

# neue AKZENTE

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



- ADHS und Schlaf
- Management zur Reduzierung möglicher Nebenwirkungen ...
- Fragiles-X Syndrom

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

*Zeitschmerz*



Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

für diese Ausgabe der **neue AKZENTE** konnten wir wieder Fachleute gewinnen, denen es gelungen ist, wissenschaftliche Erkenntnisse praxisnah zu erklären:

Dr. Kühles Beitrag über „ADHS und Schlaf“ enthält viele interessante Details, die besonders für ADHS-Betroffene lesenswert sind, jedoch auch Nichtbetroffenen wertvolle Informationen geben.

Frau Dr. Simchen schreibt in ihrer altbewährten Art, über „Management zur Reduzierung möglicher Nebenwirkungen von Methylphenidat bei der Therapie des AD(H)S“, worüber sich bestimmt schon der eine oder andere unserer Leser Gedanken gemacht hat.

Außerdem stellt Ihnen die Interessengemeinschaft Fragiles-X e.V. ein Syndrom vor, dem häufig erst eine ADHS- oder Autismusdiagnose vorausgeht. Diese Informationen werden durch Erfahrungen einer betroffenen Mutter lebendig.

Auf europäischer, Bundes-, Landes- und regionaler Ebene wurden in den letzten Monaten wieder einige Veranstaltungen organisiert, auch darüber können Sie sich auf den folgenden Seiten informieren.

Abschließend noch eine Information für Regionalgruppen-LeiterInnen, die Mittel bei den Krankenkassen beantragt haben: Auf dem Konto des Verbandes sind von einigen Krankenkassen Gelder für Regional- und/oder Landesgruppen eingegangen ohne konkreten Hinweis auf die Empfänger. Falls Sie Gelder beantragt und einen Bescheid bekommen haben, melden Sie sich bitte bei Frau Seegers, um eine Zuordnung und Überweisung zu ermöglichen.

Wir wünschen Ihnen einen schönen Rest-Sommer.

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 Gehrman  
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. Computergrafiker  
freiberufl. Fotojournalist  
www.heiko-assmann.de

**Druck**  
BUD, Potsdam.

**Erscheinungsweise**  
3 – 4x jährlich  
Auflage: 4000 Exemplare

**Bezug**  
Einzelhefte auf Anfrage, für Mitglieder des

ADHS Deutschland e. V. kostenlos.

## Copyright

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

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:  
30. Oktober 2012

## Fotonachweis

Titelbild: Ria van Houten  
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 Verfasseramen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

## FACHBEITRÄGE

### Aus der Praxis

*Dr. Hans-Jürgen Kühle*

#### 04 ADHS und Schlaf

*Dr. Helga Simchen*

#### 10 Management zur Reduzierung möglicher Nebenwirkungen von Methylphenidat bei der Therapie des AD(H)S

## ALLGEMEINES

*IG Fragiles-X e. V.*

#### 14 Fragiles-X Syndrom

*Ria van Houten*

#### 15 FraX-Mütter werden – eine Innenansicht

*Uwe Metz*

#### 17 Jakobsweg

*Andacht vom 29.04.2012*

#### 19 DRK-Kurklinik Arendsee

#### 20 Kriterien zur Bewertung von Kliniken

*Richarda Rapp*

#### 22 Notizen zur Frühjahrsveranstaltung Autismusspektrum in der Vitos Hadamar Klinik

*Prof. Dr. Dr. M.Sc. Alf Trojan*

#### 24 Mündigkeit und Mitsprache

Selbsthilfe als gestaltende Kraft im Versorgungsgeschehen

## LESERBRIEFE

*Gisela Bauer*

#### 28 Erfahrungsbericht einer *neue AKZENTE*-Leserin

*Marco Maria*

#### 30 Leserbrief zum Artikel von Dr. Eckart von Hirschhausen *neue AKZENTE* Nr. 91 | 2/2012

*Prof. Dr. Wolfram Siemann*

#### 31 Leserbrief an das Redaktionsteam der FAZ

zum Artikel vom 05. Mai 2012

## AKTUELLES AUS DEM VERBAND

#### 32 Spenden und Fördergelder 2011

*Christian van Hal*

#### 46 Gerhard W. Lauth/ Peter F. Schlotke: „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“

*Astrid Bojko-Mühr*

#### 47 Corinna Möhrke: „Canepädagogik“

## TERMINE

#### 49 Termine Weiterbildung Telefonberatung

## BERICHTE

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

*Detlev Boeing*

#### 33 ADHD Europe aisbl MV 2012 in Barcelona

*Richarda Rapp/Dr. Myriam Menter*

#### 35 Symposium/MV 2012 des ADHS Deutschland e. V.

*Dominic Mühr*

#### 37 ADHS-Treffen Böblingen 2012 aus der Sicht eines jugendlichen Teilnehmers

*Uwe Metz*

#### 38 Nur gemeinsam –

Anmerkungen zur Organisation der Mitgliederversammlung 2012 in Böblingen

*Frank Häusler/Margit Tütje-Schlicker*

#### 38 Vorankündigung Symposium mit Landesgruppenveranstaltung Niedersachsen/ Bremen

*RG Helmstedt*

#### 39 15 Jahre ADHS-Selbsthilfe in Helmstedt

*Nicole Stadler*

#### 40 Vortragsabend der RG Wehr

#### Regionalgruppenberichte

in alphabetischer Reihenfolge

Junges Beraternetz

E-Mail-Beratung

## VERBANDSDATEN

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

#### 52 Telefonberatung

## REZENSIONEN

*Uwe Metz*

#### 43 Detlef Träbert: „Kleine Schubse“

*Dr. Astrid Neuy-Bartmann*

#### 43 Birgit Trappmann-Korr: „Hochsensitiv“

*Elke Klug*

#### 45 Jon Kabat-Zinn: „Gesund durch Meditation“

# ADHS und Schlaf



Dr. med. H-J. Kühle

Folgende Fragen möchte ich in diesem Artikel auf der Basis neuerer wissenschaftlicher Untersuchungen und meiner eigenen Erfahrungen aus 24 Jahren Praxistätigkeit beantworten:

- Wie viel Schlaf brauchen wir und wie läuft er ab?
- Wann bestehen behandlungsbedürftige Schlafstörungen?
- Verursachen Schlafprobleme ADHS?
- Macht ADHS Schlafprobleme, und wenn ja, welche?
- Was können wir für einen guten Schlaf unserer Kinder tun?
- Entstehen Schlafprobleme bei ADHS durch Stimulanzienbehandlung oder werden sie verringert?
- Wie hilfreich und sicher ist die Gabe von Melatonin und was kann man noch medikamentös tun?

Kurzzusammenfassungen der zugrundeliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen finden Sie auf der Homepage der AG-ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V., [www.ag-adhs.de](http://www.ag-adhs.de).

## Wie viel Schlaf brauchen wir und wie läuft er ab?

Unser Schlafbedarf nimmt im Laufe unseres Lebens ab, am stärksten in den ersten Lebensjahren. Am anschaulichsten zeigt das Abbildung 1:

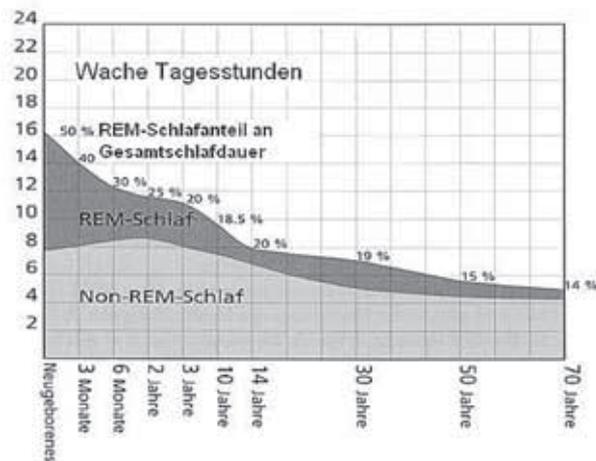


Abbildung 1: Verteilung der Wach- und Schlafzeiten über 24 Stunden im Verlauf des Lebens. Nach Roffwarg, Muzio und Dement: Ontogenetic development of human dream sleep cycle. *Science* 152: 604 (1966)

Als junger Säugling schlafen wir normalerweise noch 2/3 des Tages, als Erwachsener hoffentlich noch 1/3. Auch den Älteren würde so viel Schlaf gut tun, ungünstige Lebensweisen hindern die Menschen jedoch oft daran.

Sicher haben Sie schon bei Ihren Kindern beobachtet, dass sie mal ganz ruhig und regelmäßig im Schlaf atmen, so wie wir das erwarten. Diese Schlafphasen werden deshalb auch ruhiger Schlaf genannt. Und dann gibt es Schlafphasen, in denen scheint alles durcheinanderzugehen, es wird flach und schnell oder scheinbar gar nicht geatmet, gefolgt von einem Seufzer, die Augen bewegen sich seitlich und schnell bei geschlossenen Augenlidern und es treten kurze Zuckungen auf. Diese Schlafphase wird auch aktiver Schlaf oder REM-Schlaf genannt. REM = Rapid Eye Movements = schnelle Augenbewegungen. Neugeborene Kinder verbringen die Hälfte ihrer Schlafzeit in diesem aktiven Schlaf, in dem auch geträumt wird.

Wir Erwachsene verbringen nur noch 20% unserer Schlafzeit darin. Der ruhige Schlaf ist Voraussetzung für die Wiederaufbau- und Erholungsprozesse des Körpers. Im aktiven wie auch im ruhigen Schlaf wird auch das Gedächtnis verfestigt, Wichtiges gespeichert. Das tritt dann am Morgen besser hervor; sicher haben Sie auch schon erlebt, dass Sie morgens die Lösung für ein Problem hatten, für die Sie sich zuvor angestrengt bemüht hatten.

Damit diese Funktion des Schlafes uns zur Verfügung steht, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

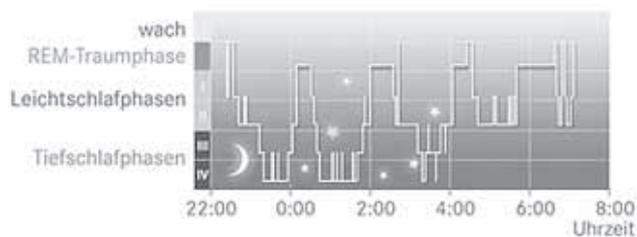
- Es muss lange genug geschlafen werden (s.o.) und
- es darf vor dem Schlafengehen nichts gemacht werden, was das am Tag Erlebte bzw. Gelernte überdeckt und löscht.

Deshalb soll vor dem Einschlafen kein Fernseher laufen, sondern ein ruhiger und beruhigender Ablauf stattfinden, der sich (mit Ausnahmen bei Besuchen, Festen...) immer wiederholt. Das ist mit einem Einschlafritual gemeint. Am besten ist Vorlesen oder sich vom Kind ein Bilderbuch zeigen oder etwas vorlesen lassen oder sich den Tag schildern lassen oder dies das ältere Kind selbst tun lassen.

Wenn Schulkinder sich vor dem Einschlafen noch einmal an das erinnern, was sie in der Schule gelernt haben, dann behalten sie das viel besser und ohne Anstrengung – eben im Schlaf!

Unser Schlaf verläuft in einem wellenförmigen Wechsel zwischen ruhigem Schlaf mit verschiedenen Schlafstadien

und dem aktiven Schlaf (=REM-Schlaf oder Traumschlaf). Diese regelmäßigen Abläufe werden auch als Schlafarchitektur bezeichnet. Gegen Morgen treten immer mehr REM-Phasen auf und es werden im ruhigen Schlaf nicht mehr so tiefe Phasen erreicht.



www.apotheken-umschau.de; 29.10.2009, aktualisiert am 21.05.2012  
Grafik: Wort & Bild Verlag/Martina Ibelherr

Während des Schlafens können verschiedene Körperfunktionen aufgezeichnet werden. Eine solche Aufzeichnung wird als Polysomnographie (abgekürzt: PSG) bezeichnet: Poly = viele (Aufnahmekanäle) + Somno = Schlaf + Graphie = Aufschreiben. Polysomnographien werden in Schlaflabors gemacht. Auf der Homepage www.dgsm.de sind die akkreditierten Schlaflabore an Kinderkliniken verzeichnet.

**Wann bestehen behandlungsbedürftige Schlafstörungen?**

Wir leben nicht nur am Tag, sondern auch im Schlaf! Da sind wir zwar bewusstlos – das kann man auch am EEG eindeutig ablesen – aber es geschehen viele lebenswichtige Prozesse. Alles unterliegt einem Tag-Nacht-Rhythmus. Geht dieser durch Störungen des Schlafablaufes verloren, hat das auch Auswirkungen auf unser Verhalten am Tag. Wenn wir zu wenig Schlaf haben, sind wir anderntags leicht gereizt, vergessen schneller und öfter etwas, ärgern uns mehr und haben wenig Geduld, fühlen uns schneller angestrengt und müde – alles Zeichen, die wir von der ADHS auch ohne Schlafmangel kennen.

**Kann nun chronischer Schlafmangel Ursache von ADHS sein? Bei welchen Schlafstörungen muss genauer geklärt werden, ob nicht Hindernisse beseitigt werden können und müssen?**

Die Arbeitsgruppe Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e. V. hat verschiedene Befragungsformen und Fragebögen überprüft und dann unter Federführung von Herrn Dr. med. Alfred Wiater, Chefarzt der Kinderklinik Köln, auf ihre Güte überprüft. Der angefügte Bogen enthält die wichtigsten Fragen zu den wichtigsten Schlafstörungen, nämlich den schlafbezogenen Atemstörungen (SBAS). (Siehe Fragebogen Seite 9 und 10).

Wenn die Nasenatmung durch Adenoide („Polypen“) oder Allergien oder wegen zu großer Gaumenmandeln behindert ist, muss sich das Kind immer vermehrt anstrengen im Schlaf. Das führt zu gehäuften Weckreizen und in der Folge zu mangelnder Schlafzeit und Unausgeschlafenheit bis Mü-

digkeit am Tag – mit allen oben genannten Auswirkungen auf das Verhalten.

Deshalb ist es wichtig zu überprüfen, ob eine Atemwegsbehinderung nach einem Infekt bestehen bleibt. Und ob es sich um harmlose Schnarchgeräusche oder tatsächlich erhöhte Atemanstrengungen handelt. Denn dann ist der Schlaf eher ein Dauerlauf. Im Zweifelsfall kann diese Frage durch eine PSG (s.o.) geklärt werden. Hals-Nasen-Ohrenärzte können Adenoide und übergroße Mandeln feststellen, Adenoide entfernen und die Mandeln so verkleinern oder entfernen, dass sie dann kein Atemhindernis mehr darstellen. Häufig berücksichtigen sie aber das Schlafverhalten zu wenig und sind mit den Maßnahmen zu zurückhaltend, jedenfalls in meiner Umgebung.

Umgekehrt sollte ADHS-typisches Verhalten am Tag auch an gestörten Schlaf – bis zum Beweis des Gegenteils – denken lassen.

Hier ein Beispiel einer PSG aus meinem Schlaflabor in meiner Praxis für Folgen nicht erholsamen Schlafs und die dahinter typischerweise fortbestehende ADHS:

**Ich selbst habe noch keine sekundäre ADHS nach Schlafstörungen gesehen**

Weiterer Verlauf von GA, nach Adenotonsillektomie:  
Kind war nicht mehr tagessmüde, in Kindergarten und zu Hause ruhiger, hatte aber wenig Freunde.  
Nach Einschulung Vorstellung wegen Disziplin- und Leistungsproblemen; bei durchschnittlicher Intelligenz ständige Aufmerksamkeitsabbrüche;  
ADHSbestand auch ohne OSA, war nicht sekundär.  
Maßnahmen: Videogestützte Verhaltenstherapie und Stimuluskontrollebehandlung, mäßige Compliance bei innerfamiliären Problemen.

**Sekundäre ADHS bei OSA?**  
GA, 4 Jahre, Kontakttonsillen, obstruktive Apnoen im Schlaf in Rückenlage (Abb. 1).  
Aus Wiener klinische wochenschrift, 115. Jahrgang, 2003, 2. Tagung der Österreichischen und Deutschen Arbeitsgruppen für pädiatrische Schlafmedizin.  
10 Jahre Schlafmedizin in einer kinderärztlichen Praxis – mehr Fragen als Antworten, Hans-Jürgen Kühle, Gießen

Die wissenschaftlich Datenlage zeigt auch: Obstruktive Schlafapnoen (OSA) führen zu Aufmerksamkeitsproblemen, die sich durch Behandlung der OSA bessern, aber nicht verschwinden. Bei ADHS hatten bis zu 30 % der Kinder OSA. Die Entfernung von Adenoiden und Mandeln verbessert bei stark ausgeprägter OSA messbar die Aufmerksamkeit am Tag, aber normalisiert noch kein ADHS-Verhalten.

**Ist gestörter Säuglingsschlaf ein Vorbote der ADHS?**

Nur in einigen Fällen. Schlafprobleme im Säuglingsalter sind kein sicherer Vorläufer der ADHS. Aber: Schlafprobleme im Alter von 2-4 Jahren sind stark korreliert mit Aufmerksamkeitsproblemen zwischen 5 und 14 Jahren.

**Was sind die Schlafprobleme bei ADHS?**

- Es ist anstrengender, Kinder zum Schlafen zu bekommen.
- Bis zu 73 % der ADHS-Kinder leisten Widerstand

gegen das Einschlafen unabhängig vom Erziehungsstress der Eltern am Tag.

- Das Fehlen von Einschlafritualen erklärt einen Großteil der Probleme. Fernsehen oder Computerspiele sind schädlich, sie gehören nicht ins Kinderzimmer, sondern unter elterliche Kontrolle!
- **Einschlafrituale helfen bei allen Kindern, bei ADHS erst recht!**
- 25-50 % der ADHS-Kinder haben Schlafprobleme in Form von verspätetem Einschlafen, verlängerte Müdigkeit beim Aufstehen und Tagesschläfrigkeit.
- **Der Schlaf ist kürzer und unruhiger und weniger effektiv = weniger erholsam.**

#### Was sind die Schlafprobleme bei den ADHS-Subtypen?

Mit Subtypen der ADHS sind die Unterformen gemeint, die sich aus den ADHS-Merkmalen nach DSM-IV ergeben. DSM-IV ist das Diagnostic and Statistic Manual in der IV. Überarbeitung. Nach ihm werden in den USA und weltweit psychische Störungen klassifiziert. Anbei ist der von mir übersetzte Fragebogen dazu (siehe Seite 8). Die ersten neun Fragen beschreiben vorwiegend Unaufmerksamkeit, die Fragen 10-18 Impulsivität und Hyperaktivität. Danach werden Kinder, bei denen nur die Fragen 1-9 oft oder immer zutreffen, als vorwiegend unaufmerksam Subtyp bezeichnet, Kinder, bei denen Fragen 10-18 oft oder immer zutreffen, als hyperaktiv-impulsiver Subtyp und Kinder, auf die die Mehrheit aller Fragen oft oder immer zutrifft, als kombinierter Subtyp bezeichnet.

Was gilt nun für diese Subtypen und deren Schlaf?

Es besteht mehr nächtliche Unruhe beim kombinierten und hyperaktiven Subtyp. Der unaufmerksame Subtyp hat zwar längeren Schlaf, aber mehr Tagesmüdigkeit. Dies gilt ebenso für den kombinierten Subtypen.

#### Ist auch die Schlafarchitektur gestört?

Wenn der Schlaf in der PSG beobachtet wird. Erste-Nacht-Effekte und psychiatrische Begleitstörungen herausgerechnet werden, finden sich bei ADHS-Kindern *keine* gestörte Schlafstruktur oder -dauer. ADHS-Kinder zeigen tagsüber eine signifikant erhöhte Varianz ihrer Vigilanz (Wachheit) im multiplen Schlaflatenztest (MSLT). Dabei wird getestet, in wie viel Minuten die Kinder tagsüber einschlafen können.

#### Folgen des Schlafmangels

Schlafmangel verschlechtert Verhalten und Leistungen bei Nichtbetroffenen wie ADHS-Betroffenen, schon bei täglich einer Stunde weniger Schlaf. Die Verfestigung (Konsolidierung) des deklarativen Gedächtnisses erfolgt während des ruhigen Schlafes. Das ist der Teil des Gedächtnisses, der in Worten wiedergegeben werden kann.

#### ADHS und Schlaf: Was bewirkt die Stimulanzientherapie?

Die Behandlung mit Methylphenidat (abgekürzt MPH, Han-

delsnahmen Ritalin®, Ritalin LA®, Medikinet®, Medikinet Retard®, Equasym Retard®, Concerta® u.a.) hat in jüngeren prospektiven, doppelblinden, placebokontrollierten Studien keinen signifikanten Einfluss auf den Schlaf von Kindern und Jugendlichen, wenn objektive Messgrößen wie Polysomnographien (PSGs) oder Aktigraphien herangezogen werden. Das bedeutet: Wenn es nicht nur nach Eindrücken geht, sondern Kinder mit ADHS mit Nichtbetroffenen und mit und ohne Medikament und dann noch von Ärzten untersucht werden, die nicht wissen, ob das Kind gerade ein Medikament oder keines bekommt und wenn dann objektivierte Messmethoden herangezogen werden wie die PSG, dann gibt es keinen Unterschied zwischen den Gruppen der ADHS und der nicht betroffenen Kinder. Im Einzelfall kann das durchaus anders aussehen und das Kind große Schlafprobleme haben, wie sie für ADHS beschrieben sind. Ich sage deshalb den Eltern: Wenn Ihr Kind mit ADHS bisher keine Einschlafprobleme hatte, können welche auftreten zu Beginn der Behandlung; meistens gehen sie innerhalb von sechs Monaten zurück. Wenn das Kind hingegen schon Ein- und/oder Durchschlafstörungen hat, dann bessern sich diese auch nach meiner eigenen Erfahrung oft, obwohl die Medikamente nur am Tag gegeben werden. Die Verbesserungen der Selbststeuerung durch MPH, wenn es denn individuell und genau und kontinuierlich dosiert wird, verbessern offensichtlich auch die unwillkürliche Steuerung in der Nacht.

Sechs Monate nach Stimulanzieinsteigerung waren in einer offenen Studie an 114 Kindern primäre Schlafenuresis, Schlafwandeln und Aufwachen signifikant reduziert. Dies beobachte ich in meiner Praxis glücklicherweise auch regelmäßig.

Auch bei OROS-MPH (Concerta®)-Behandlung fanden sich in Fragebögen und der PSG Verbesserungen im Schlaf (weniger Erwachen, mehr ruhiger Schlaf im Stadium 2, weniger Parasomnien wie Nachtschreck und Schlafwandeln) trotz späteren Einschlafens bei einer Minderheit der Patienten. Die Nebenwirkung auf Schlaf und Appetit bei Equasym Retard® und Concerta® hängen nicht mit der Wirksamkeit zusammen, d. h. die Verbesserungen am Tag sind davon unabhängig! Lisdexamphetamin machte keine Schlafprobleme in einer offenen Studie.

#### Was bei Schlafstörungen bei ADHS hilft

**Einschlafrituale und Verhaltensänderungen wie auch bei nicht ADHS-betroffenen Kindern.** Sie verlangen nur mehr Anstrengungen und Konsequenz von den Eltern als bei nicht betroffenen Kindern. Vorgelesen zu bekommen ist für manche Kinder schwierig, besonders bei Müdigkeit am Abend. Dann ist es gut, wenn nur kurze Abschnitte vorgelesen werden und das Kind wiedergibt, was gerade gelesen wird; nur dann kann (auch am Tag!) etwas davon richtig abgespeichert werden.

Es ist schön, wenn dann ein Elternteil mal in Ruhe nur für dieses Kind da sein kann.

Beide Eltern helfen sich, wenn sie klare Regeln absprechen, was geschieht, wenn

- das Kind immer wieder aufsteht
- das Kind zu den Eltern ins Bett will
- das Kind im Zimmer tobt, statt ins Bett zu gehen
- das Kind im Gemeinschaftsraum tobt.

Bei nicht zu unruhigen Kindern hat sich dafür Tür auf – Tür zu bewährt: Die Zimmertür darf offen bleiben, wenn das Kind im Bett bleibt, die Zimmertür wird zugeschlossen, wenn nicht, und wirklich, bis das Kind still ist und im Bett liegt. Wer da zu früh nachgibt, erhöht (psycho)logischerweise nur die Widerstandsbereitschaft.

Überforderungen kann es aber geben und dann ist der Einsatz eines Medikamentes sinnvoll. Erste Option ist der Versuch, eine Stunde vor dem Einschlafen ½ bis 1 ½ Tabl. eines nicht retardierten MPHs zu geben. Jeder Mensch muss sich zum Einschlafen entspannen. Dazu muss man sich sammeln. Das Sammeln wird aber durch umherschweifende Gedanken behindert. Vielen der unruhigen Kinder gelingt das Sich-Sammeln besser mit MPH, sie können dann gut einschlafen, und damit ist eine einfache Lösung gefunden. Andere bleiben jedoch nach der Gabe die halbe Nacht wach; deshalb sollte der Versuch an einem Freitagabend erfolgen.

Eine gute und harmlose Alternative ist der natürliche Botenstoff, mit dem wir uns in den Schlaf bringen. Das Schlafhormon Melatonin wird im Gehirn gebildet. Seine Konzentration folgt einem genauen Tagesrhythmus: Es ist in den frühen Morgenstunden am niedrigsten, steigt im Tagesverlauf langsam an und erreicht seinen Höhepunkt zur Einschlafzeit. Wenn man durch Einnahme von außen diesen Wirkhöhepunkt noch erhöht, dann fällt den meisten Kindern und Erwachsenen das Einschlafen leichter und sie schlafen besser durch.

