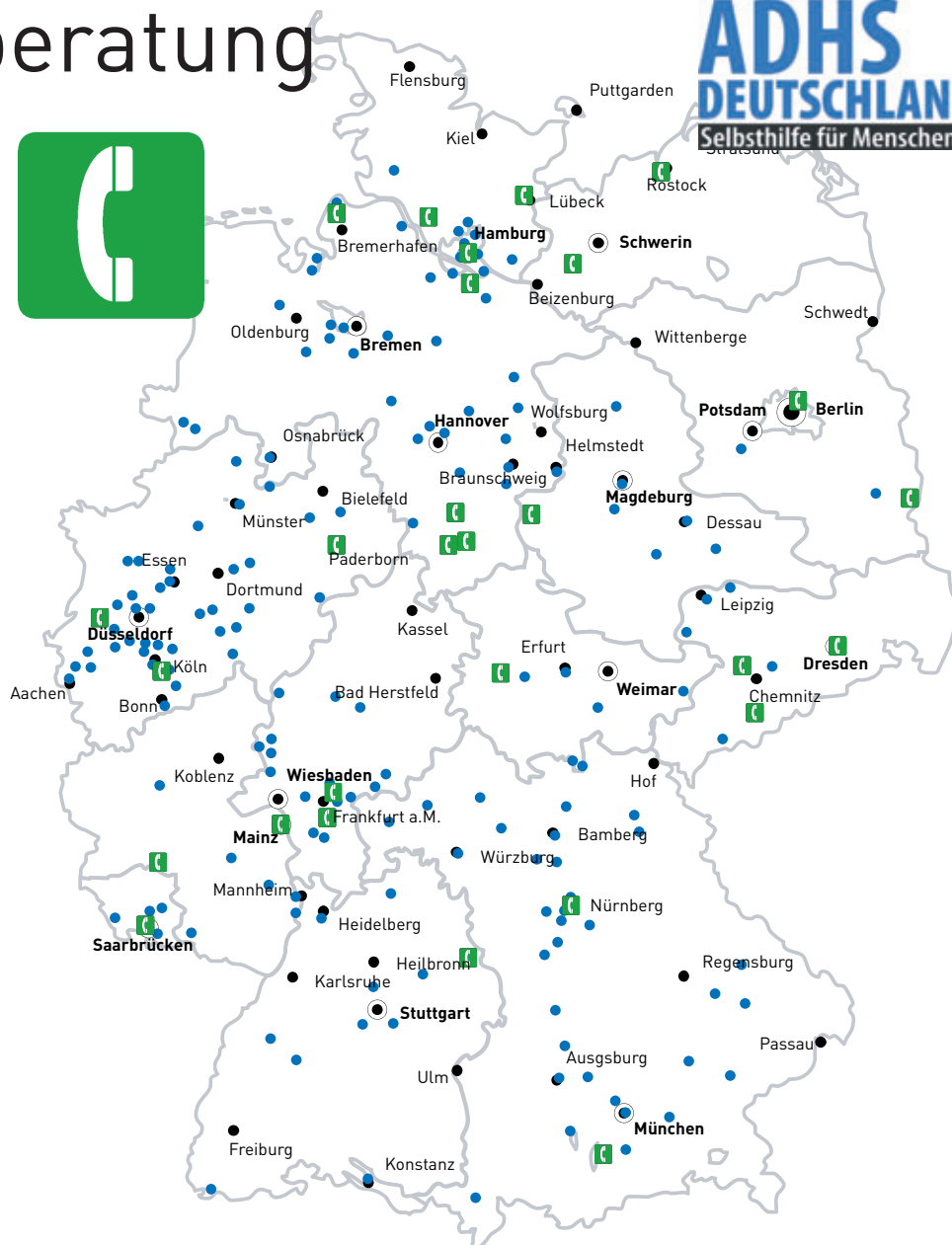
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

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

Telefonberatung



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



Bayern

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

Baden – Württemberg

Uwe Metz:
07152 – 6 10 47 21

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

Birgit Weigel:
040 – 68 91 50 23

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:
05684 – 16 59
Regina Schubert:
069 – 98 55 68 23

Mecklenburg- Vorpommern

Ricarda Mafille:
03883 – 72 77 18
Karin Heynen:
0381 – 7 69 80 16

Niedersachsen

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

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 Voigt:
037341 – 4 98 30

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:
04821 – 4 03 94 80
Gerhild Gehrman:
04121 – 80 72 72
Carola Kliemek:
0461 – 3 15 37 72

Saarland

Sabine Berg:
0651 – 4 63 78 78

Thüringen

Regina Schrage:
03691 – 87 22 22

Wir benötigen noch Verstärkung, besonders in den Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.adhs-deutschland.de oder fordern Sie diese bei der Geschäftsstelle an.

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