**Die Gabe von 3-6 mg Melatonin eine Stunde vor dem Einschlafen** bei Kindern von 6-14 Jahren verkürzt die Einschlafzeit und verlängert die Schlafdauer ohne spürbare Nebenwirkungen. Melatonin kann daher als gut wirksam und gut verträglich angesehen werden, auch wenn bis 2010 nur 10 Studien zum Einsatz von Melatonin bei Kindern mit ADHS vorlagen.

Es ist zu hoffen, dass dieses hilfreiche Medikament auch hierzulande bei Kindern untersucht und für den Einsatz bei Kindern zugelassen wird, jedoch nicht in der retardierten

Form wie für ältere Menschen, sondern in der sofort wirksamen Form, denn es soll ja in erster Linie eine Einschlafhilfe sein.

Bei „meinem“ Apotheker kosten 100 ml Saft zu 1 mg/ml ca. 20 €, ebenso 60 Tabletten zu je 3 mg. Das reicht für 2-3 Monate. Die Kosten werde gerne von den verzweifelten Eltern übernommen, denn die Kosten werden von den Krankenkassen ohne ein langwieriges Bescheinigungsverfahren nicht übernommen. Meist wird die Erstattung vom MDK unter unpassenden Argumenten abgelehnt.

Meist reicht auch eine Behandlung über diese Zeitdauer aus, denn die Kinder erwerben damit eine günstigere Einschlafroutine. Bei Kindern, die zusätzlich einen frühkindlichen Autismus haben, scheint die Tag-Nacht-Rhythmusstörung ausgeprägter zu sein, so dass auch mal eine Langzeitbehandlung nötig ist. Negative Langzeitfolgen sind derzeit nicht bekannt.

Weitere wirksame Schlafmittel, die auch bei ADHS helfen können, sind die Neuroleptika Tradozon oder Mirtazapin. Sie haben jedoch mehr Nebenwirkungen als Melatonin. Ich habe keine persönliche Erfahrung mit ihrem Einsatz.

#### **Agomelatin (Valdoxan®) – eine neue Therapieoption?**

Agomelatin ist eine Weiterentwicklung aus Melatonin. Es verbesserte die ADHS-Symptomatik am Tag bei 17 bis 19-Jährigen im Vgl. zu Placebo, aber etwas weniger deutlich als MPH in einer offenen Studie. Alle Patienten hatten auch Einschlafprobleme und erhielten 25 mg Valdoxan® abends. Das Einschlafen verbesserte sich wie auch das Verhalten am Tag im Elternurteil. Auch Agomelatin (Valdoxan®) ist in Deutschland (noch) nicht zugelassen zur Behandlung von ADHS oder Schlafstörungen bei ADHS, sondern nur zur Behandlung von Depressionen bei Erwachsenen. Es muss also auch zu Lasten der Eltern verordnet werden. Die Datenlage ist aber noch geringer als zu Melatonin.

**Fazit: Schlafbezogene Atemstörungen können zu ADHS-Symptomatik am Tag führen, die sich nach Beseitigung der Atemhindernisse bessert. Meist liegt jedoch auch eine ADHS vor, die oft von unruhigem Schlaf und Tagesmüdigkeit begleitet wird. Insbesondere Einschlafprobleme sind ein häufiges Leid bei ADHS. Wenn Einschlafrituale und Verhaltensmaßnahmen nicht helfen oder nicht möglich sind, dann können 3 mg Melatonin eine Stunde vor dem Einschlafen eine gute und harmlose Hilfe sein.**

■ Dr. med. Hans-Jürgen Kühle

Kinder- und Jugendarzt und Kinder- und Jugendneurologe, Ostanlage 2, 35390 Gießen



# Dr. med. Hans-Jürgen Kühle

## Kinder- und Jugendarzt und Neuropädiater

Ostanlage 2 • 35390 Gießen  
Tel.: 06 41/ 930 3004 • Fax: 06 41 / 930 3005

Sprechzeiten: Mo. -Fr. 9 - 11 Uhr, Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag nachmittag 16 - 17<sup>30</sup> Uhr,  
Telefonsprechstunde zu ADHS: Dienstag 10-12.00: 0641-2502933  
[www.dr-kuehle.de](http://www.dr-kuehle.de), E-mail: hans.kuehle@t-online.de

### Fragebogen für Eltern und Lehrer nach DSM IV über.....

Bitte stellen sie sich vor, sie wollen ihr Kind einer(m) neuen Freund(in) beschreiben. Orientieren Sie sich bitte am Alltagsverhalten Ihres Kindes (z.B. wenn Sie Aufgaben stellen) und *nicht* daran, wie es sich beim Ausüben seines Hobbys verhält! Kreuzen Sie „oft“ oder „immer“ auch an, wenn *nur einer* von zwei Teilen einer Aussage zutrifft! Geben Sie den ausgefüllten Bogen ab oder faxen/schicken Sie ihn zurück!

Das betroffene Kind ...

	nie	manch mal	oft	ständig
1 beachtet Details nicht, macht Flüchtigkeitsfehler bei verschiedenen Arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 hat Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder im Spiel aufrecht zu erhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 scheint oft nicht zuzuhören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 führt Anweisungen nicht vollständig aus, bringt Aufgaben oft nicht zu Ende, wechselt die Aktivitäten sprunghaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 hat Probleme, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 macht nur widerwillig Aufgaben, die eine längerdauernde geistige Anstrengung erfordern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 verlegt, verliert häufig Gegenstände, die es braucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 ist leicht ablenkbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 vergisst Aufträge schnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie das mit "oft" oder "immer" Markierte in den letzten 6 Monaten ständig und in erheblichem Ausmaß beobachtet?

**nein**

**ja**

Das betroffene Kind ...

	nie	manch mal	oft	ständig
10 kann sich nicht ruhig verhalten, ist ständig in Bewegung, rutscht auf dem Stuhl herum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 steht häufig auf, wenn Sitzen bleiben erwartet wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 verbreitet Unruhe, rennt oder klettert häufig herum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 hat Probleme, in der Freizeit ruhig zu spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 verhält sich wie getrieben, rastlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 hat vermehrten Rededrang, redet häufig dazwischen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 redet los, ohne zu überlegen, platzt mit den Antworten heraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 kann schlecht warten, bis es an der Reihe ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 unterbricht, stört häufig andere Kinder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie das mit "oft" oder "immer" Markierte von Nr. 10 bis 18 in den letzten 6 Monaten ständig und deutlich beobachtet?

**nein**

**ja**

Traten alle mit "oft" oder "immer" markierten Merkmale bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf?

**nein**

**ja**

Zeigen sich die bis hierher mit "oft" oder "immer" markierten Merkmale in mehreren Bereichen (Schule, Spiel, Familie ...)?

**nein**

**ja**

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von Mutter Vater Lehrer(in) Datum:

Haben Sie eine e-mail und sind Sie an aktuellen Infos interessiert, dann geben Sie mir hier Ihre mail an:

**KINDERÄRZTLICHER SCHLAFFRAGEBOGEN**  
 Sleep-Disordered Breathing Subscale Version 1.0 GERMAN  
 PSQ-SRBD-Subscale-DE: © Wiater/Sagheri 2009

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Name des Kindes: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nachname)      (Vorname)

Bitte beantworten Sie die Fragen in Bezug auf das Verhalten Ihres Kindes während des Schlafes und des Wachseins. Die Fragen beziehen sich darauf, wie sich Ihr Kind gewöhnlich/normalerweise im letzten Monat verhalten hat und nicht unbedingt in den letzten Tagen, da diese nicht typisch sein müssen, falls es Ihrem Kind nicht gut ging.

- **Bitte kreuzen Sie Ihre Antworten an.**
- **"WN" bedeutet hierbei "Weiß nicht".**

	Ja	Nein	WN
1. Haben Sie bemerkt, dass Ihr Kind während des Schlafens...			
...mehr als die Hälfte der Zeit schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...immer schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...laut schnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...schwer oder laut atmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Schwierigkeiten hat zu atmen oder nach Luft ringt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie jemals gesehen, daß Ihr Kind in der Nacht aufhört zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neigt Ihr Kind tagsüber dazu, durch den Mund zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat Ihr Kind einen trockenen Mund, wenn es morgens aufwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Macht Ihr Kind gelegentlich ins Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlt sich Ihr Kind nach dem Aufwachen am Morgen nicht erfrischt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind ein Problem mit Schläfrigkeit am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat ein Lehrer oder anderer Betreuer darauf hingewiesen, dass Ihr Kind tagsüber schläfrig erscheint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist es schwierig, Ihr Kind morgens aufzuwecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wacht Ihr Kind morgens mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Ihr Kind zu irgendeiner Zeit seit der Geburt aufgehört normal zu wachsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ist Ihr Kind übergewichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mein Kind...			
...scheint oft nicht zuzuhören, wenn es direkt angesprochen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hat oft Schwierigkeiten, Aufgaben oder Aktivitäten zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist oft leicht abgelenkt durch äußere Reize.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zappelt oft mit Händen und Füßen oder rutscht im Sitzen hin und her.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist ständig in Bewegung oder verhält sich wie von einem Motor angetrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...unterbricht oder mischt sich oft bei anderen ein (z.B. platzt dazwischen bei Gesprächen oder Spielen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank!**

## Berechnung:

### Auszug aus:

Pediatric sleep questionnaire: prediction of sleep apnea and outcomes.

Chervin RD, Weatherly RA, Garetz SL, Ruzicka DL, Giordani BJ, Hodges EK, Dillon JE, Guire KE.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Mar;133(3): 216-22

### SRBD SCALE OF THE PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE

*The SRBD scale contains 22 symptom items that ask about snoring frequency, loud snoring, observed apneas, difficulty breathing during sleep, daytime sleepiness, inattentive or hyperactive behavior, and other pediatric OSA features, each previously shown to correlate with polysomnographically confirmed OSA in referred children.*

*Responses are „yes“=1, „no“=0, and „don't know“=missing.*

***The mean response on non missing items is the score, which can vary from 0 to 1. Previous data suggest that a cut-off value of 0.33 would be most effective in identifying pediatric OSA.***

*Subscales within the SRBD scale include a 4-item sleepiness scale, a 4-item snoring scale, and a 6-item inattention/hyperactivity scale derived originally from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).*

### Formel zur Identifikation von möglichen Patienten mit OSA mit Hilfe der SRBD-Subscale:

Anzahl der „JA“ Antworten: \_\_\_\_\_ = => Wert > 0,33: Verdacht auf OSA

Anzahl der „JA“ und „NEIN“ Antworten: \_\_\_\_\_ = => Wert < 0,33: kein Verdacht auf OSA

# Management zur Reduzierung möglicher Nebenwirkungen

## von Methylphenidat bei der Therapie des AD(H)S



Dr. Helga Simchen

Für die Behandlung eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms mit und ohne Hyperaktivität mit ausgeprägter Problematik ist die Einbindung von Methylphenidat in ein multimodal und individuell ausgerichtetes Therapieprogramm meist unumgänglich. Nicht wenige Therapeuten, Betroffene und deren Eltern haben häufig unberechtigt große Vorbehalte wegen der oft und überall beschriebenen Nebenwirkungen des Medikamentes Methylphenidat (Arzneimittelnamen: „Ritalin“, „Medikinet“, „Equasym“, „Concerta“ u. a.). Vor allem wird befürchtet, dass dieses Medikament süchtig mache. Das kann und muss eindeutig verneint werden, wenn es von Therapeuten mit entsprechender Fachkompetenz und An-

leitung der Betroffenen (bei Kindern und Jugendlichen auch deren Eltern) zur Behandlung eines AD(H)S verordnet wird. Zu dieser Therapie gehören unbedingt eine intensive und regelmäßige Beratung mit Erstellung eines problem- und persönlichkeitsbezogenen individuellen Lern- und Verhaltenstherapieprogramms und die Überprüfung dessen Wirksamkeit. Eine solche, frühzeitig begonnene Therapie mit Einbeziehung der Eltern als Coach verhindert bei regelmäßiger Gabe des Medikamentes die Ausbildung möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen und auch einer Sucht mit legalen und illegalen Drogen. Wichtig ist dabei, dass sich die Schwerpunkte der Behandlung nicht nur auf eine kurzfristige Beseitigung aktueller Probleme beziehen, sondern langfristig in kleinen Schritten an der Verbesserung von Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz wirkungsvoll und gemeinsam gearbeitet wird.

Methylphenidat gleicht im Belohnungssystem, genau wie in einigen anderen Hirnbereichen, deren Unterfunktionen aus und ermöglicht so, dass durch therapiebedingte Erfolge das Belohnungssystem der Betroffenen aktiviert wird. Erfolge motivieren durch Freisetzen von Dopamin und aktivieren so das Belohnungssystem. Vorzeitige Therapieabbrüche wirken sich dagegen besonders negativ aus und sollten möglichst vermieden werden, weil dann die

Betroffenen, meist Jugendliche und junge Erwachsene, zur Selbstbehandlung zu den wirklich abhängig machenden legalen und illegalen Drogen greifen. Diese aktivieren ebenfalls das Belohnungssystem, aber leider mit negativen Folgen, von denen die Abhängigkeit eine der häufigsten ist.

Auch die Sorge über die immer wieder genannten und befürchteten Veränderungen der Persönlichkeit unter der Therapie ist unberechtigt. Methylphenidat ist ein Psychostimulans, das im Gehirn von AD(H)S-Betroffenen vorhandene Unterfunktionen ausgleicht und so die AD(H)S-Kernsymptome reduziert, vorausgesetzt es erfolgt eine entsprechende Mitarbeit der Betroffenen.

Auch Organschäden an der Leber und an den Nieren sind bei normaler Funktion dieser Organe und einer an den Leitlinien orientierten Therapie unbegründet. Methylphenidat wird nicht in der Leber verstoffwechselt, sondern dort nur an Bluteiweiß gebunden und gelangt so mit dem Blut bis in die kleinsten Blutgefäße (Kapillaren) des Gehirnes. Danach wird das Medikament ca. vier Stunden, bzw. acht Stunden bei Retard-Präparaten, durch die Nieren und ohne deren aktives Zutun, fast vollständig ausgeschieden. Nur ein kleiner Rest von weniger als 1% der eingenommenen Medikamentenmenge wird verstoffwechselt. Trotzdem sollten Leber- und Nierenwerte laborchemisch vor und während Behandlung mit Methylphenidat untersucht werden, wie es für jede Langzeit-Therapie empfohlen wird. Übrigens verbessert reichliches Trinken die Medikamentenwirkung deutlich, weil dünnflüssiges Blut die kleinsten Gefäße im Gehirn besser und schneller passieren kann und somit mehr Synapsen (Ort der Wirksamkeit von Botenstoffen und somit des Medikamentes) erreicht werden. Viele AD(H)S-Betroffene, besonders aber Kinder, übergehen ihr Durstgefühl oder spüren es erst gar nicht auf Grund der AD(H)S-bedingten Reizüberflutung mit veränderter Informationsverarbeitung. Sie trinken zu wenig, ihr Blut ist deshalb dickflüssiger. Bei der Blutbildkontrolle wird dann oft ein erhöhter Hämatokrit-Wert gefunden, als ein Parameter für die Konzentration der Blutflüssigkeit.

Auch weitere und häufige Nebenwirkungen bei der Stimulanzienbehandlung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (AD(H)S) lassen sich weitgehend vermeiden, wenn man deren Ursachen kennt und versucht, diese auszuschalten. Das setzt natürlich eine Mitarbeit der Eltern, eine gute Compliance und fachliche Kenntnisse zum Verständnis dieser Zusammenhänge voraus. Sind diese nicht bekannt, treten immer wieder bei der Stimulanzienbehandlung die gleichen Klagen über Nebenwirkungen auf. In meiner Praxis konnte ich durch intensive Vermittlung von Kenntnissen zur Vermeidung und zum Umgang mit den Nebenwirkungen erreichen, dass deren Häufigkeit und Schwere deutlich reduziert oder sogar weitgehend vermieden werden konnten.

Was sollte beim Umgang mit dem Medikament Methylphe-

nidat beachtet werden, um Nebenwirkungen möglichst zu vermeiden?

### Ein Hauptproblem: Appetitstörungen

Methylphenidat als ein Stimulans reduziert den Appetit, genau wie Nikotin, Kaffee oder schwarzer Tee, die ebenfalls stimulierend wirken. Zu Appetitstörungen kommt es nicht bei allen Betroffenen, aber ganz bestimmt bei den schon immer schlechten Essern. Hier hilft ein zeitiges Training regelmäßiger gemeinsamer Mahlzeiten am Familientisch. Struktur, Rituale und Konsequenz sind gefragt: fünf kleine Mahlzeiten, regelmäßig, damit sich der Körper darauf einstellen kann. Vor allem gemeinsam am Familientisch frühstücken. Ohne gegessen zu haben, sollte kein Kind das Haus verlassen, um in den Kindergarten oder in die Schule zu gehen. Für kognitive Leistungen braucht jedes Gehirn Zucker, der in Form von Kohlenhydraten aufgenommen wird. Deshalb habe ich vor jeder Verordnung von Methylphenidat immer erst nach den Essgewohnheiten des Kindes und seiner Familie gefragt und wenn erforderlich, eine entsprechende Korrektur mit den Eltern und ihren betroffenen Kindern vereinbart. Bei einigen musste regelmäßiges Essen vorher geübt werden, weil die Tabletten nicht gut wirken können, wenn dem Gehirn Blutzucker fehlt und um den Folgen der Unterzuckerung vorzubeugen.

Zum Beispiel: In der Schule das Schulbrot essen und reichlich trinken. Viele größere Schulkinder bekommen Geld anstelle einer gefüllten Brotbüchse mit, um sich zum Frühstück etwas zu kaufen, was sich immer wieder als eine sehr unsichere, mit Risiken behaftete Angelegenheit entpuppte. Das Schulessen zu Mittag hält nicht bis zum Abend vor, deshalb am Nachmittag dem Kind angewöhnen, eine Kleinigkeit zu essen, damit die meist erforderliche zweite Gabe des Medikamentes auch gut wirken kann.

Und nicht vergessen, Erziehen geschieht zum größten Teil durch Vorbildwirkung der Eltern. Deren Einstellung und Praktizieren von regelmäßigen gemeinsamen Mahlzeiten am Familientisch prägt frühzeitig das Essverhalten ihres Kindes.

Ohne einen ausreichenden Blutzuckerspiegel ist das Gehirn mit Zucker, den es zum Arbeiten braucht, unterversorgt und es arbeitet unkonzentrierter. Wird das Gehirn dann noch durch ein Stimulans zum Arbeiten angeregt, verbraucht es noch mehr Zucker. Fehlt dieser, kommt es zur Unterzuckerung mit Konzentrationsschwäche, Zitterigkeit, innerer Unruhe, Schwächegefühl und Kraftlosigkeit.

Eine sehr häufige Folge dieser Unterzuckerung bei der Stimulanzientherapie sind dann Kopfschmerzen, die meist im Stirnbereich beginnen und als drückende, bohrende Schmerzen beschrieben werden.

### Ein häufiges Problem: Kopfschmerzen

Als Nebenwirkungen der Stimulanzientherapie sind sie meist Folge eines zu niedrigen Blutzuckerspiegels bei zu geringer Nahrungszufuhr vor der Tabletteneinnahme.

Methylphenidat stimuliert das Frontalhirn und einige mit ihm zusammenarbeitende andere Gehirnregionen, was mittels bildgebender Verfahren, wie in der funktionellen Magnetresonanztomografie und der Positronen-Emissions-Tomografie eindeutig und sehr beeindruckend nachweisbar ist. Wenn Teile des Gehirns verstärkt arbeiten, wird auch viel mehr an Blutzucker verbraucht. Unter der Stimulanzienwirkung fällt der Blutzuckerspiegel umso stärker ab, je weniger körpereigene Reserven vorhanden sind. Diese befinden sich als Glykogen in der Leber und in der Muskulatur. Bei zu geringer Nahrungsaufnahme und fehlenden Glykogenreserven kommt es unter Medikamentenwirkung dann zur Unterzuckerung (Hypoglykämie), die sich mit Kopfschmerzen, Müdigkeit (Gähnen), Blässe, Schwindel- oder Schwächegefühl und Zitterigkeit äußern kann. Deshalb sollte auf ausreichende Nahrungszufuhr vor jeder Einnahme von Stimulanzien geachtet werden. Kommt es dennoch zu Kopfschmerzen, sollten sobald als möglich oder besser sofort, schnell verdauliche Kohlenhydrate, wie Traubenzucker, Bananen, glukosehaltige Fruchtsäfte, Süßigkeiten, Schokolade, Müsliriegel u. a. gegessen werden zum schnellen Ausgleich des Glukosemangels im Blut. Damit lassen sich die Kopfschmerzen und die übrigen Folgen der Unterzuckerung schnell beseitigen, vorausgesetzt sie bestehen nicht schon über Stunden.

Länger andauernde Kopfschmerzen infolge Unterzuckerung, und das nicht nur als Folge eines durch Stimulanzien bedingten erhöhten Glukoseverbrauches sondern generell, ist die Folge einer teilweisen Übersäuerung des Gehirns. Es setzt bei Gleichzeitigkeit von aktiver Hirntätigkeit, Blutzuckermangel und fehlenden Glykogenreserven ein Milchsäurestoffwechsel im Gehirn ein, dessen saure Zwischenstoffwechselprodukte intermittierend (vorübergehend) zum leichten Hirnödem führen. Dieses Hirnödem löst durch seinen Druck auf die Gehirnhäute (Meningen), die der eigentliche Ort der Schmerzempfindlichkeit im Gehirn sind, Kopfschmerzen aus.

Deshalb sollte unbedingt auf eine ausreichende Nahrungsaufnahme vor und während der Zeit der Stimulanzienwirkung geachtet werden. Lässt die Konzentration im Laufe des Schulvormittages trotz Methylphenidateinnahme z. B. gegen 11 Uhr nach, so sollte nicht gleich eine weitere Tablette eingenommen werden, sondern erst etwas gegessen oder zuckerhaltige Säfte getrunken werden. Viele Kinder und Jugendliche mit Stimulanzieneinnahme vor Schulbeginn berichten: „Bemerke ich etwa nach der 4. Schulstunde ein Nachlassen der Konzentration, dann esse ich sofort. Danach kann ich mich wieder besser konzentrieren“.

Überhaupt kann bei zu niedrigem Blutzuckerspiegel das Methylphenidat nicht gut wirken, denn das Gehirn braucht Glukose, um arbeiten zu können. Hyperaktive Kinder verbrauchen schon wegen ihres großen Bewegungsdranges viel Glukose. Essen sie dann am Morgen sehr wenig oder gar nichts (keine Zeit, keine Aufforderung zum gemeinsamen

Frühstück, kein Appetit) und auch in der Schule aus den gleichen Gründen nichts oder zu wenig, kann es sehr schnell zur Unterzuckerung kommen mit den oben beschriebenen Symptomen. Diese gilt es unbedingt zu vermeiden.

### **Erhöhung der Herzfrequenz (Tachykardie)**

Die Therapie mit Methylphenidat sollte in langsam aufsteigender Dosierung erfolgen, einmal weil jeder seine individuelle optimale Dosierung benötigt und zum anderen, weil eine sofortige Gabe einer für den Körper ungewohnt hohen Dosis zur vorübergehenden Beschleunigung der Herzfrequenz führen kann. Denn Methylphenidat ist ein Stimulans, es regt den Nervus sympathicus an, der die Herzfrequenz erhöht, nicht aber dessen Gegenspieler, den Nervus vagus, der die Herzfrequenz herunter reguliert. Beide Nervensysteme beeinflussen sich gegenseitig und befinden sich normalerweise im Gleichgewicht. Dieses Gleichgewicht ist bewusstseinsunabhängig, kann aber durch Stress oder durch zu schnelle Erhöhung der Stimulanzien-dosis bei Therapiebeginn vorübergehend beeinträchtigt werden.

Niedrige Anfangsdosen mit langsamer medikamentöser Aufdosierung vermeiden also, dass es zu Behandlungsbeginn durch schnellen Blutspiegelanstieg und bei besonderer Veranlagung (Disposition) zur Erhöhung der Herzfrequenz (Tachykardie) unter Methylphenidatgabe kommt. Übrigens tritt diese Erscheinung nur zu Beginn der Behandlung auf, später stellt sich der Körper auf die von ihm benötigte Dosis ein. Auch nach einer längeren Therapiepause braucht diese dann nicht mehr so langsam gesteigert (auftitriert) werden, die Höhe der vorher verabreichten Dosis wird dann meist gut toleriert.

Es sollte jedoch vor jeder Behandlung mit Methylphenidat eine Störung im Reizleitungssystem des Herzens mittels EKG und Abhören des Herzens ausgeschlossen werden. Vorsicht auch bei erhöhtem Blutdruck! Hier muss zuerst die Ursache geklärt werden. Meist ist ein erhöhter Blutdruck bei Erwachsenen mit AD(H)S stressbedingt und lässt sich dann gut mit Betablockern normalisieren. Wenn er dann stabil im Normbereich liegt, kann unter regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle mit der Gabe von Methylphenidat begonnen werden. Beide Medikamente vertragen sich miteinander, aber sie beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Wirkung, was bei der Behandlung zu berücksichtigen ist.

### **Bauchschmerzen**

Die gleiche anregende Wirkung wie auf das Herzkreislaufsystem kann Methylphenidat zu Behandlungsbeginn auf die Muskulatur des Magendarmtraktes haben. Wird Methylphenidat auf nüchternen Magen oder nur nach Flüssigkeitszufuhr eingenommen, kann es zur verstärkten Magen-Darmpéristaltik (verstärkte Kontraktionen) kommen, die als schmerzhaft empfunden werden. Auch hier wird die Magendarmmotorik über das sympathische Nervensystem angeregt, genau wie beim Herzen. Durch eine ausreichende Nahrungsaufnahme vor der Tabletteneinnahme

können durch Füllung des Magen-Darmtraktes mit festen Substanzen auch diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden.

Das empfohlene Zeitintervall zwischen Nahrungsaufnahme, Tabletteneinnahme und Schulbeginn zur Erreichung einer optimalen Medikamentenwirkung von einer Stunde ist in der Praxis des Schulalltages kaum einzuhalten. Meist müssen auch 10-20 Minuten ausreichen, als praxisrelevantes und realisierbares Zeitintervall.

Außerdem ist Wirkungseintritt und Wirkungsdauer von Methylphenidat individuell sehr unterschiedlich. Die unretardierten Präparate sollen ca. 4 Stunden wirken, tun es manchmal aber nur 2,5 bis 3 Stunden oder bei einigen auch bis 6 Stunden, was Einfluss auf den Therapieerfolg hat und berücksichtigt werden sollte. Auch Retardpräparate wirken aus dem gleichen Grund individuell zwischen 5 bis 10 Stunden, bzw. 12 bis 14 Stunden oder auch wesentlich kürzer bei „Concerta“.

### **Einschlaf- und Durchschlafstörungen**

Wenn die Diagnose AD(H)S stimmt, sollten Stimulanzien bei den Betroffenen keine Schlafstörungen machen, wenn man Folgendes beachtet:

Die Stimulanzien bewirken bei AD(H)S-Betroffenen eine innere Ruhe mit verbesserten kognitiven Fähigkeiten und der Fähigkeit, ihre „Gedanken ausrichten zu können“. Sie gleichen die Reizfilterschwäche aus, indem sie eine ungesteuerte Überflutung des Gehirns mit wichtigen und auch unwichtigen Informationen vermeiden helfen. Wenn aber die Wirkung der Stimulanzien nachlässt, kommt es infolge des Rebound-(Rücklauf)Effektes vermehrt zur inneren Unruhe mit „Einschießen“ vieler Gedanken, was als störendes Grübeln erlebt wird und das Einschlafen erschwert. Da dieser Rebound-Effekt zu Beginn der Stimulanzienbehandlung besonders ausgeprägt und länger anhaltend sein kann, sollte zu Behandlungsbeginn unbedingt auf diese Nebenwirkung hingewiesen oder besser noch, das Medikament so eingenommen werden, dass zur Schlafenszeit so wenig wie möglich von ihm noch im Blut ist. Das erreicht man mit der unretardierten Form am besten, wenn man sie anfangs nicht mehr nach 16 Uhr verabreicht.

Nach einer ca. dreiwöchigen Eingewöhnungszeit können Patienten mit AD(H)S das Stimulans auch nach 16 Uhr noch einnehmen. Denn es müssen z. B. viele Studenten, berufstätige Erwachsene, Gymnasiasten oder Schüler der höheren Klassen abends noch lernen. Soll das Lernen effektiv sein, d. h. das Gelernte auch noch nach Tagen abrufbar sein, emp-

fiehlt sich immer ein Lernen unter Stimulanzienwirkung. Diese stellen Botenstoffe bereit, die das Gelernte vom Arbeitsgedächtnis zum Langzeitgedächtnis transportieren, wo es gespeichert wird, um jederzeit wieder abrufbereit zu sein. Außerdem werden unter dem Medikament viel besser die für das Lernen und für die Verhaltenssteuerung erforderlichen „dicken Nervenbahnen“ gebildet („Neuronale Säulen“) und diese mit den dazu erforderlichen Botenstoffen (Neurotransmitter) versorgt.

Unter der Stimulanzientherapie sollte sich nämlich die Vernetzung der Nervenbahnen im Gehirn verändern, effektiver werden. Aus dem fein verzweigten Netzwerk sollten sich dicke Lernbahnen bilden, die dann eine Automatisierung im Lernprozess und in der Verhaltenssteuerung ermöglichen, aber dazu ist ein regelmäßiges Trainieren dieser Bahnen durch Benutzen = Üben erforderlich.

Inzwischen nehmen sehr viele Jugendliche und Erwachsene noch nach 16 Uhr Methylphenidat ein und klagen weder über Einschlaf- noch über Durchschlafprobleme. Sie müssen nur ihre Nachtruhe beginnen, bevor das Medikament aufhört zu wirken. Von den Betroffenen wird nicht selten zweimal täglich ein Retardpräparat eingenommen, etwa um 7 und um 15 Uhr. Falls sie aus dem Rhythmus kommen und medikamentös bedingt nicht einschlafen können, nehmen manche dann ausnahmsweise 0,25 mg ein, also eine Vierteltablette, um einschlafen zu können. Das Einhalten eines geregelten Schlafwachrhythmus ist besonders für Betroffene mit AD(H)S wichtig, da sie auf Grund ihrer anderen Art der neuronalen Vernetzung viel länger brauchen, bis sich ihr Körper auf eine veränderte Einschlafzeit einstellen kann.

Das bei Kindern mit AD(H)S oft beobachtete Schlafwandeln verschwindet meist unter einer Behandlung mit Stimulanzien.

Soweit meine Erfahrungen aus der Praxis, deren Nachprüfung ich allen empfehle.

Noch ein wichtiger Hinweis:

Methylphenidat verstärkt die Wirkung von Alkohol und Nikotin. Unter der Behandlung mit Methylphenidat sollte niemals Cannabis konsumiert werden, es kann zu einer schweren schizophrenen Psychose kommen. Auch sollten alle Party-Drogen streng gemieden werden, deren Kombination mit Methylphenidat kann schwere Herzkreislaufbeeinträchtigungen oder Krämpfe auslösen.

■ Dr. Helga Simchen

# Fragiles-X Syndrom

*Vor einigen Wochen lernte ich auf einem Seminar der BAG-Selbsthilfe Frau van Houten kennen. Am Abend tauschten wir uns über unsere Arbeit in der Selbsthilfe aus; sie als Mutter eines von Fragilem-X Syndrom betroffenen Kindes, ich als ADHS-Mutter. Es war ein sehr interessantes Gespräch, viele Kinder mit Fragilem-X Syndrom haben auch eine Autismus-Spektrum-Störung und/oder Merkmale einer ADHS. Gerade bei Kindern, die nicht so schwer betroffen sind, wird oftmals erst eine ADHS- oder Autismusdiagnose und erst nach Jahren die Diagnose Fragiles-X Syndrom gestellt. Da meiner Meinung nach viele diese Erkrankung nicht kennen, möchte ich die Informationen, die mir die Interessengemeinschaft Fragiles-X Syndrom freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat, gerne weitergeben. Daran schließt ein persönlicher Bericht von Frau van Houten an, der mich sehr berührt hat und in dem sich Eltern, deren Kind von einer chronischen Krankheit oder Behinderung betroffen ist, wiederfinden können.*

*Dr. Myriam Menter*

Fragiles-X Syndrom wird durch einen Gendefekt auf dem X-Chromosom hervorgerufen und stellt die häufigste Form erblicher Lern- und geistiger Behinderung dar. Das Spektrum ist weitläufig, Jungen/Männer sind meist stärker betroffen als Mädchen/Frauen.

Man geht heute von einer Häufigkeit von etwa 1:3000 aus. Neben der mentalen Beeinträchtigung gibt es eine Reihe körperlicher Besonderheiten, die beim FraX-Syndrom auftreten können. Das Gesicht der Betroffenen ist meist lang und schmal, das Kinn kann sehr ausgeprägt und kantig sein. Der Kopfumfang ist überdurchschnittlich groß, er liegt aber noch im oberen Normalbereich. Die Ohren können sehr groß sein und stehen häufig ab. Die Merkmale des Gesichtes sind bei sehr jungen Kindern noch schwach ausgeprägt, treten aber mit zunehmendem Alter immer deutlicher hervor. Bei weiblichen Betroffenen mit FraX-Syndrom bleiben sie auch im Erwachsenenalter schwächer ausgeprägt. Erwachsene Männer haben zu 80% eine Hodenvergrößerung (Makroorchidie), diese kann auch schon bei Kindern deutlich sein. Die Gelenke sind oft überstreckbar. Die Muskelspannung („Muskeltonus“) ist häufig schwächer (Hypotonie), aber auch das Gegenteil, ein erhöhter Tonus (Hypertonie) ist möglich. Dadurch haben Betroffene einen auffälligen Gang, sie wirken schlaksig und etwas unbeholfen. Die körperlichen Merkmale sind einzeln nicht besonders auffällig, doch in der Kombination ergeben sie das für das FraX-Syndrom typische Erscheinungsbild.

Es gibt neben den äußerlichen Merkmalen vor allem aber Verhaltensauffälligkeiten, die bei Menschen mit FraX-Syndrom gehäuft vorkommen. Insbesondere zählen dazu Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite. Einige Verhaltensweisen tragen autismusähnliche Züge, wie das Vermeiden von Blickkontakt, soziale Scheu, stereotypes

Verhalten und das Bestehen auf Ritualen. Häufig wedeln Kinder mit den Händen oder beißen in den Handrücken, wenn sie besonders erregt sind. FraX-Syndrom Betroffene sind leicht erregbar und neigen vor allem in jungen Jahren zu heftigen Wutausbrüchen. Ihre Frustrationstoleranz ist niedrig, Bedürfnisse aufzuschieben fällt ihnen sehr schwer. Viele Verhaltensauffälligkeiten schwächen sich nach der Pubertät jedoch ab.

Die Entwicklung von Kindern mit FraX-Syndrom verläuft verzögert. Sie laufen spät und können Gleichgewichtsstörungen haben. Auch mit der Feinmotorik, wie z. B. dem Halten von Stiften oder dem Umgang mit Besteck haben sie häufig Probleme. Die Sprachentwicklung beginnt spät und verläuft langsam. Später haben die Kinder oft eine undeutliche Aussprache. Sie wiederholen einzelne Wörter oder Sätze (Echolalie), gern stellen sie auch immer wieder die gleichen Fragen. Das Sprachverständnis ist allerdings oftmals größer, als es der aktive Wortschatz vermuten lässt.

Trotz der oft erheblichen geistigen Beeinträchtigung haben die Betroffenen ein hervorragendes Langzeitgedächtnis. Vor allem Orte und Wege prägen sich fotografisch ein. Sie entwickeln oft ein starkes Interesse für ein Sachgebiet, auf dem sie sich dann ein erstaunliches Wissen aneignen können.

Mädchen sind anders betroffen als Jungen, vor allen Dingen viel unterschiedlicher, da Mädchen zwei X-Chromosomen besitzen, also zusätzlich zu dem fragilen noch ein intaktes X-Chromosom. Bei Mädchen wird in jeder ihrer Körperzellen ein X-Chromosom stillgelegt. Es ist reiner Zufall, ob das betroffene oder das gesunde X-Chromosom abgestellt wird, so dass bei einem Mädchen in 80 % seiner Körperzellen das intakte X-Chromosom aktiv sein kann. Dieses Mädchen wäre wenig betroffen. Wenn aber umgekehrt in 80% der Körperzellen das betroffene X-Chromosom aktiv ist, so ist dieses Mädchen dann viel schwerer vom Fragilen-X Syndrom betroffen.

Diese Varianten machen sich im äußeren Erscheinungsbild, im Verhalten und in den kognitiven Fähigkeiten bemerkbar.

Ein leicht betroffenes Mädchen hat vielleicht nur Probleme mit der Mathematik, da diese kognitive Fähigkeit am häufigsten als Erstes ausfällt. Eventuell zeigt es grob-motorische Züge beim Laufen oder leicht autistisches Verhalten. Meist kommen solche Kinder gut durch die Schule.

Problematischer wird es mit den mittelschwer betroffenen Mädchen. Äußerlich zeigen auch sie keine Auffälligkeiten, so dass ihre Probleme häufig erst in der Schule auftauchen. Die Ausfälle im mathematischen Verständnis werden meist früh erkannt, es können auch Probleme beim Schreiben und Lesen auftreten. Wegen der autistischen Züge und der häufigen Überreizbarkeit leiden sie sowohl an den Anforderungen der Schule, als auch unter Mobbing der Klassenkameraden. Spätestens nach dem 4. Schuljahr stellt sich die Frage: Wohin mit meinem Kind? Irgendwie passt so ein betroffenes Mädchen in keine der angebotenen Schulen. Hier hilft nur: sich schlaumachen über alle Schulen im Angebot bzw. Umkreis und aus dem Bauch heraus entscheiden.

Schwer betroffene Mädchen gleichen den betroffenen Jungen im Aussehen, Verhalten und den kognitiven Fähigkeiten. Kindergarten, Schule – alles muss entsprechend ihren speziellen Bedürfnissen ausgewählt werden. Förderschulen können hervorragende Arbeit leisten, aber bei einem ruhigem Kind ist eine integrative Beschulung sicherlich auch zu überlegen. Trotz aller Bemühungen erlernen schwer betroffene Mädchen nicht immer das Lesen und Schreiben. So bleibt nach der Schule meist keine andere Wahl als der Übergang in eine betreuende Werkstatt. Moderne Werkstätten testen die Fähigkeiten der Kinder aus. Es kann auch sein, dass ein Mädchen dann nach sorgfältiger Überprüfung in eine leichte Tätigkeit im

1. Arbeitsmarkt vermittelt wird, durchaus auch mit Begleitung durch die Werkstatt.

Die zuvor beschriebenen Merkmale des FraX-Syndroms treten selten alle bei einem Menschen auf, es können sehr viele Symptome zutreffen, aber auch nur einige wenige. Auch ein Kind mit FraX-Syndrom ist immer ein Kind seiner Familie, mit vielen Ähnlichkeiten zu seinen Eltern, Geschwistern und Verwandten in Aussehen und Charakter.

Durch die Entdeckung des für Fragiles-X Syndrom verantwortlichen Gendefekts im Jahr 1991 konnten sichere Verfahren zur Diagnose entwickelt werden. Eine verlässliche Diagnose kann bislang nur über eine humangenetische DNA-Analyse erfolgen. Hierbei kommen zumeist gleichzeitig zwei Tests/Untersuchungsmethoden (Infrage: Southern Blot 1) sowie PCR-Analyse 2).

Als sinnvolle Therapien haben sich unter anderem Frühförderung, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und auch die Montessoritherapie herausgestellt. Das Ziel dabei ist das Weiterbringen durch Unterstützen von Entwicklungsvorgängen, nicht der Angleich an die Norm im Sinne eines Wegtrainierens der Behinderung.

■ Interessengemeinschaft Fragiles-X e. V.

Weitere Informationen und Ansprechpartner:  
[www.frax.de](http://www.frax.de)

## FraX-Mütter werden – eine Innenansicht

**Mein Sohn Jurij ist neun, autistisch und seit knapp sechs Wochen weiß ich, dass er das Fragile-X Syndrom hat. Er ist ein lieber, kleiner, pfißiger Kerl. Ein echter Sonnenschein, der gern Rad fährt und schwimmt, sich für Naturkatastrophen aller Art interessiert und seine große Schwester Charlotta (12 J.) ganz augenscheinlich sehr liebt, auch wenn er sie immer mal ärgert. Irgendwie ist er wie jedes Kind – naja, vielleicht ein bisschen schrullig.**

Ich könnte jetzt schreiben, wie viele Stellen und Untersuchungen und Tests Jurij durchlaufen musste, wie viele falsche Diagnosen gestellt wurden, bis wir endlich die richtige Diagnose erhielten. Ich könnte erzählen, dass ich als unfähige Mutter hingestellt worden bin oder wahlweise auch als überbehütend. Aber die meisten von Ihnen haben Ähnliches erlebt oder erleben es noch.

Mir persönlich hilft es eher weniger, zu lesen, bei welchem Arzt jemand war, welche Therapie jemand wann gemacht



Jurij

hat, wie lang es bis zur Diagnose gedauert hat. Schließlich enden unsere Wege ja nicht mit der Diagnose. Wir alle sind täglich aufs Neue gefragt, den besten Weg für unser Kind zu finden und das immer orientiert am Kind und dessen individuellen Bedürfnissen, Stärken und Schwächen.

Und wir alle werden weiterhin täglich den Grenzen begegnen. Grenzen im Alltag, Grenzen in der Entwicklung unserer Kinder, Grenzen bei Mitmenschen, aber vor allem auch unseren eigenen Grenzen.

Mir hilft es daher viel mehr, wenn andere mir intellektuellen Input geben, mir neue Denkansätze mitgeben, mir ihre Gedanken und Gefühle mitteilen. Denn nur so vermeide ich es, in einem Sumpf aus Selbstmitleid und Resignation und Enttäuschung stecken zu bleiben.

Ich kann mir so bewusst werden, wo ich stehe, kann reflektieren, hinterfragen. Es gibt mir die Möglichkeit zu wachsen, mich weiter zu entwickeln.



Jurij

Das habe ich zum Beispiel auf der Jahrestagung der IG Fra-X erlebt. Ich danke an dieser Stelle noch einmal ganz ausdrücklich Herrn Richstein, der so freundlich war, mich einzuladen, als ich, etwa eine Woche nach erfolgter Diagnose, Mitglied in der IG wurde. Ich habe in diesen zwei Tagen der Tagung sehr gute Gespräche mit offenen und ehrlichen Menschen führen können. Ich habe sehr viel über das Syndrom und die verschiedenen Ausprägungen und Symptome gelernt, zudem habe ich aber auch wieder ein wenig mehr über mich selbst erfahren.

Mir wurde sehr klar, dass das Leben hin und wieder die Richtung diktiert und es mir in manchen Dingen zukünftig weit weniger Kontrolle einräumen wird als mir lieb ist – und als ich es bisher gewohnt war. Ich möchte Jurij – und auch Charlotta – frei aufwachsen lassen, nicht beschwert von meinen Erwartungen und Plänen und Wünschen und meiner Trauer darüber, dass sie sich vielleicht nicht erfüllen werden.

Ich möchte nicht, dass sie sich je für meine Enttäuschung verantwortlich fühlen.

Ich möchte gern, dass sie glückliche Menschen sind – und zwar ihr Glück lebend. Ich ertappe mich immer wieder dabei, mein Idealbild vom Glück und meine Erwartungen an ein „gutes Leben“ völlig unkritisch auf sie zu projizieren und erschrecke dabei.

Wie an dem Tag vor etwa eineinhalb Jahren, an dem uns mitgeteilt wurde, dass Jurij vermutlich nur praktisch bildbar sei. Dieser schöne Euphemismus für „debil“ (wie man es bis vor nicht allzu langer Zeit noch handfest bezeichnete) war wie ein Schlag mit dem Hammer für mich. Ich weinte etwa eine Woche. „So etwas“ gibt es in unserer Familie nicht! Mein Sohn – ein Kind aus einer Familie voll Früh- und Hochbegabter (also voll schrulliger – aber eben intelligenter – Spinner) – sollte dumm sein wie Brot? Das ging nicht, das war völlig außerhalb meiner Vorstellung und außerhalb jeder Möglichkeit.

Das Schlimmste aber war für mich nicht etwa die Tatsache an sich, sondern die Erkenntnis, selbst voller Vorurteile zu sein – ich weinte nicht um Sorge um mein Kind, sondern aus bloßem Selbstmitleid! Das war ein ziemlicher Schock für mich und da ich ein klar denkender Mensch bin, ging meine Ratio mit meinen Gefühlen sehr hart ins Gericht: „Jurij ist doch heute noch der gleiche wie gestern“, sagte sie. „Das, was Du ihm bisher zugetraut hast, kann er auch heute noch. Außerdem willst Du doch, dass Dein Kind glücklich wird – sonst nichts.“

„Stimmt schon – ich will, dass er glücklich wird“, nickte das Gefühl, dann aber stach das kleine fiese Erwartungsteufelchen ihm in die Seite und das Gefühl ergänzte: „.... aber doch kein glücklicher Straßenkehrer! Er kann meinetwegen ein glücklicher Mathematiker, Ingenieur, Biologe, Lektor, Jurist werden.“ Darauf sagte meine Ratio: „Klappe, Kleene! – Du hast ja 'ne Meise! Ich glaub, Du brauchst 'ne Therapie.“

Da meine Ratio ziemlich entscheidungsfreudig ist, wühle ich seither in meiner Kindheit und in der Familiengeschichte. Ich spüre, dass auf diese Weise so langsam die von mir in letzter Zeit so schmerzlich vermisste Unbeschwertheit wieder in die Erziehung meiner Kinder einziehen kann.

Mit den besten Wünschen für einen wunderbaren Herbst,  
Ihre

■ Ria van Houten

<http://www.frax.de/mitgliederzeitung-frax-info/file/46-frax-info-27-2011>

# Jakobsweg – Andacht

## vom 29.04.2012

### Mitgliederversammlung Böblingen

Die Helden aus der Bibel bieten wunderbare Gelegenheiten, um an ihre Geschichten anzuknüpfen. Bestimmten Personen fühle ich mich besonders nahe. Sie spiegeln etwas von mir, und ich erkenne mich in ihnen wieder. Eine meiner Lieblingsgestalten ist Jakob. Sein Leben zeigt, wie Gott auf krummen Linien eine Segensgeschichte schreibt. Das ist ungemein herausfordernd und ermutigend. Als jemand, der von ADHS betroffen ist, habe ich – wie viele andere – die Erfahrung gemacht, dass mein Leben nicht in direkter Linie von einem zum anderen Ort führt. Wie bei Jakob. Er ist einer der widersprüchlichsten, widerspenstigsten, sozusagen kurvenreichsten Figuren der Bibel. Deshalb fasziniert er mich.

Die Widerspenstigkeit lag Jakob bereits in der Wiege. Er hatte einen älteren Zwillingsbruder, Esau. Esau würde, weil er der Erstgeborene war, das Erbe zufallen. Er würde das Oberhaupt der Familie werden und den Erstgeburtssegens erhalten.

Jakob jedoch konnte es nicht ertragen, hinter Esau der Zweite zu sein. Dieser Gedanken setzte sich in ihm fest, hatte sich gleichsam in ihn festgeschraubt. Er wollte nicht hinter seinem älteren Bruder zurückstehen. Er wollte den Erstgeburtssegens.<sup>1</sup>

Um sich durchsetzen, ging er bis zum Äußersten. Er entschloss sich, den Segen durch Betrug zu bekommen. Das war kein Kavaliärsdelikt. Der Segen war heilig und einmalig. Er konnte nur einmal ausgesprochen werden, so wie ein Erbe nicht zweimal verteilt werden kann.

Aber Jakob blieb unbeirrbar und eigensinnig: Als Isaak, der Vater von Jakob und Esau, wusste, dass er bald sterben würde, beschloss er Esau zu segnen. Isaak war krank und blind und das nutzte Jakob aus. Er verstellte sich, tat so, als wäre er Esau und erhielt den Erstgeburtssegens des Vaters.<sup>2</sup>

Bemerkenswerterweise empfand er den Segen, nachdem er ihn erhalten hatte, nicht als Gewinn. Im Gegenteil. Plötzlich stellte sich Ernüchterung ein. Jakob wurde sich der Konsequenzen dessen bewusst, was er getan hatte.<sup>3</sup> Er hatte seinen Vater und seinen Bruder hintergangen und zwar in einer Weise, die sich nicht gutmachen ließ durch ein einfaches „Entschuldigung! Ich bin ein bisschen zu weit gegangen.“ Seine Widerspenstigkeit und sein Widerspruchsgeist, von denen er sich so sehr hatte herausfordern lassen, verursachte eine dramatische Lage. Und dies nicht nur für ihn: Seine Familie zerriss.<sup>4</sup> Er musste vor der Rache seines Bruders fliehen. Die Schuld durch den Betrug war eine Last, die er nicht mehr abschütteln konnte.

Der Segen, den er so sehr begehrt hatte, war ihm zum Fluch geworden.

*Der erste Anknüpfungspunkt – verzerrte Ziele.* Man gibt sich auf Biegen und Brechen einem Begehren hin und unterschätzt in seiner Unbeirrbarkeit die Gefahr, dass tatsächlich etwas zu Bruch gehen könnte.

Thomas Alva Edison, einer der berühmten Menschen mit ADHS, zerstritt sich mit einem Konkurrenten derart, dass aus seinem verbissenen Bemühen, seinen Gegner in die Knie zu zwingen, eine barbarische Erfindung hervorging. Edison wollte zeigen, dass die Stromart, die sein Konkurrent einsetzte, lebensgefährlich für den Menschen war. Er bewies es, indem er ein Hinrichtungsgerät erfand, das mit diesem Strom betrieben wurde: Der elektrische Stuhl.<sup>5</sup>

Sich einem verzerrten und verzehrendem Ziel hingeeben zu haben, das ist Jakob widerfahren und das bestimmte von nun an sein Leben. Es ließ ihn zum beständig Flüchtenden werden. Eine Flucht, die zum Teil ihre Ursache in der Rache seines Bruders hatte. Zum Teil aber floh er aber auch, weil er nicht ertrug, was er Esau und seinem Vater angetan hatte. Die große Lektion, die Gott Jakob zumutete, bestand darin, dass Jakob in eine Situation geriet, der er nicht durch Flucht entinnen konnte. Eines Tages würde er sich dem stellen müssen, was er getan hatte. Doch bis zu diesem Zeitpunkt irrte und wirrte Jakob durchs Leben. Er heiratete zweimal, einmal sozusagen aus Versehen. Sein schlitzohriger Onkel Laban lässt ihn die eigene Medizin schmecken und trickst ihn nach Strich und Faden aus.<sup>6</sup> Der Segen, nach dem ihm so verlangt hatte, wäre Jakob am liebsten wieder losgeworden, weil ihn das Gewissen plagte und er Angst vor Esau hatte.<sup>7</sup>

*Der zweite Anknüpfungspunkt:* Das Sich-In-Krummen-Linien-Fortbewegen, das Hakenschlagen und In-Unmögliche-Situationen-Geraten ist etwas typisch ADSlerisches.<sup>8</sup> Uns sitzt der Aberwitz im Nacken. Wenn wieder etwas geschah, das alles durcheinander brachte, möchten wir ihn am liebsten los sein: Aus einer Beziehung in die nächste getaumelt, die eigenartigerweise der ersten in vielen Zügen ähnelt. Beim neuen Arbeitsplatz zeichnet sich dasselbe Malheur ab wie beim letzten. Es ist verhext, enttäuschend, ermüdend. Es liegt am komischen ADS-Schicksal. Der Aberwitz reizt und schüttelt einen, lässt sich aber nicht abschütteln. Wie bei Jakob: Er konnte machen, was er wollte: Sich selbst wurde er einfach nicht los, trotz der Haken, Listen und Kniffe<sup>9</sup>, die er anwendete.

Und dann kam das Ende. Jakob musste seinem Bruder gegenüberreten. Es gab keine Ausflucht mehr.<sup>10</sup> Jakob war mittlerweile ein wohlhabender Mann geworden, ein Familienoberhaupt mit vielen Kindern. Der Unglückssegens hatte sich erfüllt.<sup>11</sup>

Aber auch Esau war Herr über eine mächtige Sippe geworden. 400 wehrfähige Männer gehörten zu seinem Gefolge und mit diesem kam er Jakob entgegen. Am Fluss Jabbok würden sie einander begegnen. Jakob würde büßen für seinen Betrug. Doch – und das war das Schlimme – nicht nur er, sondern auch seine Familie. In der Nacht vor der Begegnung fand Jakob keine Ruhe. Er verließ das Lager, um ans Ufer des Jabbok zu gehen. Dort traf er auf Gott. Und mit Gott traf er auf all das, dem er Zeit seines Lebens ausgewichen war.

In der Bibel heißt es, Jakob und Gott rangen miteinander und als der Morgen anbrach, ließ Gott sich von Jakob überwältigen.<sup>12</sup> „Segne mich!“, verlangte Jakob von Gott, bevor er ihn gehen ließ. „Segne mich und ich lasse dich.“ Dieser ungewöhnliche Siegespreis zeigt, dass es nicht um Gewinner und Verlierer in einem Ringkampf geht. Jakob wusste, dass ihm ein Kampf bevorstand, den er nicht gewinnen konnte. Gegen Esau würde er unterliegen. Ohne den Segen Gottes wollte er nicht ins Unausweichliche gehen. Aber er musste um den Segen kämpfen.

*Der dritte Anknüpfungspunkt:* Was groß und segensreich ist, lässt sich nur ergreifen, wenn wir darum ringen. Segen ist nicht das gleiche wie Glück. Glück fällt uns zu, Segen kostet. Die Bibel erzählt, dass Jakob von diesem Kampf eine Verletzung an der Hüfte davontrug. Seit der Nacht am Jabbok hinkte er.<sup>13</sup> Dieses Hinken macht deutlich, wie viel Segen kosten kann.

Dieser Punkt ist mir der wichtigste. Ich bin überzeugt, dass jeder von Ihnen ein Segensträger ist. Ich bin überzeugt, dass jeder von Ihnen eine einmalige, große Begabung in sich trägt. Als Menschen mit ADHS wissen wir, wie schwer es ist, an diese Begabung heranzukommen. Sie liegt tief verborgen unter einem Berg unglücklicher Erfahrungen, eines gestauchten Selbstbewusstseins, eines kurven- und hindernisreichen Lebenswegs. Im Unterschied zu Jakob hinken wir schon vorher und würden am liebsten all das abschütteln, was das ADHS mit sich bringt. Dennoch bin ich überzeugt, dass jeder von Ihnen ein Segensträger ist, nicht trotz, sondern wegen Ihres ADHS. Und so, wie sich der

Segen Jakobs erst entfaltete, als er darum rang, so sage ich Ihnen zu, dass es sich lohnt, um Ihren Segen zu ringen. Wenn ich früher sehr zerrissen, sehr erschöpft und entmutigt war, las ich einen wunderbaren Text von Martin Luther King:

„Wenn unsere Tage verdunkelt sind und unsere Nächte finsterner als tausend Mitternächte, so wollen wir stets daran denken, dass es in der Welt eine große, segnende Kraft gibt, die Gott heißt.

Gott kann Wege aus der Ausweglosigkeit weisen.

Er will das dunkle Gestern

in ein helles Morgen verwandeln –

zuletzt in den leuchtenden Morgen der Ewigkeit.“<sup>14</sup>

Diese wunderbaren Worte habe ich immer in meiner Brieftasche bei mir. Sie geben mir viel Kraft und im wahrsten Sinn notwendige Zuversicht, mich nicht gänzlich der Erschöpfung und Enttäuschung hinzugeben. Mein Leben vollzog sich deswegen nicht in weniger kurvenreichen Bahnen. Aber der große, segnende Bogen Gottes umschließt mich.

Zum Schluss will ich Ihnen noch kurz erzählen, was aus Jakob wurde, nachdem er nach seinem Kampf am Jabbok in die aufgehende Sonne davonzuhumpelte.<sup>15</sup>

Am nächsten Tag begegnete er seinem Bruder. Esau lief ihm entgegen, aber nicht um sich an ihm zu rächen, sondern um sich mit ihm zu versöhnen.<sup>16</sup> Esau hatte nie vorgehabt, sich Genugtuung zu verschaffen. Er wollte den Riss zwischen ihm und Jakob schließen. Das zweite, was mit Jakob geschah, war, dass er mit dem Segen auch einen neuen Namen erhielt, einen Segensnamen gewissermaßen. Dieser Name ins Deutsche übersetzt, hat die Bedeutung „Du hast mit Gott gekämpft und mit Menschen“. Auf Hebräisch lautet er „Israel“.

Jakob, der Widerspenstige, Hakenschlagende und Hinkende setzte den Anfang einer großen, einmaligen Geschichte.

Vertrauen auch Sie Ihren Gaben, so verborgen sie auch liegen. Vertrauen Sie Ihrer Geschichte. Sie wird, allem Hinken zum Trotz, umschlossen vom großen Segensbogen Gottes.<sup>17</sup>

■ Uwe Metz

<sup>1</sup>Vgl. 1. Mos.25, 31.

<sup>2</sup>Vgl. 1. Mos. 27, 18-24.

<sup>3</sup>Vgl. 1. Mos. 27, 41-45; 28, 21.

<sup>4</sup>Vgl. 1. Mos. 27,45.

<sup>5</sup>Die Rede ist vom „Stromkrieg“ zwischen Edison und seinem Konkurrenten George Westinghouse. Es ging dabei um die Durchsetzung, mit welcher Art Strom Städte elektrifiziert werden sollten. Westinghouse bevorzugte den (heute üblichen) Wechselstrom, während Edison den Gleichstrom favorisierte. Um seinen Gegner zu diskreditieren, entwickelte

Edison mit seinen Ingenieuren den elektrischen Stuhl, der mit Wechselstrom funktionierte. Zynisch nannte Edison (der im Grunde gegen die Todesstrafe war) das Verfahren „to westinghouse“.

<sup>6</sup>1. Mo. 31, 38-42.

<sup>7</sup>Vgl. 1. Mos., 32,1-32.

<sup>8</sup>Vgl. Edward Hallowell/ John Ratey, Zwanghaft zerstreut, Reinbek 1999, S. 27.

<sup>9</sup>Die hebräische Übersetzung des Namen „Jakob“ lautet „Gott beschütze“, kann aber auch im Sinne eines Wortspiels als „der Hinterlistige“ gedeutet werden.

<sup>10</sup>Vgl. 1. Mo. 32,7.

<sup>11</sup>Vgl. 1. Mo. 32,11.

<sup>12</sup>Vgl. 1. Mo. 32, 25-27.

<sup>13</sup>Vgl. 1. Mo. 32, 32f.

<sup>14</sup>Aus Christian Zippert (Hrsg.): Ich habe einen Traum – Texte und Reden von Martin Luther King, Kiefel Vlg.

<sup>15</sup>Vgl. 1. Mo. 32,32.

<sup>16</sup>Vgl. 1. Mo. 33,1-16.

<sup>17</sup>Vgl. 1. Mo. 33,1-16.



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**



**Kurklinik Arendsee**  
DRK Vorsorge- und Rehabilitationsklinik für Mutter und Kind

Mütter und Väter sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt, fühlen sich häufig erschöpft und krank. AD(H)S bei Kindern ist eine ganz besondere Herausforderung für die gesamte Familie. Die Kurklinik Arendsee ist eine auf AD(H)S spezialisierte Einrichtung. Als erste Mutter-/Vater-Kind-Kurklinik startete sie 1999 mit einem bis heute erfolgreichen, ständig nach neuesten wissenschaftlichen Standards weiterentwickelten AD(H)S-Therapiekonzept.

Eine Entlastung von Alltagsverpflichtungen bietet einen Rahmen, der Gesundheit von Müttern, Vätern und Kindern unterstützen kann.

Neben AD(H)S können bei den Erwachsenen Erschöpfungszustände, psychische und psychosomatische Störungen, Essstörungen, Rückenbeschwerden u. a. mitbehandelt werden.

Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gern.



DRK-Vorsorge- und Rehabilitationsklinik  
für Mutter und Kind  
Lüchower Straße - Kurgebiet 1  
39619 Arendsee (Altmark)  
Tel. 039384/94 945 - Fax 039384/94 944  
info@drk-klinik-arendsee.de  
www.drk-klinik-arendsee.de

# Kriterien zur Bewertung von Kliniken

## DRK Kurklinik Arendsee

Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich

### 1. Um welchen Klinik-Typ handelt es sich:

**Klinik für Erwachsene**

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

**Klinik für Kinder bzw. Familien**

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

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

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

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

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

- Vorliegen eines schriftlichen Konzeptes zur Behandlung der ADHS für
  - Patienten,  Fachleute,  Krankenkassen; seit welchem Jahr liegt das Konzept vor? **1999**
  - Wann wurde das Konzept zum letzten Mal aktualisiert? **2012**
- 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 – im Abschlussgespräch Thema
- Kompetenzen in der Behandlung häufiger komorbider Erkrankungen
  - Depression,  Angststörung,  Zwangsstörung,  Tic-Störung (Tourette),  Störung aus dem autistischen Formenkreis,  Ess-Störung,  Psychosomatische Erkrankung,  Persönlichkeitsstörung,
  - Störung des Sozialverhaltens,  Lern- und Leistungsstörung

#### 4. ADHS-spezifische Elemente in der Behandlung:

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

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

- Einbezug von Familienangehörigen, Partnern und/er nahestehenden Freunden in die stationäre Behandlung

#### 6. Einbezug von vor- und nachbehandelnden Ärzten und/oder Therapeuten in die stationäre Behandlung

- Einbezug von Institutionen/Einrichtungen in die stationäre Behandlung
  - Schule bzw. Arbeitgeber,  Jugendamt,  Sozialamt,  Arbeitsamt,  Private Anbieter von ADHS-spezifischem Coaching,  Partnerschafts- und Familienberatung,  Erziehungsberatung und Elternt raining
- Einbezug von Vereinen (u.a. Sportvereinen) und/oder organisierten Freizeitangeboten
- Einbezug von ADHS-Selbsthilfegruppen

#### 6. Angebote und Hinweise zur Nachbehandlung:

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

# Notizen zur Frühjahrsveranstaltung Autismusspektrum

in der Vitos Hadamar Klinik im Rahmen der Autismus- und ADHS-Sprechstunde am 28.03.2012

Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt (em. Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Kinder- und Jugendalter, Philipps-Universität Marburg) sprach zu dem Thema: High-functioning-Autismus und Asperger-Syndrom: Von der klinischen Beobachtung zur Neurobiologie.

Erfreulich war, dass er kein „Fachchinesisch“ sprach, sondern so, dass auch Laien verstehen konnten, um was es geht.

Historie: Das Auffälligste ist, es sind EINZELGÄNGER. Bis 1981 war das Störungsbild Asperger im angelsächsischen Raum unbekannt – 1926 gab es zwar die Publikation einer russischen Wissenschaftlerin, aber erst durch Leo Kanner und Hans Asperger wurde die Störung „anerkannt“. Es gab häufige Fehldiagnosen, es gibt eine genetische Vorbedingung und es ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung.

Unterscheidung:

Frühkindlicher Autismus

Atypischer Autismus (gleiche Symptome wie Frühkindlicher – nicht so früh, nicht alles)

Fehldiagnosen: Rett-Syndrom  
Desintegrative Störungen des Kindesalters  
HKS mit Intelligenzminderung/  
Bewegungsstereotypien

Asperger : frühkindlich < 3 Jahre  
alle anderen > 3 Jahre

Asperger Medikation: Risperdal – Zyprexa

Symptom Beispiele: akribische Hausaufgaben-Bearbeitung  
extrem gute Ausdrucksweise  
Menschen mit Asperger provozieren gerne...

Körperlich: Blickkontakt, Mimik, Gestik, motorisch ungeschickt

Sprache: sehr schöpferisch

Gemeinschaft: wenig Bezug

Gesichts-/Objekt Erkennung: Gesichter werden wie Objekte im Gehirn verarbeitet und umgekehrt (die entsprechenden Hirnregionen waren im MRT sichtbar aktiviert).

*(Anmerkung der Autorin: Wenn also Menschen wie Objekte wahrgenommen werden, ist es doch logisch, dass die Beziehung zu Objekten entsprechend ist. Dies fragte ich später Frau Preißmann, (Ärztin, Psychotherapeutin und Betroffene). Sie kann dies jedoch nicht „überprüfen“, da sie ja nicht weiß, wie andere fühlen/wahrnehmen).*

Blickverhalten: Drei Personen, eine im Hintergrund ... Asperger sieht auf Mund – auf Kette der Frau (die glitzert so schön) und nimmt die dritte Person gar nicht wahr. Das heißt, die Kommunikation in sozialen Situationen funktioniert, wenn überhaupt, dann nur kognitiv. Über kognitive Verarbeitung wird der Ausgleich der anderen Wahrnehmung versucht.

Exekutive Funktionen: Planungsprozesse – zielgerecht und problemorientiert Strategien zur Problemlösung.  
Schwierig, Situationen zu wechseln.

Symptome auch bei anderen Störungen vorhanden, aber bei Autismus extremer „Theory of mind“ betroffen.

Objekte und soziale Attribuierung (das ist eine schöne Vase) – Autisten können dies wenig/gar nicht.

Hirnstrukturen: Reaktionen im Kernspin funktionieren anders.

Besondere Fähigkeiten: Detailsehen, Detailerkennung (Gute Korrekturleser).

Komorbiditäten: bei Autismus ...ca. 40 Störungen sind komorbid häufiger bei Asperger nicht so massiv.

Das Einüben von Gestik und Mimik ist sehr schwierig, da spontane Reaktionen dann oft unecht wirken.

Aktivitäten der Spiegelneuronen stehen im direkten Zusammenhang zum Ausmaß der sozialen Beeinträchtigung, je weniger aktiv umso mehr betroffen. Jungen sind auffällig häufiger betroffen und es sind noch viele Forschungen notwendig. Prof. Dr. Dr. Remschmidt zeigte zwischendurch die Entwicklung eines jungen Asperger-Patienten, die beeindruckend war. Seiner Meinung nach ist die Begleitung über sehr lange Zeit wichtig, um mehr zu verstehen und Verände-

rungen zu erkennen. Dass diese Begleitung wichtig ist, bestätigten später auch Frau Preißmann und Dr. Wolfgang Huff, Leitender Oberarzt Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie Marienhospital, Euskirchen.

Komorbiditäten von Asperger und ADHS sind sehr wenig erforscht! Ergebnisse einer Untersuchung haben sich dabei im kognitiven Bereich gezeigt, wobei Asperger mit ADHS meist beim unaufmerksamen Typ vorkommt, aber selten beim Mischtyp.

Es stellen sich folgende Fragen: Gemeinsame Genetik? Unschärfe bei der Differenzialdiagnose (Phänokopie)? Doppeldiagnose – echte Komorbidität? Überdiagnostik? Additiv? (Frazier 2001, Luteijn, 2001) – Subtypisierung.

Es gibt eine gemeinsame genetische Basis. Kleinhirnauffälligkeiten ((Hypoplasie, Atrophie bei ASS (Asperger-Syndrom)), wobei die funktionelle Bildgebung zeigt, dass diese bei ADHS und ASS unterschiedlich ist. Epilepsie-Symptome sind bei beiden Störungen auffällig häufig, bei beiden ist Grob- und Feinmotorik oft gestört.

Abgrenzung: Beim ADHS ist nicht primär ein mangelndes Interesse am Gegenüber. Beim ASS sind nicht primär eine innere Unruhe und Desorganisation, symptomatisch, jedoch kein Augenkontakt, Sonderinteressen und Rituale bei ASS.

Bei Exekutivfunktionen – und Inhibition sind sowohl bei ADHS als auch ASS Defizite vorhanden, auch bei Aufmerksamkeitsprüfung ist kein Unterschied zwischen ASS und ADHS feststellbar.

Methylphenidat kann bei ASS zu mehr Irritationen und Nebenwirkungen führen, hier fehlen noch entsprechende Untersuchungen.

ADHS und ASS gleichzeitig ist zehnmal häufiger als nur ADHS oder nur ASS, ca. 50 % ASS-Betroffene zeigen ADHS-Symptome. Ob es sich um eine Doppeldiagnose oder einen Subtyp handelt, ist noch nicht zu beantworten.

Anschließend referierte Frau Christine Preißmann – Aspergerbetroffene sowie Ärztin Allgemeinmedizin, Psychotherapie. Sie arbeitet Teilzeit im Suchtbereich.

Frau Preißmann erzählte ihren Lebens-/Leidensweg und einige Episoden, die die Probleme von Asperger-Patienten verdeutlichen. Viele Erlebnisse aus der Kindheit und Schulzeit klingen ähnlich wie die, die ADHS -Betroffene kennen. Anderssein bedeutet in unserer Gesellschaft meist Leiden – mit den entsprechenden Folgeerscheinungen (Mobbing, Vereinsamung, Schuldgefühlen, Verletzungen).

So schwer es uns fällt, sich das andere Empfinden und Wahrnehmen von Asperger-Betroffenen vorzustellen – so schwer fällt es diesen, sich unsere Wahrnehmung und unsere Gefühle vorzustellen.

Frau Preißmann erzählte ihr Erlebnis bei einer Übernachtung in einem fremden Dorf. In einer Veranstaltung wurde gesagt „... hier werden um acht Uhr die Bürgersteige hochgeklappt“ als Ausdruck dafür, dass abends nichts los ist. Asperger Betroffene nehmen solche Floskeln wörtlich und so fragte Frau Preißmann sich, wie das „Hochklappen“ denn funktionieren würde – es machte ihr Angst.

Einige ähnliche Erlebnisschilderungen verdeutlichten die Beeinträchtigungen dieses Andersseins und die Schwierigkeiten, die für die Betroffenen entstehen. Das Streben nach Gemeinschaft und die Unmöglichkeit, diese in der „normalen“ Welt zu finden, hat große Ähnlichkeit mit den mir bekannten ADHS-Erlebnissen und doch ist Asperger nochmals anders.

Frau Preißmann hält Selbsthilfegruppen auch bei Asperger für sehr hilfreich, allerdings sei dort die fachtherapeutische Begleitung zwingend erforderlich.

Es war ein sehr beeindruckender Vortrag und die Offenheit von Frau Preißmann, die sich nach dem Vortrag auch einer Diskussion/Fragezeit stellte, ist eine Chance gewesen, einen Blick in diese faszinierende andere Welt zu tun.

■ Richarda Rapp

Kein Tag hat genug Zeit,  
aber jeden Tag sollten wir uns  
genug Zeit nehmen.

John Donne

# Mündigkeit und Mitsprache

## Selbsthilfe als gestaltende Kraft im Versorgungsgeschehen

*Zahlreiche Studien zeigen, dass Selbsthilfegruppen heilsame Wirkungen für hilfeschende und kranke Menschen haben. Mit dem Stichwort „Empowerment“ werden dabei Phänomene umschrieben, wie vermehrtes Selbstvertrauen, soziale Aktivierung, Kompetenzgewinn, gezieltere Inanspruchnahme professioneller Dienste. Selbsthilfe sollte deshalb als Teil der sozialen und gesundheitlichen Versorgung begriffen werden.*

Ein modernes Sozialsystem kommt ohne eine aktive Mitwirkung der Leistungsadressaten, der Nutzer, der Bürger, der Patienten, der Klienten, oder wie sie auch immer genannt werden, nicht aus. Für die Versorgung mit Dienstleistungen stellen sie eine soziale, politische und ökonomische Ressource dar, einerseits jenseits der durch Markt und Staat organisierten Hilfen, andererseits im Versorgungsgeschehen als gestaltende Kraft (Trojan und Kofahl im Erscheinen 2012).

In vorliegenden Beitrag geht es um den organisierten Teil, die gemeinschaftliche Selbsthilfe. Meine Betrachtungen richten sich vorrangig auf die Selbsthilfe im Gesundheitswesen, in dem circa drei Viertel aller Selbsthilfegruppen aktiv sind. Im Sozialbereich sind bestimmte Aspekte, die ich ansprechen werde, schon weiter entwickelt, beispielsweise die Partizipation in der Jugendhilfe. An anderen Stellen, meine ich, können aktuelle Entwicklungen im Gesundheitsbereich aber als Modell für andere Felder des Sozialsystems dienen.

Die Verwendung des Begriffs „Selbsthilfe“ im Text steht immer allgemein für alle Formen der Selbsthilfe, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen sowie Selbsthilfekontaktstellen beziehungsweise Selbsthilfe-Unterstützungsstellen.

### Ziele und Erfolge von Selbsthilfegruppen

Eine Befragung von Kontaktpersonen Hamburger Selbsthilfegruppen (Trojan et al. 2004) war mit 345 darin repräsentierten Selbsthilfeszusammenschlüssen die umfassendste seit den beiden bundesweiten Modellprogrammen 1987 bis 1996 für die Entwicklung von Kontaktstellen in West- und Ostdeutschland.

Eine Frage darin war: „Sind Selbsthilfegruppen erfolgreich?“ Hierzu wurde vor allem von der selbst eingeschätzten Zielerreichung und Einschätzung der eigenen Innen- und Außenaktivitäten ausgegangen.

Bei der Ermittlung der Zielerreichung wird unterschieden nach Zielen geringer, mittlerer und großer Reichweite. Ziele geringer Reichweite beziehen sich nur auf die Gruppe und ihre Mitglieder und umfassen beispielsweise gegenseitige Hilfe oder Informationen. Ziele mittlerer Reichweite beziehen sich auf das unmittelbare Umfeld der Gruppe,

beispielsweise die Veränderung der Einstellung von Angehörigen. Ziele großer Reichweite sind beispielsweise die Veränderung von Institutionen oder der Einstellung von professionellen Helfern.

Einige Angaben über weitreichende Ziele und ihre Zielerreichung sind im Kontext der Versorgungsgestaltung besonders interessant und können in folgender Weise zusammengefasst werden:

- Die Ziele großer Reichweite sind bei den somatischen Gruppen deutlich häufiger als bei den psychischen und psychosozialen Gruppen. Am deutlichsten ist dies bei dem am weitesten reichenden Ziel (Institutionen verändern). Dies wird von über 50 Prozent der somatischen Gruppen gewünscht, aber nur von 24 bzw. 30 Prozent der psychischen und psychosozialen Gruppen.
- Bezüglich ihrer Ziele sind die somatischen Gruppen den Bürgerinitiativen ähnlicher als die psychischen und psychosozialen Gruppen.
- Je weitreichender die Ziele formuliert sind, desto seltener werden diese erreicht, am geringsten das Ziel „Institutionen verändern“ (gelingt: 7 Prozent; gelingt zum Teil: 56 Prozent).

Die Außenwirksamkeit der Gruppe wird von 40 Prozent der Befragten als „sehr erfolgreich“ oder „ziemlich erfolgreich“ eingeschätzt und von 35 Prozent als wenigstens „teilweise erfolgreich“.

Diese Ergebnisse zeigen, dass Selbsthilfegruppen nur zum Teil wirklich auf sich selbst bezogen sind. Zu einem nicht unerheblichen Teil haben sie den Charakter von Bürgerinitiativen, die ja in unserer Gesellschaft das bekannteste und erfolgreichste Modell darstellen, wie betroffene Menschen Kontrolle und Einfluss auf ihre Versorgung und die allgemeine Lebenssituation nehmen können.

Verschiedene Studien in Deutschland, Österreich und der Schweiz zeigen, dass die Selbsthilfegruppen sehr wohl Wirkungen im Sinne des Empowerment haben. Am häufigsten wird dies mit Fragen nach vermehrtem Selbstvertrauen, sozialer Aktivierung, Kompetenzgewinn, gezielterer Inanspruchnahme professioneller Dienste erhoben.

Patientenorientierung war schon immer ein erklärtes Ziel der Krankenversorgung. In diesem Zusammenhang sind Mündigkeit und Mitsprache der Bürger bzw. Patienten und ihre Mitwirkung in Gremien der sozialen und gesundheitlichen Sicherung in den letzten Jahren immer bedeutsamer geworden (Robert-Koch-Institut 2004 und 2006).

Dieses ist die Grundlage auch für eine zunehmend intensivere Integration der organisierten Selbsthilfe in die Prozesse und Strukturen des Gesundheitswesens.

Seit etwa 2005 ist das Schlagwort für diese Entwicklung „Selbsthilfefreundlichkeit“. Fachlich wird darunter die institutionalisierte und auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung mit Selbsthilfefuzusammenschlüssen verstanden (Trojan u. a. 2009, Trojan, Nickel 2011 a).

Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen heißt, eine selbsthilfefreundliche Begegnungs-, Kommunikations- und Kooperationskultur in allen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig festzuschreiben. Selbsthilfefreundlichkeit ist so ein wesentliches Element der Patientenorientierung und damit Bestandteil und Aufgabe des Qualitätsmanagements in allen Bereichen des Gesundheitswesens geworden.

Selbsthilfefreundlichkeit ist ein wesentliches Element, die abstrakte Forderung nach Patientenorientierung zu konkretisieren und unter Beteiligung der Patienten im Alltag der medizinischen Versorgungseinrichtungen zu implementieren. Die im Folgenden beschriebenen Entwicklungen der Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in stationären, ambulanten und öffentlichen Gesundheitsdiensten sind nicht denkbar ohne die enge Koppelung an die Entwicklung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen.

#### **Selbsthilfefreundlichkeit im stationären Bereich**

Die Entwicklung der Qualitätskriterien für ein „selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ basierte auf Daten einer bundesweiten Befragung zum Status der Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern (Werner et al. 2006). Acht Qualitätskriterien wurden in einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Vertretern aus Selbsthilfefuzusammenschlüssen und Selbsthilfekontaktstellen sowie der Qualitätsbeauftragten ausgewählter Hamburger Krankenhäuser diskutiert, eingegrenzt und festgelegt:

1. Um über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Ihre Gestaltung orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten, der Angehörigen sowie der Selbsthilfefuzgruppen.
2. Patienten und deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit der Teilnahme an einer Selbsthilfefuzgruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden gegebenenfalls auf die Besuchsdienste oder Sprechzeiten von Selbsthilfefuzgruppen im Krankenhaus aufmerksam gemacht.
3. Selbsthilfefuzgruppen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.
4. Das Krankenhaus hat einen Selbsthilfebeauftragten benannt.
5. Zwischen Selbsthilfefuzgruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Erfahrung- und Informationsaustausch statt.
6. In die Fort- und Weiterbildung der Krankenhausmitar-

beiter zur Selbsthilfe sind Selbsthilfefuzgruppen und die Selbsthilfekontaktstellen einbezogen.

7. Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfefuzgruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethikkommissionen u. ä.
8. Die Kooperation mit Selbsthilfefuzusammenschlüssen und Selbsthilfekontaktstellen ist formal beschlossen und dokumentiert.

Die Erfahrungen aus einem Hamburger Modellprojekt wurden in einem Leitfaden für interessierte Krankenhäuser festgehalten (Bobzien 2008). Ein Anfang 2008 begonnenes Praxisprojekt in Nordrhein-Westfalen „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nutzt dort die Qualitätskriterien gezielt als Orientierung für die Stärkung einer systematischen Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfe. Das mehrjährige Projekt (das ebenfalls durch den BKK Bundesverband, die Spitzenorganisation der Betriebskrankenkassen und ihrer fünf Landesverbände, finanziell gefördert wird) hatte die Aufgabe, Krankenhäuser für den Selbsthilfeansatz in der stationären Versorgung regional zu gewinnen und die Kooperationspartner bei der konkreten Umsetzung der Qualitätskriterien vor Ort zu unterstützen. In sechs Kliniken wurden mit Hilfe der „Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW“ (angesiedelt bei der BIKIS/Bielefelder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfefuzgruppen) standardisierte Arbeitsschritte der Umsetzung erfolgreich entwickelt und erprobt (Internet <http://www.sozialeprojekte.de>). Im Herbst 2011 wurde als erstes das Klinikum Bielefeld formell als „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet. Den Erfolg und die Vielfalt der Kooperation zeigt auch eine außerordentlich anregende Broschüre der Berliner Agentur Selbsthilfefreundlichkeit (Stötzner, Neuhaus 2011; Internet <http://www.sekis-berlin.de/Selbsthilfe-und-Krankenhaeuser.821.0.html>).

#### **Selbsthilfefreundlichkeit im ambulanten Bereich**

Die Strategie ist auch im ambulanten Bereich, Qualitätskriterien mit bestehenden Qualitätsmanagementsystemen und/oder bestehenden Fortbildungsformen und den damit verknüpften Anreizen zu verbinden. Der Zeitpunkt für eine Implementation der Selbsthilfefreundlichkeit als Bestandteil des Qualitätsmanagements (QM) ist günstig: Mit dem GKV (Gesetzliche Krankenversicherung)-Modernisierungsgesetz wurden die Ärzte im Jahre 2004 verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Analog zur Entwicklung im Krankenhausbereich wurden auch für die vertragsärztliche Versorgung Qualitätskriterien diskutiert. Sie waren Ausgangspunkt und Grundlage in einem Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen für die weitere Erprobung und Entwicklung.

Die im Folgenden wiedergegebenen Kriterien haben sich dort bewährt, sind jedoch durch Praxiserfahrungen weiter veränderbar:

1. Informationen zu Selbsthilfe sind übersichtlich an zentraler Stelle in den Praxisräumen für Patienten zugänglich.
2. Die Praxis weist auf die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe in ihren Medien und innerhalb der Praxisräume hin.
3. Der Arzt oder der Psychotherapeut gibt insbesondere bei einer seltenen Erkrankung den konkreten Hinweis auf die Selbsthilfe.
4. Die Praxis benennt für die Selbsthilfe einen Ansprechpartner.
5. Praxis und Selbsthilfe treffen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit.
6. Die Praxis ist über Strukturen und Arbeitsweise der Selbsthilfe durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch informiert.  
(Vorschläge erarbeitet mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfeorganisationen im Wittener Kreis und der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte – KOSA in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Juni 2009).

Im nordrhein-westfälischen Projekt wurde erfolgreich nachgewiesen, dass die Umsetzung der Kriterien im Alltag möglich ist. Die beteiligten Ärzte haben ein Ablaufschema dafür entwickelt und bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt, dass dies in das Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe („KPQM“) eingeführt wird.

Bundesweit besonders wichtig im vertragsärztlichen Bereich ist das QEP®-System („Qualität und Entwicklung in Praxen“) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Im aktualisierten Manual von 2010 ist der Aspekt der Selbsthilfefreundlichkeit (im Sinne der vorstehend genannten sechs Kriterien) noch stärker konkretisiert worden.

Diese Integration in das wichtigste Qualitätsmanagementsystem (das auch Vorbild für mehrere andere Qualitätsmanagement-Systeme im vertragsärztlichen Bereich ist) bedeutet, dass die Kooperation mit der organisierten Selbsthilfe bei jedem Durchgang durch die Kriterien des Qualitätsmanagementsystems wieder auf dem Prüfstand steht und ihre Realisierung angemahnt wird.

### **Selbsthilfefreundlichkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als ein wichtiges Element der Reformen und Innovationen der letzten zwanzig Jahre. In diesem Bereich gibt es zwar keine gesetzliche Verpflichtung zu einem kontinuierlichen Qualitätsmanagement. Bürgernähe und Kundenorientierung (analog zur Patientenorientierung) sind jedoch inzwischen anerkannte Maximen, die im Kontext von Verwaltungsreformen (neues Steuerungsmodell) und damit verbundenen Qualitätsver-

besserungsansätzen Fuß gefasst haben.

Ein hervorragendes Beispiel einer nachhaltigen Integration der Selbsthilfe lässt sich aus dem Bezirk Hamburg-Altona berichten. In diesem Bezirk wurde 2007 (auf der Basis der nationalen Gesundheitsziele und initiiert durch die Bezirksversammlung Altona) ein systematischer Prozess der Entwicklung von Gesundheitszielen und darauf aufbauenden Maßnahmen begonnen.

Für die Gesundheitsziele war die Gesundheits- und Pflegekonferenz des Bezirks Altona zuständig. Von Beginn an hat die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS Altona) selber daran teilgenommen und die Partizipation von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen initiiert, unterstützt und verbreitert. Selbsthilfeorganisationen und Patientenvertreter haben durch ihre Teilnahme an den Arbeitsgruppen auf die krankheits- oder themenbezogenen Gesundheitszielformulierungen Einfluss genommen.

Sie haben dort ihre Sichtweisen, Forderungen und Ideen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Bezirk unmittelbar eingebracht. Die kontinuierliche Verbesserung der „Integration der Selbsthilfe in das bezirkliche Gesundheitsversorgungssystem“ war dabei eines der expliziten Ziele.

Kontinuität für eine regelhafte Zusammenarbeit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen mit dem Gesundheitsamt wurde durch eine formelle Kooperationsvereinbarung für 2009 und 2010 hergestellt. Ein weiterer grundlegender Aspekt der nachhaltigen Integration ist ein Selbsthilfe-Terminal, das seit Anfang 2010 im Kundenzentrum des Bezirksamtes Hamburg-Altona den unmittelbaren Kontakt zur Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen erlaubt.

Die Beispiele zeigen, dass die Gesundheitsämter insbesondere im Rahmen von innovativen Ansätzen durchaus vielfältige Möglichkeiten der Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen haben. Insofern war ein systematischer Prozess der Entwicklung von Qualitätskriterien für die Zusammenarbeit analog den Vorgehensweisen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens sinnvoll und erfolgversprechend.

Auf der Jahrestagung 2011 der Ärzte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Trier wurden die in einem einjährigen Prozess entwickelten Qualitätskriterien nochmals von den Workshopteilnehmern diskutiert und in der folgenden Formulierung gemeinsam verabschiedet (Trojan, Nickel 2011b):

1. Geeignete Arbeits- und Aufgabenbereiche des Gesundheitsamtes (alle Aussagen beziehen sich auf die sachlichen Ressorts eines Gesundheitsamtes im Allgemeinen, nicht auf eine manchmal angegliederte oder eingegliederte Kontakt- oder Unterstützungsstelle) stehen in regelmäßigem Austausch (z. B. im Rahmen eines Beirats) mit Selbsthilfeszusammenschlüssen (d. h.

Selbsthilfegruppen, Selbstorganisationen, Selbstinitiativen) und Selbsthilfekontakt- und Unterstützungsstelle(n).

2. Das Gesundheitsamt informiert aktiv Bürgerinnen und Bürger sowie professionelle Helferinnen und Helfer über Selbsthilfe („Selbsthilfe“ umfasst sowohl alle Formen von Selbsthilfeszusammenschlüssen als auch von Kontakt- und Unterstützungsstellen).
3. Die Arbeits- und Aufgabenbereiche des Gesundheitsamtes machen sich der Selbsthilfe bekannt und sind zuverlässig ansprechbar.
4. Das Gesundheitsamt hat einen Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin für die Selbsthilfe benannt, nach außen bekanntgemacht und mit einem definierten Auftrag ausgestattet, zu dem auch eine regelmäßige Berichterstattung gehört. (Falls das Gesundheitsamt auch Träger einer Kontakt- oder Unterstützungsstelle ist, entfällt ein Ansprechpartner. Stattdessen muss sichergestellt sein, dass geeignete Aufgabenbereiche des Gesundheitsamtes eng mit dem Bereich der Selbsthilfeunterstützung kooperieren.)
5. Das Gesundheitsamt arbeitet anlass- und fachbezogen mit der Selbsthilfe zusammen und beteiligt sie gegebenenfalls an Koordination und Planung (z. B. in Gesundheits- und Pflegekonferenzen).
6. Das Gesundheitsamt informiert und qualifiziert geeignete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Kooperation mit der Selbsthilfe.
7. Das Gesundheitsamt stellt Räume und Präsentationsmöglichkeiten, z. B. Flyerauslagen, Aushangmöglichkeiten in eigenen Räumen und öffentlichen Auftritten (z. B. Internet) für Selbsthilfeszusammenschlüsse zur Verfügung.
8. Das Gesundheitsamt hat die Kooperation mit Selbsthilfeszusammenschlüssen als Element bürgernaher Verwaltung in ein Leitbild oder entsprechende Dokumente integriert.
9. Das Gesundheitsamt informiert Selbsthilfeszusammenschlüsse, z. B. zur finanziellen Unterstützung und versucht auch selbst, Projekte zu unterstützen.
10. Das Gesundheitsamt fördert ein selbsthilfefreundliches Klima in der Kommune (falls vor Ort vorhanden: in Absprache und Kooperation mit einer Kontakt- bzw. Unterstützungsstelle für Selbsthilfegruppen).

### Neue Kooperationen

Im Sommer 2009 haben sich verschiedene Institutionen und Personen zu einem Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – gemeinsam für Selbsthilfe- und Patientenorientierung“ zusammengeschlossen. Die verschiedenen Akteure und Träger von Projekten der vergangenen Jahre haben mit diesem Schritt die Kooperation und Koordination systematisiert und sich deutlich sichtbar in der Versorgungslandschaft positioniert (Siewerts 2010). Wesentliche strategische Elemente für die weitere Integ-

ration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen sind einerseits Unterstützungsagenturen für Selbsthilfefreundlichkeit sowie ein gemeinsamer Internetauftritt (Internet <http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de>).

Die Arbeit des Netzwerkes wird unterstützt durch einen Fachbeirat, der das Projekt begleitet und darüber hinaus die wichtige Funktion hat, Selbsthilfefreundlichkeit in die einzelnen Institutionen der Gesundheitsversorgung hineinzutragen. Im Herbst 2011 wurde beschlossen, die weitere Arbeit des Netzwerkes unter dem Dach und im Rahmen des Deutschen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Internet <http://www.dngfk.de>) fortzuführen. Der neue verkürzte Titel „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ signalisiert die enge Verknüpfung dieser beiden zentralen Konzepte.

### Bilanz

Die hier berichteten Entwicklungen zeigen: In den vergangenen Jahren wurden deutliche Fortschritte bei der Integration von Patienten in die Versorgungsgestaltung und die Qualitätsentwicklung des Gesundheitswesens erzielt.

Solche Erfolge sind aber nicht ohne unerwünschte Nebenwirkungen zu haben: Neben einer möglichen quantitativen und qualitativen Überforderung der Mitglieder von Selbsthilfeszusammenschlüssen in den Beteiligungsprozessen wird in den letzten Jahren die Gefahr sichtbar, dass ihr größerer Einfluss zu Beeinflussungsversuchen durch Dritte (insbesondere durch die Pharmaindustrie) geführt hat (BAG Selbsthilfe 2006 und <http://www.nakos.de/site/fragen-und-fakten/sponsoring>). Auch wenn es bisher keine eindeutigen Lösungen für diese absehbaren Probleme gibt, kann man davon ausgehen, dass die positiven Elemente einer intensivierte Kooperation zwischen Selbsthilfe und professionellen Institutionen überwiegen.

Die Nutzer des Gesundheitssystems werden zu Mitgestaltern; mehr Patientenorientierung ist Voraussetzung und gleichzeitig das wichtigste Ergebnis für eine zunehmend bedarfsgerechtere Versorgungslandschaft.

### ■ Alf Trojan

Prof. Dr. med., Dr. phil., M.Sc. (London) ist Mediziner, Soziologe, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Seine Arbeitsschwerpunkte sind Selbsthilfe und Gesundheitssystem, kommunale Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung, Patienten- und Bürgerbefragungen.

E-Mail: [trojan@uke.uni-hamburg.de](mailto:trojan@uke.uni-hamburg.de)

Mit freundlicher Genehmigung „Blätter der Wohlfahrt-Deutsche Zeitschrift für soziale Arbeit“, Heft 2, 2012.

Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Waldseestraße 3-5, 76530 Baden-Baden

# Erfahrungsbericht einer *neue* AKZENTE-Leserin

In drei von den in den letzten eineinhalb Jahren erschienenen *neue AKZENTE*-Heften habe ich mich deutlich wiedergefunden, bzw. habe ich mir Hinweise zunutze gemacht. Als erstes war es der Artikel von Dorothea Böhm zu *Emoflex*, einer alternativen Heilmethode (Heft 4/2010). Bald danach erschien der Bericht von Helga Simchen zu ADHS bei über 60-jährigen, zu denen ich gehöre (Heft 2/2011). Zuletzt fühlte ich mich den Gedanken von Uwe Metz sehr verbunden, weil ich auch Christ bin, wohl ähnlich impulsiv und mich oft in der Begeisterung überschätzend wie Petrus damals (Heft 3/2011).

Weichenstellend war für mich der Artikel von Dorothea Böhm über *Emoflex*. Als ich vor 1 ¼ Jahren diese Hinweise gelesen hatte, bin ich zum nächsten möglichen Schnupper-tag gefahren und habe eine weitere Woche später mit der Ausbildung bei Johannes Drischel begonnen. Inzwischen wende ich *Emoflex* bei mir selbst und im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeiten mit überraschenden Erfolgen an. Zunächst jedoch hat *Emoflex* mir ganz persönlich geholfen. Ich hatte, seit ich denken kann, eine „Weißkittelphobie“. Schon ein Belastungs-EKG machen zu lassen, war für mich nicht möglich. Sobald ich nur die Arzthelferin mit den Schnüren auf mich zukommen sah, stieg mein Puls auf 130, was eine medizinisch aussagekräftige Untersuchung unmöglich machte. Schon länger stand eine Hüft-OP an; ein bis dahin unvorstellbarer Gedanke. Vermutlich hatte sich das Eingipsen wegen einer Hüftluxation im 2. Lebensjahr so stark traumatisierend in meine Seele eingebrannt, dass alles „medizinisch an meinen Körper rankommen“ bis dahin heftige Panik auslöste. Es war, wie Dorothea Böhm beschreibt, so, dass der Verstand wusste, dass mir nichts geschieht und ich mich auf das Fahrrad in der Arztpraxis setzen konnte, aber in der Tiefe hatte sich das Gefühl noch nicht ändern können, wie an dem Puls deutlich wurde. Mit anderen, durchaus etablierten Therapieverfahren war dieser Angstreaktion als Ausdruck der Seele bis dahin nicht beizukommen gewesen, obwohl ich im Lauf der Jahre einiges versucht hatte.

Im Jahr 2011 habe ich dann sieben Seminare zur Anwendung von *Emoflex* besucht und einige Einzelsitzungen genommen. Das Ergebnis war verblüffend. Ich konnte mich im Sommer 2011 zur OP im Oktober desselben Jahres anmelden. Die nötigen Voruntersuchungen konnten gemacht werden, ohne dass die bis dahin nicht wegzudenkenden Überreaktionen eintraten. Auch andere Blockierungen im medizinischen Bereich, die über Jahre zur Vermeidung von anstehenden Untersuchungen geführt hatten, waren nicht

mehr wirksam. Die erste neue Hüfte sitzt gut, die zweite Hüft-OP befindet sich in der Planung.

Daher danke ich der Redaktion von *neue AKZENTE* aufrichtig für das Abdrucken des in vielerlei Hinsicht sehr hilfreichen und aufklärenden Artikels von Dorothea Böhm und kann nach meinen Erfahrungen nur Mut machen, sich der Wirkung und Anwendung von *Emoflex* zu nähern, sich bei Bedarf behandeln zu lassen oder auch die Methode zu erlernen, um auch anderen Menschen damit nützlich sein zu können.

Nun zu dem Artikel von Helga Simchen. Ich bin 60, mein Mann 62 Jahre alt. Ich hatte in den bisherigen langen Jahren meiner pädagogischen Tätigkeit viel Erfahrung mit von ADS betroffenen Kindern gemacht, habe aber auch meine eigenen und die Besonderheiten meiner Eltern überdacht. Diese vielerlei Beobachtungen weckten in mir den Verdacht, evtl. selbst Betroffene zu sein. Dieser Verdacht wurde in der Diagnostik vor ca. acht Jahren bei mir selbst und auch bei meinem Mann bestätigt. Wir nehmen seitdem Medikamente und stehen z. T. beide noch im Beruf, mein Mann als Lehrer und ich als Sozialpädagogin und in eigener Praxis für Psychotherapie auf HP-Basis. Ob wir unsere Berufe ohne die Diagnose, die uns dazu verhalf zu verstehen, warum wir sind, wie wir sind, ohne die Medikamente, ohne die hilfreiche Beratung durch unseren Arzt, der uns zur Annahme unserer Schwächen, zum Nutzen der Stärken und zum Einüben von Veränderungen ermutigt hat, solange hätten ausüben können, wage ich zu bezweifeln.

Hier ein Rückblick auf unser bewegtes ADHS-Leben:

Wir sind in diesem Jahr 39 Jahre verheiratet, haben davon aber bisher nur die ersten 3 Jahre ohne Kinder im Haushalt gelebt. Neben unseren „normalen“ Pflichten (wir haben drei erwachsene Kinder) in Familie und Beruf haben wir uns mit vielen weiteren Aufgaben vollgepackt. Mit 25 bzw. 26 Jahren nahmen wir als erstes fremdes Kind einen 11-jährigen Jungen aus einem Heim bei uns auf. Sechs weitere Kinder haben danach noch über die Jugendhilfe im Rahmen der Familienintegrativen Erziehung zwischen 1 und 14 Jahren bei uns gelebt. Ich war dabei die angestellte Pädagogische Fachkraft. Diese Arbeit mit den Kindern, aber auch das der jeweiligen Situation angemessene Einbeziehen ihrer Eltern hat mich stets neu herausgefordert und begeistert. Kein Tag war wie der vorherige; anderen Menschen konnte ich auch gut Strukturierungshilfe geben, hier war mein Hyperfokus von Vorteil. Aber das Strukturieren meiner selbst, die täglichen Alltagskleinigkeiten bekam ich nur

schlecht in den Griff. Mit dieser Art zu arbeiten habe ich mich vermutlich vor der unangenehmen Situation geschützt, Langeweile empfinden und am Ende neu überlegen und entscheiden oder auch die vielen liegengebliebenen Dinge erledigen zu müssen; sicher eine intuitive Form der Selbstbehandlung, in der aber meine Stärken durchaus auf sinnvolle Weise ausgelebt werden konnten.

Nachdem ich dann diagnostiziert war und Medikamente einnahm, konnte ich in einem Urlaub ohne Kinder erstmals in meinem Leben das Gefühl von Entspannung wahrnehmen. Ich hatte in der folgenden Zeit immer wieder die Ermahnung meines Arztes im Ohr: „Wenn Sie aufgrund der Medikamente Ihre individuell belastenden Seiten des ADHS weniger spüren, füllen Sie diese Freiräume nicht wieder mit neuer Aktivität, sondern planen Sie Pausen ein, sonst glühen Sie durch.“ Ich wollte seinen guten Rat befolgen, aber das Verändern meines Arbeitspensums hat Jahre gebraucht, denn intensive, langjährige Beziehungsarbeit mit Menschen lässt sich nicht beliebig verändern oder gar abbrechen. Inzwischen ist die Arbeit mit aufgenommenen Kindern am Auslaufen. In der Familie lebt jetzt nur noch eine Jugendliche, aber wo Bindungen zu den inzwischen ausgezogenen Kindern entstanden sind, bleiben die Kontakte oft weiterhin sehr intensiv.

In der Phase, als ich meine „rund um die Uhr“-Tätigkeit am „Herunterfahren“ war, erlebte ich auch das krisenhafte Gefühl von: Wenn das Eine nicht mehr ist, was ist dann? Meine „Hummeln im Hintern“ und die vielen Ideen, aber auch das Chaos im Kopf, trotz der Medikamente, brauchten irgendwo einen neuen Anker, der zu meiner jetzigen Kraft und dieser Altersphase passte. Da ich meine Visionen von Weiterentwicklung dessen, was bisher an Hilfsangeboten für Jugendliche zur Verfügung steht, nicht für mich behalten konnte, stieß ich auf ein kleines Team, das schon am Entwickeln eines innovativen Projekts war. So bin ich nun seit 1 ½ Jahren Mitarbeiterin in Marburg im *Familienhaus*. Dort können sich Familien in Krisen sechs Wochen lang unter intensiver Begleitung eines Teams von Mitarbeitern der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie aufhalten. Nach vielfältiger Diagnostik und Beratung werden am Ende der sechs Wochen Vorschläge für mögliche zukünftige Hilfen abgegeben. Ich betrachte es als ein Vorrecht, jetzt in einem Team arbeiten zu dürfen, in dem sehr viel Wertschätzung gegenüber den Möglichkeiten, aber auch gegenüber den Grenzen der Mitarbeiter und auch der Familien vorherrscht. Mein Bedarf an Arbeit mit Kindern ist komplett abgedeckt. Hier arbeite ich nur mit den Erwachsenen, mit den Kindern nur, wenn *Emoflex* Hilfe verspricht. Ich bin froh, dass ich nicht mehr mit einem „Wust“ von Dokumentationspflichten belastet werde. In das Nötigste kann ich mich einfügen, wohl vor allem, weil ich hier noch den Sinn der Dokumentation sehen kann. Ich konnte und wollte den Aufwand der ständig

weiter anwachsenden Dokumentationspflichten in meinem vorherigen Arbeitsbereich nicht befolgen. Dadurch fühlte ich mich in meinem lebendigen Vorwärtsgehen ständig ausgebremst, weil immer mehr selbstverständliche Handlungsschritte zu Papier gebracht werden sollten. Ich war zu pädagogischer Arbeit angetreten, aber die im Laufe der Jahre entstandene Verschiebung der Aufgaben passte nicht mehr zu mir und belastete mich zunehmend, und Frustration und Erschöpfung bauten sich auf.

Unabhängig von diesen Verbesserungen, meinen jetzigen Arbeitsplatz betreffend, bestehen meine privaten Alltagsprobleme unverändert darin, dass ich vieles vergesse, verlege und verliere. Die Umerziehung als älterer erwachsener Mensch ist eben doch viel schwieriger als wenn junge Menschen diagnostiziert und behandelt werden. Kinder und Jugendliche können noch leichter zu hilfreichen Verhaltensänderungen angeleitet werden, eben durch das, was man multimodale Therapie nennt. Aber wer coacht uns spät erkannte ADSler, bei denen die Strukturen schon so festgefahren sind? Zum Beantragen meiner Rente werde ich wohl meinen Mann als Sachensucher brauchen. Da ich in jungen Jahren keine systematische Ablage meines Papierkrams begonnen habe, sind die dafür nötigen Dokumente aus unzähligen Mappen und Regalen zusammensuchen, die ich eigentlich an *einem* sicheren Ort hätte aufbewahren sollen.

Bezogen auf meine Ehe kann ich sagen: Mein Leben wäre im Chaos geendet ohne meinen Mann, und sein Leben wäre wohl ohne meine vielen, oft verrückten Ideen bestimmt viel langweiliger geworden. Dass unser Miteinander trotz mancher eigenen Krisen und solchen im Miteinander soweit gelungen ist, ist für mich neben unserem eigenen Einsatz schlichtweg Gnade.

Damit komme ich zu der Andacht von Uwe Metz. Ich bin auch Christ und schon vor Jahren konnte ich mir Petrus als ADHSler vorstellen. So impulsiv, mich selbst oft überschätzend und dann wieder zerknirscht bin ich auch oft. Aber ich bin zutiefst davon überzeugt, dass Gott jeden ADSler, in welcher Form und in welchem Ausmaß er betroffen sein mag, in ein sinnvolles Leben begleiten möchte. Ich stelle mir vor, dass er sich schon darauf gefreut hat, uns in unserem bewegten Leben hilfreich begleiten zu dürfen, als er unserem Werden zusah. Wir können nach positiven Umdeutungen und neuen Wegen in den Situationen Ausschau halten, die im ersten Augenblick nach Zerbruch und Aussichtslosigkeit aussehen. In Krisen, und nicht nur dann, sollten wir uns schützen vor Menschen, die uns nur weiter schwächen und kleinmachen, sondern wir sollten uns Gesprächspartner suchen, die uns mit Wertschätzung begegnen und uns an der Stelle abholen, an der wir gerade sind und nicht da, wo wir gerne wären oder uns andere gerne sähen.

Und weil aus unseren Schwierigkeiten und Macken etwas Brauchbares werden kann, gebe ich die Hoffnung nicht auf, für mich nicht und für die vielen bekannten und unbekannt anderen Betroffenen auch nicht.

Aus den genannten Artikeln und meinen Gedanken dazu ergeben sich für mich viele Fragen und Ideen. Drei davon will ich an dieser Stelle weitergeben:

1. Ich fände es spannend und hilfreich, wenn es ein Forum zum Austausch für Christen mit ADHS gäbe. Hat jemand Ressourcen, so etwas aufzubauen?

2. Wie geht es anderen Menschen über 60 mit ihrem ADS? Vermutlich sind nur wenige diagnostiziert. Könnte hier die Herausforderung für eine Diplom- oder Promotionsarbeit liegen?

3. Gibt es schon Erfahrungen über ALT SEIN mit ADHS? Vielleicht sogar bei Menschen im Rollstuhl oder in Altenheimen, wo fast alle Individualität an Formen und Zeiten angepasst werden muss? Sind alte Menschen mit ADHS hier neuen Traumatisierungen ähnlich ausgeliefert wie Kinder?

■ Gisela Bauer

E-Mail: bauer-gisela@gmx.de

# Leserbrief zum Artikel von Dr. Eckart von Hirschhausen

– **neue AKZENTE** Nr. 91-1/2012 –

Aufruf zur Diskussion

Sehr geehrte Redaktion von „**neue AKZENTE**“

Seit meiner dritten Scheidung vor fünf Jahren versuche ich, mein Leben als Klassenclown unter anderem mit der Unterstützung von Methylphenidat in eine würdigere Existenz überzuführen.

Aus dieser Perspektive hat mich die Selbst-Darstellung von Eckhart Hirschhausen in der **neue AKZENTE** Nr. 91 persönlich sehr getroffen. Wie kommt jemand, der offensichtlich den umgekehrten Weg vom Klassenprimus zum Clown gehen möchte, dazu, ein Medikament als „Wachmacher“ zu bezeichnen, welches mir und vielen Betroffenen undiskutierbar zu einer ruhigeren Lebensführung verhilft? Hat er als „ehemaliger Kinderpsychiater“ etwa gar noch nie von der paradoxen Wirkung von Stimulanzien in der ADHS-Therapie gehört?

Auch bin ich gar nicht einverstanden damit, wenn Herr Hirschhausen anhand seines Flughafen-Erlebnisses lediglich ein imaginiertes „Aufeinanderprallen von DenkWelten“ herbeizieht, um seine Selbstdiagnose zu stützen. Jemand der wirklich von einer solchen biologischen Reiz-Reaktions-Insuffizienz betroffen ist, wird leider hier für Außenstehende gerade auf nicht „amüsante“ Weise rea-

gieren und im schlimmsten Fall sogar mit den „Frontalhirnen“ in ernsten behördlichen Konflikt geraten. Es sei denn, er oder sie ist mit „Ritalin gedopt“ - ich spreche da aus Erfahrung.

Aus meiner Sicht trägt dieser Artikel im ADHS-Vereinsblatt nicht dazu bei, in sonstigen Medien anzutreffende, aus medizinischer Sicht unhaltbare Behauptungen obiger Art zur Wirkungsweise von Stimulanzien bei ADHS etwas entgegen zu setzen. Im Gegenteil, er unterstützt sie sogar.

Ich möchte daher hiermit den Komiker Dr. Hirschhausen, Ihre Redakteurin Frau Gerhild Drüe und alle LeserInnen herzlich dazu einladen, ihre Position zur folgenden „Gretchen-Frage“ darzulegen:

**Kann Methylphenidat durch ADHS-Betroffene als „Aufputschmittel“ missbraucht werden?**

Da ich manchmal sogar MPH zum Einschlafen benutze, wäre ich hier auch für direkte Meldungen dankbar. Diese kann auch gerne an mich per e-mail an 11@marcomaria.com gesendet werden.

Berlin, 19.4.2012

■ Marco Maria

# Leserbrief an das Redaktionsteam der FAZ

Sehr geehrtes Redaktionsteam,

zum Artikel von Michael Hanfeld „Mein Kopf sagt mir nicht mehr dumme Dinge“ (zum ARD-Film „Pillen für den Störenfried“, betr. ARD-Film von Sylvia Nagel) vom 5. Mai 2012, Nr. 105, S. 38 erlauben Sie mir bitte folgende Bemerkungen:

„Mein Kopf sagt mir nicht mehr dumme Dinge“ – das ist der größte Fortschritt in der medialen Berichterstattung über ADHS und Ritalin, nämlich einmal auch die Betroffenen zu Wort kommen zu lassen. Das leistet immerhin der Film von Sylvia Nagel. In seiner durchgehend mitschwingenden Tendenz („Pillen für den Störenfried? Psychopharmaka im Kinderzimmer“) treibt er aber Betroffene geradezu in die Verzweiflung, weil er sich mit der dokumentarisch einfühlernden Präsentation begnügt, auf jegliche sachdienliche Hintergrundinformationen verzichtet und wieder einmal dem populären Vorurteil von der ‚Modedroge‘ in der kapitalistischen Egogesellschaft Vorschub leistet (etwaiger Missbrauch, wie bei allen Medikamenten möglich, soll hier nicht bagatellisiert werden).

ADHS ist eine medizinisch bestens erforschte Stoffwechselstörung im Frontalhirn, weitgehend genetisch basiert, und – was in der Regel ignoriert wird, aber dem Problem eine zusätzliche Dimension verleiht – sie dauert fort bis ins Erwachsenenalter. Klassiker wie etwa die selbst betroffenen amerikanischen Ärzte und Wissenschaftler Edward M. Hallowell („Zwanghaft zerstreut“) und John J. Ratey („Das menschliche Gehirn. Eine Gebrauchsanweisung“) oder die in der deutschen klinischen Forschung führenden Münchener Psychiater Klaus-Henning und Johanna Krause („ADHS im Erwachsenenalter“) informieren schon lange darüber. Warum glaubt man in millionenfach gesehenen, meinungsbildenden TV-Produktionen ohne wissenschaftlichen Rat auszukommen, wie er sonst bei jeder besseren Geschichtsdokumentation üblich ist? Dann müsste man sich so hoch problematische Bewertungen versagen wie die in der begleitenden Dokumentation: „Was früher der Rohrstock war, ist heute die Psychopille“.

Keinen Zuckerkranken würde man auffordern, auf das künstliche Insulin zu verzichten; keinem, der an der Unterfunktion der Schilddrüse leidet, das Levothyroxin entziehen; keinem Kurzsichtigen die Brille wegnehmen und alle

drei stattdessen jahrelang zu Verhaltenspsychologen und Ergotherapeuten schicken mit der Aufforderung, sie mögen ihre Verhaltensstörung abtrainieren. Es ist in den therapeutisch sicher diagnostizierten Fällen gerade nicht das Menschenbild der Umwelt, das für Betroffene das Leiden schafft, sondern eine subjektiv erfahrene, Nichtbetroffenen unvorstellbare Befindlichkeit: emotionale impulsive Aufgewühltheit, unscharfe soziale Wahrnehmungsfähigkeit, geringe strukturierende Selbststeuerung, insgesamt die Unfähigkeit, die eigenen Fähigkeiten und Begabungen hinreichend zu entwickeln. Das zeigt der Film in den Aussagen der Kinder richtig.

Fragwürdig hingegen ist der entlarvende Satz eines zitierten Psychologen, der an medikamentös behandelten Kindern beklagt: „Dann können wir sie nicht mehr trainieren, weil sie ja schon still sitzen“. Es ist falsch, die „Pillen“ immer als Mittel der Effizienzsteigerung zu beurteilen und nicht als Hilfe für den Hirnstoffwechsel, um nicht – wie es als Extrem im Film der Philipp formuliert – bildlich oder tatsächlich „aus dem Fenster zu springen“. Die innere Not in ihrer physiologischen Disposition zur Kenntnis zu nehmen und zu akzeptieren, dass ein Medikament nicht stille stellt oder angepasst macht, sondern innerliche Freiheit bedeutet: danach sehnen sich die Betroffenen, zugleich wünschen sie sich aber auch ein wachsendes Wissen, die mit dieser „Begabung“ einhergehenden produktiven Erscheinungen zu erkennen: schöpferische Assoziationsfähigkeit, Kreativität, Begeisterungsfähigkeit, Schlagfertigkeit, unter Umständen ein hoher IQ, wie im Film bei Luis, dem das Jugendamt den Schulbesuch versagte, bevor ihm das Medikament half – insgesamt Eigenschaften, die bei einer starken Ausprägung des Syndroms ohne Medikation verkümmern, also im Extrem statt in die Wissenschaft in die Sonderschule führen!

Der bekannte Mediziner und humoristische Kabarettist Eckart von Hirschhausen, der sich jüngst als ADHSler geoutet hat, kann als ein populäres Beispiel dieser Spezies mit ihren positiven Eigenschaften gelten. Und ich selbst weiß auch, wovon ich rede.

■ Prof. Dr. Wolfram Siemann, Adelzhausen  
Vormals Prof. der Ludwig-Maximilians-Universität  
München (im Ruhestand)

# Spenden und Fördergelder im Jahre 2011

Insgesamt erhielten wir auf Bundes- sowie auf Landesebene folgende Spenden (kein Sponsoring) und Fördermittel nach § 20c SGB V seitens der Krankenkassen, der Industrie und Privatpersonen zur Unterstützung unserer Selbsthilfearbeit.

Förderstelle	Fördart	Bundes- verband	LG Berlin	LG BW	LG Bayern	LG Hamburg	LG Nieder- sachsen	LG S-H
		in Euro	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro
<b>GKV Gemeinschafts- förderung</b>	<b>Pauschal- förderung</b>	<b>30.000,00</b>	<b>5.000,00</b>	<b>5.000,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>1.000,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>4.400,00</b>
<b>Krankenkassen Individuelle Förderung</b>	<b>Projekt- förderung</b>							
KKH-Allianz							300,00	
AOK				400,00			6.400,00	
BEK				1.000,00				
DAK					1.200,00			
IKK Classic				2.400,00			2.250,00	
AOK BEK+GEK	Förderung Telefon- Emailberatung	2.000,00 12.000,00						
TK							2.630,50	
<b>Summe KK</b>		<b>44.000,00</b>	<b>5.000,00</b>	<b>8.800,00</b>	<b>5.200,00</b>	<b>1.000,00</b>	<b>15.580,50</b>	<b>4.400,00</b>
<b>Pharmafirmen</b>	<b>Projekt- spenden</b>							
Janssen-Cilag	Telefon- beratung	2.000,00						
Medice	Telefon- beratung	500,00						
Shire	Telefon- beratung	5.000,00						
Verschiedene	Freie Spenden	1.745,09						
Verschiedene	Freie Spenden für Regional- gruppen	4.406,00						
<b>Insgesamt</b>		<b>57.651,09</b>	<b>5.000,00</b>	<b>8.800,00</b>	<b>5.200,00</b>	<b>1.000,00</b>	<b>15.580,50</b>	<b>4.400,00</b>

# Barcelona –

## Mitgliederversammlung am 25./26.02.2012 der ADHD-Europe aisbl

Barcelona – Wer denkt da nicht sogleich an das bekannteste Wahrzeichen der Stadt, die nach wie vor unvollendete Sagrada Familia. Diese architektonisch einzigartige Kathedrale ist das Lebenswerk von Antoni Gaudi, über den der Direktor der Architekturschule am Ende von dessen Ausbildung sagte: „Wer weiß, ob wir den Titel einem Verrückten oder einem Genie gegeben haben – nur die Zeit wird es uns sagen.“



*Basilika Sagrada Familia*

Es war auch vor diesem Hintergrund sicher eine richtige Entscheidung, die vierte Mitgliederversammlung von ADHD Europe in der spanischen Metropole am Mittelmeer durchzuführen. Dank der reibungslosen Organisation durch Isabel Rubio und ihr Team von Fundacion ADANA, einer spanischen ADHD-Organisation, welche sich vor allem um Betroffene und ihre Familien kümmert und Fortbildungsmaßnahmen organisiert, war das Treffen an einem sonnigen Wochenende Ende Februar aus Sicht aller Teilnehmer ein voller Erfolg. Mehr als zwei Dutzend Verbände aus ganz Europa waren vertreten. Einige neue Verbände haben sich kürzlich angeschlossen, nämlich AdS eV (DE), ADDISS (UK) und Aandacht, eine belgische ADHD-Vereinigung von und für Erwachsene.



*Stauende Teilnehmer*

Bereits für den Beginn des Treffens hatte sich ADANA eine Premiere einfallen lassen: Erstmals wurde für die Teilnehmer ein Workshop mit dem Thema „Wie Organisationen erfolgreich miteinander arbeiten können“ angeboten. Durch den interaktiven Workshop mit Vorträgen (Vortragsfolien finden Sie im Mitgliedernetz <http://www.adhs-deutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-90/>), Rollenspielen und Diskussionen führten zwei Praktiker von Olacoach, einer spanischen Coachingorganisation ([www.olacoach.com](http://www.olacoach.com)). Vor allem die Rollenspiele führten uns erfolgreich vor Augen, wie wichtig aktives Zuhören und das Eingehen auf die verschiedenen Interessen der Akteure ist. Derartige Fortbildungen sollten künftig zum festen Bestandteil der jährlichen Mitgliederversammlungen gemacht werden.

Unsere Präsidentin Dr. Myriam Menter, unterstützt von Rita Bollaert und Stephanie Clark, leitete souverän durch die anschließende Mitgliederversammlung. Ihr Bericht über die Aktivitäten im abgelaufenen Jahr zeigte, dass der Dachverband mittlerweile europaweit bekannt ist, sich regelmäßig zu aktuellen Themen zu Wort meldet und auf bedeutenden Kongressen Flagge zeigt, z. B. dem ADHD-Kongress der World Federation of ADHD. Das zeigt sich übrigens auch in der erneut gestiegenen Anzahl von Besuchern unserer Webseite. Die Qualität und Aktualität der Seite kann aber nur aufrechterhalten werden, wenn alle Mitgliedsverbände Informationen über Veranstaltungen oder interessante Themen und Debatten in ihren Ländern auf einem aktuellen Stand halten.

Für 2012 werden folgende Initiativen und Ziele angestrebt: Zum einen sollen weitere Sprachfassungen (Ungarisch, Polnisch, Türkisch und Kroatisch) der Online-Hilfe für Eltern, Betreuer und Lehrkräfte veröffentlicht werden. Sie finden den Link dieses Eltern-Lehrer-Kits auf unserer Internetseite: [http://adhs-deutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-18/75\\_read-809/](http://adhs-deutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-18/75_read-809/).

Außerdem soll es ein neues Online-Buch für Kinder und Jugendliche geben, welches in einfacher Sprache allen Kindern, nicht nur denjenigen mit ADHD, erklären soll, was es heißt ADHD zu haben. Die ADHD Awareness Week mit Kampagnen, Pressekonferenzen und sonstigen Initiativen ist geplant für den Zeitraum 23.-30. September 2012. Neben der bewährten Postkartenaktion soll aus Anlass dieser Woche mit Hilfe unserer wissenschaftlichen Berater eine neue ADHD-Erklärung entworfen werden. Der dänische Verband erklärte sich bereit, für ADHD Europe den Entwurf von einigen Schmuckstücken (Ringe, Anhänger) und deren Herstellung zu veranlassen. In Dänemark hatte der Verband damit sehr großen, auch finanziellen, Erfolg.

Im Hinblick auf Anfragen, z. B. zur Gründung neuer ADHD-Selbsthilfeorganisationen, ist beabsichtigt, unsere Website um einen neuen Abschnitt zu ergänzen, der dazu erste Tipps geben soll.

Die bereits begonnenen Umfragen bei allen Mitgliedsverbänden zu den Themen ADHD und Autofahren sowie ADHD und Militärdienst werden in Kürze fortgesetzt.

Die Versammlung beschloss den ersten Tag mit einem Ausblick auf 2017: bis dahin will man ein Büro in Brüssel mit einem Angestellten eingerichtet haben, ferner soll eine europäische ADHD-Konferenz einberufen werden und Bücher und Broschüren in mehreren Sprachen vorliegen. Ehrgeizige Ziele für die nächsten fünf Jahre – aber wer hätte vor fünf Jahren ernsthaft gedacht, dass wir in so kurzer Zeit zu einem starken europäischen Dachverband wachsen, der 30 regionale und nationale Selbsthilfeverbände zu seinen Mitgliedern zählt?

Am zweiten Tag stellten einige Mitglieder neue Forschungsergebnisse und Projekte vor:

- Stephanie Clark (AANDACHT – BE) erläuterte ausführlich die Anti-Diskriminierungspolitik der EU und schlug u.a. vor, mittelfristig auf eine Anerkennung von ADHD als seelische Behinderung hinzuwirken.
- Christine Getin (HyperSuper TDAH – FR) präsentierte eine Studie aus Frankreich, in der untersucht wurde, was im Bereich Diagnose und Behandlung oder Erziehung und Schule für Kinder mit ADHD die größere Bedeutung hat. Mit entsprechenden Therapien (u. a. Logopädie) konnte die Durchfallquote reduziert werden.
- Marko Ferek (Budenje – HR) stellte sein Projekt vor, mit dem er das Verhältnis von Kreativität und ADHD untersuchen möchte. Er beklagte, dass zu viel Negatives mit ADHD in Verbindung gebracht wird, anstatt auch die positiven Seiten hervorzuheben. Die Studie wird von einem Wissenschaftler an der Universität von Georgia durchgeführt. Marko hat vor, mit seiner Teilnahme am Marathon in Toronto weitere Gelder für die Studie zu mobilisieren.
- Andrea Bilbow (ADDISS – GB) stellte ein Projekt in Rumänien vor, welches von ADDISS durchgeführt wird. Ungefähr 30 Psychologen werden darin geschult, Lehrern und Eltern Strategien im Umgang mit ADHD beizubringen. Außerdem informierte Andrea über das 1-2-3 MAGIC und das Why Try Programm, welche beide von ADDISS im Bereich Fortbildung genutzt werden (weitere Einzelheiten siehe <http://www.addiss.co.uk/training.htm>).
- Rose Kavanagh (INCADDS – IRL) stellte ein Forschungsprojekt vor, welches sie mit dem Waterford Institute of Technology zu den Möglichkeiten nicht-medikamentöser Behandlung durchführt (The Incredible Years Programme, Neurofeedback).



ADHD-Europe aisbl-Teilnehmer

Die abschließende spannende Frage war, wo die Mitgliederversammlung 2013 stattfinden soll. Zwei Verbände hatten dazu Vorschläge unterbreitet: Irland (INCADDS) und Türkei (Hiperaktivite). Nach einigen Diskussionen zum Für und Wider beider Optionen fiel das Ergebnis der Abstimmung deutlich aus: das nächste Treffen findet im Februar 2013 in Istanbul statt. Ausschlaggebend für diese Wahl waren u. a. die deutlich niedrigeren Kosten für Unterkunft und Anreise. Dies ist vor allem für kleinere Verbände aus dem Süden Europas ein wichtiger Aspekt.

Auch bei dieser Mitgliederversammlung kam natürlich der gesellige Aspekt nicht zu kurz. Beim Abendessen, Tapas oder auch nur einem Glas Rotwein oder cerveza, wurden viele neue Kontakte geknüpft und alte wiederbelebt. Einmal mehr wurde dabei deutlich, dass ADHD und der Umgang mit dieser Störung nicht vor Ländergrenzen haltmacht. Der Austausch mit anderen Verbänden bringt neue Einsichten und stärkt die gemeinsame Vertretung der Interessen sowohl auf europäischer wie auch nationaler Ebene.

Ach ja, die Sagrada Familia konnten wir schließlich doch noch besichtigen – allerdings erst nach zeitraubenden Diskussionen mit dem Personal am Eingang, welches die notwendige Gruppenreservierung in den Unterlagen nicht finden konnte. Wir konnten uns beim Rundgang an und in der Kathedrale davon überzeugen: ein solches Bauwerk muss von einem Genie stammen!

■ Detlev Boeing



Innenansicht Sagrada Familia

# Symposium/Mitgliederversammlung 2012 des ADHS Deutschland e.V.

## Bericht über die Veranstaltung des ADHS Deutschland e.V. am 28. und 29. April in Böblingen.

Das diesjährige Symposium stand unter dem Titel „Tag für Tag ADHS“ und wurde von unserem ersten Vorsitzenden **Hartmut Gartzke** sowie der Leiterin des Schulamtes Böblingen **Frau Schumann** eröffnet. Einprägsam der Satz von Frau Schumann „ADHS-Kinder verhalten sich nicht – sie ereignen sich“, er steht exemplarisch für ein Schulamt, das sich nicht nur bei ADHS auskennt, sondern die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder berücksichtigt. Als wichtigen Punkt benannte sie die Frage, wie Unterricht aussehen muss. Lehrer sollen nicht nur Lehrpersönlichkeiten, sondern auch Bezugspersonen sein, die Autorität haben, aber nicht autoritär sind. Ihre Sprache soll klar sein, kurz und prägnant. Es müssen klare Strukturen existieren, an die sich ALLE halten (auch Erwachsene), Lautstärke ist nach unten zu regulieren, Bewegung zuzulassen – ausreichende Leitbilder vorgegeben und Vorbildfunktion gelebt werden. Dies gilt insbesondere auch für die gelebte Kommunikation mit den Eltern, die nicht erst bei Problemen beginnt. Am wichtigsten ist die Beziehung zwischen Kind und Lehrer (wenigstens eine Person an der Schule muss für das Kind Ansprechpartner sein), das Gefühl wahrgenommen und ernst genommen zu werden.

Anschließend folgte ein lebhafter und interessanter Vortrag von **Dr. Astrid Neuy-Bartmann** zum Thema ADHS und Partnerschaft. Bei AD(H)S ist nicht nur der AD(H)Sler betroffen sondern auch der Partner und das Umfeld. Was ist

anders? Was ist AD(H)S-Verhalten? AD(H)Sler müssen verstehen, dass sie anders sind, dass ein nicht-betroffener Partner eben nicht so denkt, fühlt und handelt wie der Betroffene.

Das Schwarz-Weiß-Denken und -Fühlen des AD(H)Slers ist für andere schwierig, da es als instabil empfunden wird, Sprunghaftigkeit ist anstrengend, – heftige Emotionen sind nicht nachvollziehbar. Andere empfinden das als Kränkung – der AD(H)Sler selbst ist aber auch superschnell gekränkt.

Wenn der AD(H)Sler „auf der Palme ist“, ist eine Auszeit vonnöten, da er in diesem Moment nicht dazu fähig ist, sich emotional „von der Palme“ runterzuschrauben. Der AD(H)Sler verzeiht/vergisst schnell – der Nichtbetroffene nicht, da bleibt Verletzung.

Bei Hypoaktiven ist es eher die Langsamkeit, die die Partnerschaft schwierig macht – die Leistung der Hypos wird nicht anerkannt – der Partner muss viel übernehmen.

Oft entwickeln Nichtbetroffene Krankheitssymptome (eher Depression – Ängste – Burnout), sie leiden unter dem AN-AUS, schwarz-weiß Erwachsensein-Kleinkindverhalten, unter den EXTREMEN des AD(H)Slers. Der AD(H)Sler muss lernen zu warten, muss lernen, ohne Kick zu leben, muss lernen, die Reizüberflutung selbst zu vermeiden. – Reizüberflutung führt sehr schnell zu „Datencrash“ – zu Gefühlsexplosionen/Kampf.

Chaos, Desorganisation, nicht entscheidungsfähig, „Aufschieberitis“ ... oft übernimmt der Partner die



von oben nach unten:  
Dr. Myriam Menter,  
Dr. Johannes Streif,  
Dr. Klaus Skrodzki,  
Sabine Nicolei,  
Detlev Boeing



von oben nach unten:  
Elisabeth Busch-Boeing,  
Karin-Gisela Seegers,  
Patrik Boerner,  
Dr. Astrid Neuy-Bartmann,  
Herta Bürschgens



Gerhild Gehrman



Hartmut Gartzke



Bärbel Sonnenmoser



Reinhard Wissing

Organisation ... das belastet die Beziehung, weil dann alles an einer Person hängt (Zeitmanagement, große Ziele, viele Träume ... ganz schlechte Realisierung – Perspektivenwechsel schlecht möglich – daher oft ungerechte Verteilung der Lasten in einer Beziehung). Der nicht betroffene Partner sollte cool und gelassen bleiben und nicht vergessen, für sich zu sorgen.

AD(H)Sler wollen siegen und immer recht haben. Dies führt oft zu endlosen Diskussionen. In Familien mit AD(H)S kommt es häufiger zu Gewalt. Dazu kommen finanzielle Probleme aufgrund von Kaufsucht und anderem kostspieligen exzessiven Verhalten. Auch Sexualität kann zur Sucht werden. Auf der anderen Seite können Konzentrations-schwierigkeiten auch beim Sex Probleme machen, sowie mangelnde Einfühlsamkeit. Des Weiteren kann Risikoverhalten - wechselnde Partner - zu gesundheitlichen Problemen führen.

Die PowerPoint-Folien sind auf unserer Intranetseite, ebenso wie die des folgenden Vortrages erhältlich.

Als Referentin folgte **Dr. Eveline Breidenstein** zum Thema Nahrungsmittelinduzierte ADHS-Symptomatik. Zu Beginn zeigte sie einen Ausschnitt eines Fernsehberichts von 1992 im ZDF über allergische Reaktionen im Gehirn durch Zucker und Zusatzstoffe. Der dort gezeigte Dr. Runov hatte einen jungen Patienten, der eine Zuckerallergie hatte (Allergietest mithilfe von Glutamat unter die Haut gespritzt) und allergische Reaktionen in Form von Verhaltensauffälligkeiten zeigte.

Weder die Feingold- noch die Phosphatdiät zeigten Studien zufolge eine Wirksamkeit. Als einzige konnte bei der oligoantigenen Diät eine signifikante Wirkung nachgewiesen werden.

Wichtig bei Diäten ist das Abwägen, wie sich eine Diät für das Kind auswirkt (Außenseiter ...).

Als dritter Referent sprach **Dr. Oliver Hennig** über ADHS bei Erwachsenen und den damit einhergehenden Alltags- und Funktionseinschränkungen, die Behandlungsmöglichkeiten, Bewältigung, Veränderung und Entlastungsmöglichkeiten sowie mögliche Komorbiditäten.

Ein Behinderungsgrad bei ADHS von 10-20 % ist möglich. Wichtig ist regelmäßige körperliche Aktivität, inzwischen ist der Nachweis der positiven Wirkung auf neurobiologischer Ebene möglich. Negative Gefühle, Stress, Angst werden geringer – Impulskontrolle, Exekutivfunktionen, Arbeitsgedächtnis, Stimmung und Lebensqualität werden gesteigert. Komorbiditäten überlappen sich häufig und sind daher schwierig abzugrenzen und zu diagnostizieren. Wichtig ist zunächst, eigenständig zu diagnostizieren, dann zu hierarchisieren und kontinuierlich zu beobachten.

Als Auflockerung zwischen den Vorträgen trat **Dr. Johannes Streif** als Marcel Reich-Ranicki auf und besprach einige ADHS-Bücher, sein Vortrag ist in voller Länge auf unserer Intranetseite abrufbar. Hier ein Satz daraus: „... nicht die Störung stört, sondern die, die sich gestört fühlen – das sind dann die Gestörten.“

Nach dem Mittagessen gab es eine kleine Bauchtanzgruppenaufführung, um aus der Lethargie des Essens wieder aufnahmefähig zu werden.

Als letzter Tagesordnungspunkt des Symposiums war eine Podiumsdiskussion mit dem Titel: „Medienstar ADHS - Was macht die ADHS so spannend?“ Dieses Jahr gab es u. a. in der FAZ am Sonntag sowie rund um den Report einer Krankenkasse viel negative Presse. Angefangen von Ursachenforschung bis hin zu der Feststellung, dass Fehldiagnosen von 20 % durchaus „im Rahmen“ sind, dieser Prozentsatz ist auch bei Krebs oder sonstigen Erkrankungen vorhanden. Der Verband hält es für sinnvoller, positive Berichte von sich aus zu lancieren, statt ständig „in Verteidigungsposition“ zu gehen. Dazu gab es auch aus dem Publikum verschiedene Ideen, wie der Verband besser informieren kann – als Gegentool zur schlechten Presse.

Der Abend klang gemütlich aus mit großem Buffet sowie Darbietungen einer Tanzgruppe und eines Alleinunterhalters. Vielen Dank nach Böblingen für die gelungene Veranstaltung!

■ Richarda Rapp/Dr. Myriam Menter

# ADHS-Treffen Böblingen 2012

## aus der Sicht eines jugendlichen Teilnehmers

Für viele, die dieses Jahr auf dem ADHS-Treffen waren, ging die Reise schon früh am Morgen los. Ob Fritzlar, Schwalmstadt, Karlsruhe, München oder Wiesbaden, alle wollten sie in die kulturelle Kleinstadt Böblingen, die bei Stuttgart liegt und in der das Treffen in diesem Jahr stattfand.

In Böblingen angekommen, wurden Erwachsene und Jugendliche getrennt. Die Erwachsenen durften sich schöne Vorträge anhören, unter anderem von Herrn Dr. Streif und anderen Referenten und Ärzten, die viele Eltern begeisterten. Währenddessen waren die vielen Jugendlichen in einer sehr nahegelegenen Schule und spielten lustige Spiele, um unter anderem zu lernen, wie man zusammenhält und Gemeinschaft zeigt. Dies ist auch kräftig gelungen, denn nach diesen zwei Stunden verstanden sich alle sehr gut und hielten auch zusammen. Nachdem wir dieses gelernt hatten, verbrachten wir die Zeit noch ein bisschen mit unseren Eltern und den neu kennengelernten Freunden, bis es weiterging.

„Fun with friends“ war angesagt, denn es ging in den Indoor Freizeitpark „SENSAPOLIS“, nahe bei Böblingen. Dort verbrachten wir viel Zeit und hatten eine Menge Spaß, denn dort konnte man einfach alles machen – unter anderem eine „High Speed Rutsche“ runterrutschen, in der manche der Kinder eine Geschwindigkeit von 34 km/h erreicht haben und das soll ein Erwachsener mal nach machen!



*Pause!*



*Erste-Hilfe-Übung*

Die kleineren Kinder wurden in der Schule betreut. Aber während die Kinder Spaß hatten, saßen die Erwachsenen natürlich nicht einfach nur rum und langweilten sich, sondern bekamen noch mehr Informationen über ADHS und auch eine gelungene Tanzvorführung.

Das Buffet war sehr lecker, der Komiker, der auftrat, sehr witzig. Es war ein erholsamer, lustiger Abend und wir kamen erst spät ins Hotel.

Am nächsten Morgen hielt Herr Metz eine Messe. In einer Erzählung aus der Bibel konnte man hören, dass es ADHS wohl früher schon gab. Der Vortrag gefiel allen Zuhörern gut, weil Herr Metz in seiner lustigen Art erzählte und die Geschichte gut rüberbrachte. Es gab auch eine praktische Aufgabe. Man musste die vielen aufgestellten Teelichter am Brennen halten. Wer zu spät kam, musste schnell durch die Tür, damit der Wind die Kerzen nicht ausblies. Das sorgte für Erheiterung.

Für die Erwachsenen gab es noch Workshops. Die Jugendlichen konnten Böblingen erkunden. Leider waren sonntags viele Läden geschlossen. Vielleicht kann man das nächste Mal eine Jugendrunde machen und Ideen sammeln. Unser Heimweg war sehr lang. Um dem Stau auf der Autobahn auszuweichen, fuhren wir die Bundesstraße. Sehr clever – denn da war in Hockenheim gerade das Rennen vorbei ....

Ich freue mich auf das nächste Mal.

■ Dominic Mühr

# Nur gemeinsam –

## Anmerkungen zur Organisation der Mitgliederversammlung 2012 in Böblingen

Es geht nicht ohne die anderen. Diesen Gedanken kann man über die Organisation der Mitgliederversammlung setzen. Der Vorstand des Landesverbandes Baden-Württemberg hatte ein halbes Jahr vor der Veranstaltung im April die ersten Planungen und Vorbereitungen getroffen, wohl wissend, dass die echten Herausforderungen erst kurz vor Beginn des Treffens eintreten. Umso wichtiger waren die vielen engagierten Mithelfer.

Fünf Aufgaben bildeten sich im Zuge der Vorbereitung heraus: Inhalt und Einladung, souverän wie stets gestemmt von den Damen und Herren des Bundesverbandes. Das kulinarische Erlebnis von Apfelschorle bis zur Zabaione. Den beiden Küchenfeen, die die Versorgung in die Hand nahmen, ist nicht genug zu danken. Die Organisation der Örtlichkeiten und die Finanzierung derselben. Hier konnte man mit dem gewinnenden, schwäbischen Charme der Landesvorsitzenden Bärbel Sonnenmoser rechnen. Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen und schließlich das unterhaltsame Beiprogramm.

Nicht wenig, aber am Ende kamen wir mit allem zu Streich. Wenngleich gewisse Erschöpfungserscheinungen nicht ausblieben, aber nach einem zwölf- bis achtzehnstündigen Schlaf überwindet man auch dies. Viel Freude und hoher Besuch an der Getränketheke verursachte das warme, sonnige Wetter. Auch dieser überirdische Beitrag soll nicht unerwähnt bleiben. Die Schönheit der Murkenbachhalle und des kleinen Parks vor seiner Türe wäre nicht halb so gut bei Regen und Sturm zur Geltung gekommen.

Es bleibt dabei: Ohne andere geht es nicht. Dieses Motto haben die Baden-Württemberger auf den Stab graviert, den sie an das Team weiterreichen, das die Mitgliederversammlung 2013 organisiert. Das Feine beim Engagement für ADHS ist, dass man stets mit offenen, innovativen, gelegentlich etwas verzettelten, aber außerordentlich hilfsbereiten Anderen rechnen kann. An Anderen wird es nicht fehlen.

■ Uwe Metz

# Vorankündigung: Symposium mit Landesgruppenveranstaltung

## Niedersachsen/Bremen

Der **AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg**, die Regionalgruppe Sassenburg aus dem niedersächsischen Landkreis Gifhorn, erwartet Mitte September in Wolfsburg Gäste aus ganz Norddeutschland zum Symposium **„Mit ADHS durchs Leben. JA, und wie!?“**

Ein stets im Spätsommer in Niedersachsen stattfindendes Symposium entwickelt sich immer mehr zur festen Größe. Anders als beim Süddeutschland-Klassiker (Hirschaid) wechseln im hohen Norden allerdings ständig die Veranstaltungsorte. Am 15. September 2012 ist es wieder soweit – diesmal geht's in die Volkswagenstadt Wolfsburg.

Vorigen Sommer schon fasste Margit Tütje-Schlicker, vor nunmehr zehn Jahren eine der Gründerinnen des AD(H)S-Gesprächskreises Sassenburg und im Jubiläumsjahr noch immer deren Leiterin, den Entschluss, ein großes Symposium auf die Beine zu stellen. Da für etwaige Weitanreisende die Samtgemeinde Sassenburg kaum ein Begriff sein dürfte und auch die in der Nachbarschaft gelegene Stadt Gifhorn

nicht geeignet erschien, kam die Selbsthilfegruppe schnell auf Wolfsburg. Nach Helmstedt, Hankensbüttel und im vorigen Jahr in Osnabrück, können Anreisende ausgerechnet jetzt in einer derart von Automobilindustrie geprägten Stadt während des gesamten Symposiums quasi auf ein motorisiertes Fahrzeug getrost verzichten. Denn selbst vom ICE Bahnhof Wolfsburg liegen das empfohlene Hotel (Global Inn), das Restaurant Zum Tannenhof, die nicht einmal zwei Jahre alte Jugendherberge und natürlich der eigentliche Veranstaltungsort „Hallenbad“ nur wenige Gehminuten entfernt. Allesamt entlang der Wolfsburger Kleiststraße – die übrigens am Ende direkt mit der Hauptfußgängerzone (Porschestraße) verbunden ist.

Apropos Hallenbad. Trotz des Namens sind Badesachen nicht erforderlich, da das Hallenbad vor einigen Jahren kreativ und künstlerisch umgestaltet wurde. Das neue „Hallenbad – Kultur am Schachtweg“ gehört seither in Wolfsburg zu einer festen Szenegröße. Gut möglich also, dass ein Hauch von ADHS bereits bei der Trockenlegung

der Schwimmbecken durch das einstige Bad wehte. Doch spätestens am 15. September um 13 Uhr ist es soweit – dann weht dort ein kräftiger ADHS-Wind und das diesjährige Symposium beginnt. Um 13.30 Uhr erfolgt die offizielle Begrüßung. Unter anderem erhielt die Sassenburger Regionalgruppe im Frühsommer bereits die Zusage für ein Grußwort von Wolfsburgs Oberbürgermeister Klaus Mohrs. Margit Tütje-Schlicker – seit September 2011 ist die SHG-Leiterin auch neue Chefin der ADHS Deutschland-Landesgruppe Niedersachsen-Bremen – hat gemeinsam mit ihrem seit Jahren gut eingespielten Organisationsteam drei hochkarätige Referenten verpflichten können.

Unmittelbar nach der Begrüßung spricht **Dr. Fritz Jansen** (Neuried). Sein Thema lautet „Bedeutung des ADHS für den Lernerfolg/Positiv lernen“. Um 16 Uhr folgt ein Vortrag („Erfolgreich lernen und leben mit ADHS“) von **Dr. Johannes Streif** aus München. Und unter dem Titel „ADHS und Partnerschaft“ soll die Aschaffenerin **Dr. Astrid Neuy-Bartmann** ab 17.30 Uhr als dritte Rednerin die geballte Vortragsreihe erfolgreich abschließen.

Im Rahmen der norddeutschen Veranstaltung, zu der in diesem Jahr auch viele Regionalgruppen anderer Landesgruppen eine Einladung erhielten, finden sowohl am Samstag als auch am Sonntag Gruppenleitergespräche und Workshops statt. Jugendliche (ab 14 Jahren) können sich derweil auf zwei Profis aus der Gewaltprävention freuen. Und zwar auf Harry Guta und Frank Klaukien. Bewusst dem Titelslogan „Mit ADHS durchs Leben. JA, und wie!?“ angeglichen, heißt die diesjährige Jugendveranstaltung „Eigene Stärken finden. JA, und wie!“

Für Mitglieder des ADHS Deutschland e. V. ist die Teilnahme an den Veranstaltungen kostenlos. Was jetzt nur noch fehlt, ist eine umgehende Anmeldung. „JA, und wie!“ Alle weiteren Informationen hält entweder ein Regionalgruppenleiter einer (norddeutschen) ADHS Deutschland Selbsthilfegruppe bereit oder kann unter [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de) (Aktuelles/Termine) nachgelesen werden.

■ Frank Häusler/Margit Tütje-Schlicker

## 15 Jahre ADHS-Selbsthilfe in Helmstedt

**Den Patienten einfach mal zuhören – dafür plädierte Dr. Roy Murphy bei seinem Festvortrag zum Thema ADHS – eine Herausforderung für die Gesellschaft.**



*Dr. Roy Murphy bei seinem Vortrag*

Anlässlich des 15-jährigen Jubiläums der ADHS-Selbsthilfegruppe Helmstedt im Juni 2011 eröffnete die Gruppenleiterin Monika Lehmann die Veranstaltung im Kloster St. Ludgerus in Helmstedt mit einem Rückblick auf schwierige Anfangsjahre. Relativ schnell wurde seinerzeit deut-

lich, dass eine reine Gesprächsgruppe nicht auf Dauer sinnvoll ist. Daher widmet die Gruppe sich schon seit Jahren der Organisation von Vortrags- und Informationsveranstaltungen, um eine breite Öffentlichkeit zu erreichen. Gleichzeitig werden Beratungsgespräche für Betroffene, Angehörige und Lehrer angeboten.

Petra Sinkemat von der Katholischen Erwachsenenbildung dankte Frau Lehmann für ihre Arbeit und wies in ihrer Ansprache besonders darauf hin, dass Frau Lehmann sich entschieden hat diese Bildungsabende bis heute ohne eine Eintrittsgebühr für die Besucher zu veranstalten. Der Gedanke ist dabei, dass die Teilnahme nicht an knappen finanziellen Mitteln scheitern darf.

In dem anschließenden Grußwort des stellv. Landrates Norbert Dinter schlug dieser den Bogen von ADHS zur Eisberg-Skulptur 8,33 %. Wie bei einem Eisberg sei auch bei dem Problem ADHS in der Gesellschaft nur die Spitze eines ganzen Berges an Schwierigkeiten zu sehen, der größte Teil der Probleme bleibe unter der Oberfläche und sei nicht sichtbar.

Anschließend referierte der Psychotherapeut Dr. Roy Murphy aus Bad Bramstedt zur Symptomatik und den lebenslangen

Auswirkungen von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen. 4,7 % aller Menschen weisen klinisch relevante Auswirkungen im Bereich der Aufmerksamkeitssteuerung, der Emotionsregulation und Impulskontrolle sowie Unruhe bzw. Anspannung auf. Häufig treten durch die lebenslangen Beeinträchtigungen im Alltag dann Depressionen oder andere psychosomatische Erkrankungen auf, die dann zur Einweisung in die Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt führten. Seinen Patienten richtig zuhören und sich ausführlich mit der Lebensgeschichte auseinandersetzen, stelle die Grundlage für die Diagnostik und damit auch das Verständnis für die Beeinträchtigungen, aber auch für die Stärken des Patienten dar. Hieraus leiten sich dann aktuelle Behandlungskonzepte der Psychotherapie wie Kognitive Verhaltenstherapie, Achtsamkeitstraining, aber auch Sportangebote ab. Diese werden in der Klinik mit medikamentösen Therapieangeboten kombiniert.

Der Vortrag vermittelte den interessierten Zuhörern eine fachlich fundierte und unterhaltsam dargestellte Übersicht, in der sich viele Betroffene wiederfanden. Dies bestätigte die anschließende Diskussion, die Raum für Fragen und Erfahrungsaustausch bot.



*Dr. Roy Murphy*

Im Rahmen des Jubiläums wird von der Selbsthilfegruppe ein weiterer Schwerpunkt zur Beratung angeboten. Die Buchhandlung Fröhlich stellt zum einen eine ganze Reihe Bücher zum Thema ADHS aus. So hat man die Möglichkeit, verschiedene Bücher inhaltlich zu vergleichen. Zum anderen werden in der Buchhandlung zwei Beratungstermine angeboten. Am Montag, den 2. Juli von 10 bis 12 Uhr und am Dienstag, den 3. Juli von 16 bis 18 Uhr besteht die Möglichkeit, sich individuell von Frau Lehmann, Erzieherin mit drei eigenen ADHS-Kindern, beraten zu lassen.

■ Regionalgruppe Helmstedt

## Vortragsabend der Regionalgruppe Wehr

mit Diplompsych. Chiharu Sadohara-Bannwarth

Am 12.03.2012 hat bei dem monatlichen Treffen der Selbsthilfegruppe AD(H)S bei Erwachsenen Wehr und Umgebung der Vortrag der Diplompsychologin Chiharu Sadohara-Bannwarth stattgefunden. Die Psychologin hat vor über 15 Gruppenteilnehmern und Interessierten über eine Studie der Forschungsgruppe ADHS im Erwachsenenalter des Universitätsklinikums Freiburg berichtet.

Dort wird derzeit die „Wirksamkeit von Selbsthilfe bei ADHS im Erwachsenenalter“ zur Basisdatenerhebung untersucht, um die Versorgungssituation der Betroffenen zu verbessern. Sie betonte dabei, dass bei einer Häufigkeit von drei bis sogar vier Prozent nur etwa 0,1 % ADHS-spezifisch behandelt würden. In diesem Zusammenhang stellte sie dar, dass der Anteil der Arbeitslosen unter den Betroffenen fast doppelt so hoch sei wie bei der Durchschnittsbevölkerung. Des Weiteren sind Komorbiditäten, also Begleiterkrankungen, besonders auch psychiatrische, wie Angststörungen, Depressionen und Suchterkrankungen, extrem häufig. Dies mache deutlich, wie wichtig es sei, die Versorgung von ADHS betroffenen Erwachsenen zu verbessern, wozu die Studie beiträgt

(siehe auch Internetseite des ADHS Deutschland e. V. [http://www.adhsdeutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-10/31\\_read-796/](http://www.adhsdeutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-10/31_read-796/)).

Im zweiten Teil ihres Vortrags sprach sie über eine Studie der Forschungsgruppe über Gefühlsregulation bei ADHS. In gängigen Klassifikationssystemen sind emotionsbezogene Schwierigkeiten bei Erwachsenen mit ADHS als Kriterien nicht aufgelistet. Ein Behandlungsansatz seien Achtsamkeitsübungen. Aus Amerika sei schon bekannt geworden, dass diese über längere Zeit durchgeführt zu einer Symptomreduktion führten. Die Ergebnisse ihrer Studie zeigten, dass eine Instruktion, Gefühle zu akzeptieren gegenüber auftretenden negativen Gefühlen eine deutlich positive messbare Wirkung auf die Symptome habe, während beim Unterdrücken der Gefühle eine negative Wirkung zu beobachten ist. Die Wehrer Gruppe unter der Leitung von Nicole Stadler wird diesen Ergebnissen in den künftigen Gesprächen besondere Beachtung schenken.

■ Nicole Stadler

# Jahresbericht Regionalgruppe Bremen „Danke“

Was soll ich Großes schreiben. Wir halten regelmäßig unsere Gruppenabende an jedem dritten Donnerstag im Monat ab. Die Teilnehmerzahl ist durchwachsen. Mal kommen gleich zwei bis drei betroffene Eltern, aber auch betroffene Erwachsene (da wir beide Gruppen z. Zt. noch leiten). Es kommt aber auch vor, dass Ellen und ich alleine warten und wenn keiner kommt, gehen wir nach einer halben Stunde wieder.

Zu unserer großen Freude hat die Teilnehmerzahl an den letzten Abenden zugenommen. Man merkt wieder, dass Bedarf vorhanden ist und wir als Selbsthilfegruppe benötigt werden. Sowohl bei betroffenen Eltern als auch bei Erwachsenen; beide suchen wieder das Gespräch. Man merkt es auch, dass die Zeit (von 19.30 – 21.30 Uhr) teilweise nicht ausreicht. Dann sitzt man auch schon mal bis 22.00 Uhr oder 22.30 Uhr.

Wichtig ist dabei doch nur, dass wir durch das Gespräch miteinander Fragen beantworten und mit Rat und Tat helfen sowie Sorgen beseitigen können. Dabei spielt die Zeit doch nur eine untergeordnete Rolle.

Und dass sich der Aufwand und die Zeit lohnt, hat uns eine betroffene Mutter gezeigt und geschrieben. Der Gruppenabend war am 19.05.2011 und sie schreibt uns am 20.05.2011 um 9.42 Uhr folgendes „DANKE“ per E-Mail:

*Liebe Ellen, lieber Ronald,*

*ich wollte mich noch mal für den gestrigen Abend bedanken! Seit die Diagnose meiner Tochter feststand, machte sich bei mir immer mehr das Gefühl und die Angst breit, dass ich das nicht schaffe. Auch deshalb, weil ich selbst aufgrund meiner chron. Erkrankung oft genug keine Energie mehr habe. Mein Mann ist, wie ich ja erwähnt habe, häufig nicht zuhause und selbst wenn, kommt es mir so vor, als ob ich erst ihn auf die Spur bringen muss, damit er unserer Tochter Struktur geben kann. PUUUH!*

*Aber heute Morgen bin ich aufgewacht und habe meinen seit lan-*

*gem vermissten Optimismus gespürt, der da sagte: Das kriegen wir schon hin!*

*Und das habe ich dem Abend gestern zu verdanken. Ich bin auch sehr erleichtert zu wissen, dass ich mich mit Fragen und Sorgen an Sie beide und/oder an den Gesprächskreis wenden kann. Vielen Dank für Ihr Engagement!*

*Herzliche Grüße!*

*Sabine*



Die E-Mail, eingerahmt und an einem passenden Ort aufgehängt

Wenn man so eine E-Mail bekommt, wird einem richtig warm ums Herz und die Selbsthilfgruppenarbeit macht dann wieder richtig Spaß, weil man wieder den Sinn darin sieht.

Da mich diese Mail immer wieder an unsere wichtige Arbeit erinnern soll, habe ich sie eingerahmt und in unser Büro gehängt.

Also liebe Regionalgruppenleiterinnen und -leiter. Nicht aufgeben, wenn es mal nicht so gut läuft. Auch für jeden einzelnen Betroffenen sind wir wichtig und benötigt und Hilfe.

■ Ronald Schmidt

# Regionalgruppe Bruchsal/Hambrücken

Bei unserem Gruppentreffen am 08. Februar 2011 hatten wir Dipl.-Psych. Dr. Johannes Streif aus München zu Gast. Ebenso fand sich zu diesem Abend die Landesgruppenleiterin Baden-Württemberg des ADHS Deutschland e. V., Bärbel Sonnenmoser, ein um – wie die 41 weiteren interessierten Zuhörer – den Ausführungen von Dr. Streif zu lauschen.

Um 19:45 Uhr begann Herr Dr. Streif sein Projekt das Jägerlager, vorzustellen. Er dankte zuerst einmal Kirsten Riedelbauch (Gruppenleiterin der Gruppe) und Ihrer Familie für die Mitarbeit an der „Stern TV Reportage – Chaoskinder“. Ohne diese Mitarbeit wären die Bilder, die er dann zeigte, gar nicht erst entstanden. Das Jägerlager richtet sich an Jungen und Mädchen im Alter von 8-14 Jahren sowie an deren 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.

Die Kinder kommen immer an einem Sonntag mit ihren Eltern und Geschwistern zur Jägerburg. Nach einem gemeinsamen Vormittagsprogramm, in dem sich Familien und Jägerburgteam vorstellen, gibt es ein Mittagessen und später ein Elterntaining, bei dem Eltern und Kinder getrennt sind. Dabei erfahren beide, was die Kinder in der Jägerlagerwoche erwartet. Zudem unterhalten sich die Eltern mit Dr. Streif über ihre Sorgen und Probleme und bekommen schon mal ein bisschen praktische Anleitung, die sich „Jägerlatein“ nennt. Danach verabschieden sich Eltern und Geschwisterkinder von den Teilnehmern und fahren nach Hause.

Das Tagesprogramm ist in drei Abschnitte unterteilt. Am Vormittag findet im Rahmen der Jägerwerkstatt Unterricht und Psychomotorik statt. Die Jägerfreizeit am Nachmittag bietet strukturierte gemeinsame Aktivitäten, die gleichfalls Wissensvermittlung und Bewegung verbinden. Am ersten Nachmittag sollen sich die Kinder, beispielsweise nur mit Karte und Kompass ausgestattet, in der Natur zurechtfinden. Später bauen sie Labyrinth, ein Spinnennetz, Schaukeln zwischen den Bäumen oder auch Seilbrücken. „Sie sollen lernen“, sagt Streif, „dass sie sich was zutrauen können.“ Durch das Seillabyrinth können sie ei-

nen Spielpartner mit verbundenen Augen lotsen, damit die Kinder lernen, sich und anderen zu vertrauen. Nach dem Abendessen startet die Jägerrunde u. a. mit Lagerfeuer und Spielen. Zur Halbzeit des Jägerlagers gehen die Kinder gemeinsam mit Ihren Betreuern auf eine ganztägige Exkursion.

Ständiger Begleiter der Kinder während des Jägerlagers ist das Jägerbuch – ein großer Ordner, der eine Vielzahl von Informationen, Arbeitsblätter sowie ein Tagebuch enthält. Anhand des Jägerbuchs legt das Kind sich selbst und den Eltern Rechenschaft für die Zeit im Jägerlager ab. Es kann mit Stolz zurückblicken auf die eigenen Leistungen und erhält zugleich Anregungen, wie es die positiven Erfahrungen des Jägerlagers im Familien und Schulalltag fortsetzen kann.

Wenn die Eltern die Kinder nach sieben Tagen wieder abholen, sind viele der Kinder im Laufe der Woche ruhiger geworden. Am Abholtag bekommen die Eltern nochmals zwei Stunden Elterntaining, das dabei helfen soll, die Impulse des Jägerlagers auch auf Seiten der Eltern aufrecht zu erhalten.

Nach gut zwei Stunden endete der Vortrag von Dr. Streif. Da war es wegen der fortgeschrittenen Stunde auch im Saal schon ein bisschen ruhiger geworden. Dann stand Herr Streif noch bis zum Ende des Treffens für weitere Fragen zur Verfügung.

Für uns war dieses Gruppentreffen und der Vortrag ein voller Erfolg. So viele Zuhörer haben wir nicht immer bei unseren Vorträgen. Durch die vielen Bilder, die uns Dr. Streif gezeigt hatte, konnte er uns ganz gut das Konzept des Jägerlagers/der Jägerburg vermitteln. Die Kinder werden sehr gut betreut, erhalten eine gute Therapie und werden in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt. Wir finden, dass es ein sehr gelungenes Projekt ist, und hoffen, dass damit noch vielen Kindern mit ADHS geholfen werden kann. Dr. Streif selbst hat mit seinen kleinen Anekdoten aus seiner Kindheit und auch von früheren Jägerlagern den Vortrag lebendig gemacht. Der Austausch im Anschluss des Vortrages war rege und intensiv. Viele kamen sowohl auf uns wie auch auf Herrn Dr. Streif zu, um noch mehr zu erfahren. Ein rundum gelungener Abend ging um 22.30 Uhr zu Ende.

■ Sabine Kolb, AD(H)S Elterngruppe des ADHS Deutschland e. V., RG Bruchsal/Hambrücken

Detlef Träbert:

# „Kleine Schubse – Große Wirkung“

„99 Tipps für den Erziehungsalltag“ lautet der Untertitel und das ist dem Autor durchaus gelungen. Und zwar auf eine feinsinnige und gut lesbare Art.

Detlef Träbert, das ist spürbar, ist nicht nur in der Pädagogik daheim, sondern auch im Schreiben. Jede Empfehlung wird durch eine kurze Erfahrungsszene eingeführt, die er anschließend ausleuchtet. Nicht zu viel, nicht zu wenig, der Leser wird nicht auf die Stufe des Ratsuchenden versetzt, der vom gewieften Fachmann erfüllende Auskunft erhält. Die Schlüsse muss er selbst ziehen, kann es aber auch, weil der Autor ihn geschickt und feinfühlig führt.

**Detlef Träbert:**

**„Kleine Schubse – große Wirkung  
99 Tipps für den Erziehungsalltag“**

ISBN: 9783941955431

Verlag: MEDU-Verlag, Dreieich,  
1. Auflage (September 2011)

Preis: 9,95 €

Viele Erziehungsratgeber neigen zu Sachkunde, bleiben aber zu sehr auf ihrem Feld und schaffen es nicht oder nicht zureichend, das Ganze in die Lebenswirklichkeit der Väter und Mütter zu bringen.

Deshalb würde ich mir mehr solcher Bücher wünschen.

■ Uwe Metz



Birgit Trappmann-Korr:

# „Hochsensitiv:

## Einfach anders und trotzdem ganz normal Leben zwischen Hochbegabung und Reizüberflutung.“

Die Autorin postuliert, dass 15-20% der Kinder von Hyper-sensitivität betroffen sein sollen und noch dazu seien davon mindestens 10% hochbegabt, weil sie unerkannt kreativ und intuitiv seien.

„Hochsensitiven Menschen falle es schwer, sich der Außenwelt mitzuteilen. Dies ist ein Jammer, denn sonst wären sie in der Lage, ihre Hochbegabung unmittelbar zu zeigen“.

Und das geht dann weiter mit der Gleichung: „Hochsensitivität = Intelligenz (Hochbegabung im klassischen Sinne) + Reizoffenheit und Sensibilität = latentes Genie.“ Es handele sich hier um vom Philosophensyndrom Betroffene, die aber häufiger entlassen werden und öfter als Eigenbrötler leben würden.

„Manche Hochsensitive verharren in ihrem Leben wie in einer Starre, weil sie auf den einzig richtigen Gedanken und Moment warten, um zu handeln.“ Und an anderer Stelle schreibt sie: „Die wenigsten hochsensitiven Menschen sind in der Lage, genügend Geld zu verdienen.“ Oder: „Warum

**Birgit Trappmann-Korr:**

**„Hochsensitiv:**

**Einfach anders und trotzdem ganz normal  
Leben zwischen Hochbegabung und  
Reizüberflutung.“**

ISBN-13: 9783867310604

Verlag: Vak-Verlag,  
4. Auflage (Juli 2011)

Preis: 18,95 €

brauchen sie so lange um sich entscheiden zu können. Voilà nun wissen sie es! Sie können nämlich schneller denken als es ihnen bewusst ist.“

Eine kühne Behauptung, die sich wissenschaftlich nicht belegen lässt! Und warum scheitern Hochsensitive?

Die angebliche Expertin für ADHS beschreibt Hypersensitivität als eine mentale Sensitivität für sensorische Verarbeitungsprozesse. So lesen sich aber die Symptome der Hypersensibilität wie aus dem Lehrbuch für das ADHS



des unaufmerksamen Typs. Hier in Auszügen die Aufzählung der Hypersensitivitätssymptomatik: „Sie leben im Hier und Jetzt ohne Planung, Eltern sind Erinnerungsmanager, sie sind zerstreut und haben Schwierigkeiten mit zeitgebundenen Aufgaben. Sie sind schwer zu motivieren und ihre Konzentration ist schwankend, bei hoher Motivation gut. Bei schlechter Motivation gelingt sie kaum. Emotionen werden tief erlebt, zwischen himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt. Sie können sich schwer organisieren, sind häufig chaotisch, haben eine schlechte Schrift, leiden unter Sprunghaftigkeit und langem Aufschieben von Pflichten. Sie sind weiterhin häufig Einzelgänger, oft zu langsam, haben paradoxe Medikamentenwirkungen. Sie träumen viel, verpassen die Zeit, leben in ihrer eigenen Welt, hängen oft an dem Rockzipfel ihrer Eltern. Auch würden Hochsensitive einen holistischen (ganzheitlichen) Wahrnehmungsstil haben und sehr kreativ und intuitiv sein und ein sensation seeking betreiben.“ Die Autorin unterscheidet zwischen unechtem ADHS und echtem ADHS, wobei diese Definition von ihr getroffen und willkürlich ist. Hätte die Autorin wirklich ein profundes Wissen über ADHS, so wüsste sie, dass ADHS-Betroffene sich gerade durch Reizoffenheit und eine daraus resultierende Hypersensitivität sowie durch eine intensive Emotionalität auszeichnen. Angeblich gibt es falsche ADHS-Diagnosen mit dem befremdlichen Argument, dass Hypersensitivität und oppositionelles Verhalten sich widersprechen. Auch würde die Diagnose Hochbegabung ADHS ausschließen. Diese Vermutung entbehrt jeder Grundlage. Es gibt bei ADHS genauso viele Hochbegabte wie Minderbegabte in der Allgemeinbevölkerung. Wahr ist nur, das unbehandelte ADHS-Betroffene in IQ-Tests häufig schlechter abschneiden, als es ihrer Grundintelligenz entspricht.

Die von der Autorin beschriebenen positiven Seiten der Hypersensitivität, nämlich: fantasievoll, mutig, mitfühlend, neugierig, ausgeprägter Gerechtigkeitsinn etc., entsprechen ausnahmslos den positiven Eigenschaften der ADHSler.

Die Empfehlungen für Hypersensitivität entsprechen denen, die man auch ADHS-Betroffenen geben würde und den

Rest an Tipps findet man in jedem Lebensratgeber.

Das Buch erfindet eine besondere Art zu sein neu, indem es ADHS am Rande abhandelt und doch ganz genau die Symptome der ADHS beschreibt. Völlig absurd ist die Vermutung, dass alle mit Hypersensitivität (also ADHS-Symptomen, Anmerkung von Dr. N. B.) eine Hochbegabung haben. Natürlich stürzen sich viele Betroffene auf dieses Buch, denn man ist ja lieber hochsensitiv und hochbegabt als von ADHS betroffen.

Was das Buch gefährlich macht, sind Aussagen wie: „Ich hege die Hoffnung, dass wir in absehbarer Zeit aufhören, vor allem Kinder mit Psychopharmaka ruhig zu stellen, damit sie im System funktionieren.“ Dazu empfiehlt die Autorin: „Das Kind möchte sich einfach nur wohlfühlen bei dem, was es tut und es hasst Langeweile.“ Sie regt an, dass Hausaufgaben doch einfach Spaß machen sollen.

Na dann, was haben wir denn alle bisher falsch gemacht?

Spätestens da befindet sich die Autorin auf dem Niveau der Laienpresse, die wissenschaftlich unfundierte Statement und eine Mainstream-Meinung dazu benutzt die Auflage ihres Buches zu erhöhen. Trotz vieler Zitate und wissenschaftlicher Quellen findet sich nichts Neues in diesem Buch, sondern lediglich die Einführung eines neuen Begriffes und die nicht zutreffende Behauptung, dass alle Betroffenen hochbegabt seien. Es ist klar, dass die Diagnose ADHS ein Kontinuum ist, d. h. dass es natürlich Kinder gibt, die ganz hervorragend mit ihren ADHS-Symptomen zurechtkommen und diese wollen wir auch gar nicht behandeln, sondern in ihren kreativen Fähigkeiten unterstützen. Aber alle die, die wegen ihres ADHS scheitern, keine Berufsausbildung trotz guter Intelligenz gemacht haben oder keine Arbeitsstelle lange halten können, alle diese würden davon profitieren, dass die Diagnose ADHS richtig gestellt wird und eine Behandlung von Spezialisten erfolgt. Eine medikamentöse Behandlung kann sehr hilfreich sein und stellt keinesfalls eine Ruhigstellung fantasievoller, empathischer und begabter Kinder dar.

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

Ein Kompromiss ist die Kunst,  
einen Kuchen so zu teilen,  
dass alle meinen,  
sie hätten das größte Stück bekommen

Ludwig Erhard

Jon Kabat-Zinn:

# „Gesund durch Meditation“

In einem anderen Buch hatte ich davon gelesen, dass in Studien nachgewiesen sei, dass Meditation positive Aspekte für die Gesundheit habe. Eigentlich hatte ich mit Meditation nicht so gute Erfahrungen gemacht, aber ich dachte mir, es könne nicht schaden, von dem angegebenen Autor mal ein Buch darüber zu lesen. Ich bin angenehm überrascht worden und praktiziere die Grundsätze schon einige Wochen.

Prof. Jon Kabat-Zinns wissenschaftlich fundierte Methode der Achtsamkeitsmethode ist weltweit auf dem Vormarsch. Man lernt anhand des Buches, Schritt für Schritt, wie man durch bestimmte Meditationen, Atem- und Yogaübungen achtsam wird, sich entspannt und auf diese Weise Stress, Schmerzen und Beschwerden abbauen kann. Er ist Gründer der Stress Reduction Clinic in Massachusetts. Die Haltung der Achtsamkeit, die im Buddhismus eine zentrale Rolle spielt, findet sich auch in der christlichen Tradition. Besonders greifbar wird es im Jesusgebet. Es ist aber nicht so, dass religiöse Einstellungen, welcher Art auch immer, bei dieser Methode Zugang finden. Sicherlich ist es auch falsch, Achtsamkeit als „esoterische Spinnerei“ abzutun, denn darum geht es auch nicht.

Das Buch ist in mehrere Abschnitte unterteilt: Praxis der Achtsamkeit (Übungen), die neue Sicht von Gesundheit und Krankheit, praktische Anwendungen im Alltag.

Es beginnt mit verschiedenartigen Meditationsmethoden. Man lernt, sich auf seinen Atem zu konzentrieren und lässt aufkommende Gedanken (einfach) vorbeiziehen. Sicherlich sind viele Gedanken vorhanden, aber man nimmt es als gegeben. Ich habe schon einige Meditationen ausprobiert, aber so leicht wie hier ist es mir noch nie gefallen. Für mich als ADSler ist es relativ einfach, mich auf meinen Atem zu konzentrieren. Es befinden sich unzählige Gedanken im Kopf, und es tut richtig gut, sie zwanglos beiseite zu schieben. Zusätzlich zu diesen Übungen versuche ich auch im Alltag, bewusst zu sein. D.h. ich versuche z. B. beim Abwaschen, jede Bewegung wahrzunehmen und nicht nur den Autopiloten anzuschalten, weil es ja Routine ist. Unser Leben ist im Hier und Jetzt, und das ist mein Leben, nicht die Vergangenheit und nicht die Zukunft. Wir vergeuden unendlich viel kostbare Zeit, wenn wir nicht begreifen, dass unser Leben aus den unzähligen Augenblicken des Jetzt besteht, denen wir unsere Aufmerksamkeit schenken müssen, anstatt in Gedanken immer woanders zu sein. So ist es auch



**Jon Kabat-Zinn:**  
**„Gesund durch Meditation –  
 Das große Buch der Selbstheilung“**  
 ISBN: 9783426875384  
 Verlag: Knauer TB  
 Preis: 9,99 €

mit Menschen: es ist immer der am wichtigsten, der bei mir ist. Sicherlich wäre es übertrieben, wenn ich schreibe, es wäre einfach, weil ich, gerade bei Routinearbeiten, schon woanders bin. Aber ich merke, ich bin durch die „Achtsamkeit“ viel mehr bei mir selbst und spüre mich mehr. Ich denke, das Problem haben viele ADSler. Es gibt ja auch Ansätze, mehr achtsam zu sein. Außerdem gibt es auch schon Achtsamkeit in der Verhaltenstherapie.

Unser Ganz-Sein ist eine fundamentale Eigenschaft unseres Wesens, trotz der Narben, die wir aus vielen „Schlachten“ davongetragen haben. Wir werden ganz geboren und verlieren unsere Ganzheit auch nicht durch Kummer und Schmerz. Es ist unsere eigentliche, immer vorhandene Natur. Auch Krankheit bedeutet, ganz zu sein. Ein Mensch, der einen Körperteil verloren hat oder an einer unheilbaren Krankheit leidet, ist dennoch ein ganzes, vollkommenes Wesen. Er muss sich aber mit der Situation aussöhnen, um sein Ganz-Sein zu erfahren. Die Achtsamkeitsmeditation unterscheidet sich wesentlich von den vielen heutzutage praktizierten Entspannungs- und Stresskontrolltechniken. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass sie die Tür öffnet zur direkten inneren Erfahrung des Ganz-Seins. Das Problem ist, sich von den gewohnheitsmäßig verzerrten Ansichten unseres Alltagsbewusstseins zu befreien. Wir müssen (neu) lernen, die Dinge so anzusehen, wie sie wirklich sind. Es ist natürlich, sich Sorgen zu machen. Aber diese Gedanken haben überhaupt keine hilfreiche Kraft. Auch ist es entscheidend, wie wir über Dinge denken und dadurch auf bestimmte Weise reagieren. Meine Einstellungen zu bestimmten Dingen gilt es zu überdenken.

Für mich ist dieses Buch sehr informativ. Ich muss keinen Kurs außer Haus besuchen, mir reicht die Anleitung zur Meditation im Buch. Sie ist auch schnell durchführbar. Ich kann gleich anfangen. Es ist für mich auch gut, nicht gleich Urteile zu fällen, sondern erst zu überlegen und abzuwarten, dass eine Sache auch anders sein kann, als sie sich im ersten Moment darstellt. Ich finde es auch sehr wichtig zu lernen, Dinge anzunehmen. Ich bin nicht minderwertig, auch wenn ich die eine oder andere (unheilbare) Krankheit habe.

■ Elke Klug

Gerhard W. Lauth/Peter F. Schlottkke:

# „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“

Das vorliegende Buch der beiden renommierten Psychologieprofessoren Lauth und Schlottkke bietet ein vollaufüberzeugendes, flexibel handhabbares, detailliertes und praktisch handhabbares Trainingsprogramm für Therapeuten. Zusätzlich werden Wege zur Etablierung eines individuell auf das Kind zugeschnittenen Behandlungsteams mit Eltern, Lehrern und Ärzten aufgezeigt. Eine klare Struktur und leicht verständliche Sprache sind dabei durchgehend Merkmale des Buches. Das Ziel des Buches besteht darin, die Entwicklung aufmerksamkeitsgestörter Kinder zu fördern und nicht primär Störungen zu vermindern. Das Buch wirbt um die Vermittlung einer veränderten Sichtweise auf die Störung ADHS, was sich insbesondere im Theorieteil, aber auch in dem Kapitel der „Zusammenarbeit mit Ärzten“ widerspiegelt.

Innerhalb des Therapiekonzeptes werden fünf Therapiebausteine (Basistraining, Strategietraining, Elternanleitung, Wissensvermittlung, Vermittlung sozialer Kompetenzen) als Kernbereich des Trainings vorgestellt. Die Bausteine „Basistraining“ (Kinder von 6-10 Jahren) und „Strategietraining“ (Kinder von acht bis 12 Jahren, die das Basistraining beherrschen, sowie präventiv für lernschwache Kinder) gliedern sich in zwölf bzw. 13 Trainingseinheiten, die jeweils zwei Seiten umfassen. Diese werden jeweils ergänzt durch Online-Materialien (79 Arbeitsbögen, drei Fragebögen, „Vertrag“, Informationsblatt für Lehrer), die durch einen Zugangscode am Ende des Buches auf der Website des Verlags abgerufen werden können und den einzelnen Trainingseinheiten zugeordnet sind. Für die Trainingseinheiten werden insgesamt 21 zusätzlich zu erwerbende Spiele bzw. Medien benötigt, von denen die Hälfte aber auch durch ähnliche Spiele ersetzt werden kann.

Alle Trainingseinheiten in den Trainingsbausteinen gliedern sich gleichermaßen in vier Phasen (Einführung, Modellierung des erwünschten Verhaltens, Übungsphase der Kinder, spielerischer Ausklang). Ein Verstärkerprogramm in Form eines Tauschverstärker-Systems wirkt jeweils parallel, gut mitarbeitende Kinder sollen etwa in jeder dritten Sitzung gesammelte Tauschverstärker in Gegenstände aus einer Kramkiste eintauschen können. Diskussionen und Gespräche werden eingesetzt, um therapierelevante Erkenntnisse zu entwickeln und zu vertiefen. Die Darstellung der Trainingseinheiten ist jeweils gleich, beginnend mit dem Ziel der Sitzung, Material, Anforderung,



**Gerhard W. Lauth /  
Peter F. Schlottkke:**  
**„Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“**  
ISBN-13: 978-3621276757  
Verlag: Beltz, 6. Auflage  
(Oktober 2006)  
Preis: 49,95 €

Darstellung der jeweiligen Verstärkerkontingenzen, Beschreibung der vier Phasen einer Sitzung und Übergang zur nächsten Therapieeinheit. Die Therapiedemonstration als erste Phase wird dabei oft in einem grau unterlegten Kasten in wörtlicher Rede beschrieben.

Das nur sechs Seiten lange Kapitel „Wissensvermittlung“ ist individualisiert und geeignet für Schüler ohne Aufmerksamkeitsbeeinträchtigungen, jedoch allgemeinen Schul- und Lernschwierigkeiten. Inhalte sollten hierbei aus den drei diagnostischen Schritten Lehrergespräch, unterschiedliche Wissens- und Schulleistungstests und Arbeitsproben abgeleitet werden, um dann Inhalte des Bausteins „Strategietraining“ auf schulleistungsrelevante Inhalte zu übertragen. Strategien zum eigenständigen Aneignen von Wissen stehen dabei im Mittelpunkt.

Der Baustein „Vermittlung sozialer Kompetenzen“ setzt bei Therapieinhalten und Diagnostik an, gibt acht Beispiele als Ziele ausgewählter sozialer Kompetenzen und skizziert für jede dieser Kompetenzen eine therapeutische Interventionsmöglichkeit.

Der Baustein „Elternanleitung“ umfasst fünf Sitzungen von einer Stunde, die begleitend zum Training des Kindes stattfinden und versteht sich als theoretische und praktische Mindestanleitung („die Eltern-Kind-Beziehung verbessern“, „prozessorientiert helfen“, „positiv anleiten“, „bei den Hausaufgaben angemessen helfen“, „klare Anweisungen geben“).

Das Kapitel „Zusammenarbeit mit Lehrern“ ist vergleichsweise unkonkret gehalten und bietet nur Möglichkeiten, wie aus dem Blickwinkel eines Therapeuten die Zusammenarbeit mit Lehrern gesucht und diese als „natürliche Partner“ gewonnen und ggf. beraten werden können. Die vorgestellten Maßnahmen orientieren sich an dem Ausmaß

des Aufwandes, die sie dem einzelnen Lehrer abverlangen. Anstelle von konkreten Bausteinen werden eher wichtige Leitlinien zur Förderung im Unterricht vorgestellt.

Die Basis des Kapitels „Zusammenarbeit mit Ärzten“ ist die Etablierung einer qualitätsgesicherten Versorgung der Kinder und Jugendlichen nach § 73c SGB V, was eine Zusammenarbeit in Behandlungsteams vorsieht. Wünschenswert wäre eine wirkungsvolle und konstruktiv Verknüpfung medizinischer und psychologischer Behandlungsmaßnahmen, insbesondere die bedarfsgerechte Verfügbarkeit und Verschreibungspraxis von Psychotherapie.

Corinna Möhrke:

## „Canepädagogik“

Die tiergestützte Therapie beinhaltet ein facettenreiches Spektrum an Möglichkeiten, Tiere – meist Hunde und Pferde – in der therapeutischen Arbeit einzusetzen. Seit vielen Jahren in unterschiedlichster Weise praktiziert, ist gerade im Bereich der Pädagogik eine deutliche Zunahme an Beachtung und positiver Bewertung tiergestützter Maßnahmen zu verzeichnen. Das Buch „Canepädagogik“ entspricht einer Abhandlung, hundegestützte Erziehung, entsprechend dem zugrundeliegenden Konzept, anhand theoretischer Aspekte erklärbar zu machen und mit Hilfe von praxisnahen Fallbeispielen Durchführung und Wirkung aufzuzeigen. Eine wissenschaftliche Ausarbeitung vor dem Hintergrund der heilpädagogischen Grundlagen, basierend auf 10-jähriger Umsetzung des erarbeiteten Handlungskonzeptes – tiergestützt –, verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche in der Freizeit pädagogisch betreut zu begleiten und die Kinder zu befähigen, ein positives Selbstkonzept zu entwickeln.

Nach Vorwort und Einleitung sind die folgenden, untergeordneten Textabschnitte drei Hauptthemen zugeordnet. Der erste Teil der Konzeptentwicklung vermittelt fachliches Wissen, bezugnehmend auf Erziehungslehren, Verhaltensauffälligkeiten im Allgemeinen und Erläuterungen zu den Aufgaben und Erwartungen, die den Hunden hier zugeordnet werden. Hierzu gehören sowohl Merkmale, die der Hund in seinem Wesen vorgibt, als auch therapeutische Zielsetzungen, die man durch die animalischen Fähigkeiten des Tieres positiv beeinflussen kann. Die didaktischen Elemente der Canepädagogik werden in Methodik und Inhalt vorgestellt. Der zweite Teil des Buches umfasst das Gebiet der Anwendung. Vorangestellt die Darlegung der Rahmenbedingungen des Projektes, in Zusammenarbeit mit der Einrichtung der ambulanten und stationären

Basale Grundlagen der Pharmakotherapie werden skizziert.

Neben dem Kernbereich der Therapiebausteine gibt es einleitend einen Theorieteil von 70 Seiten, der die neuesten Erkenntnisse der MTA (Multimodal Treatment Approach Studie) beinhaltet sowie die Mahnung zu einer sensibleren, professionelleren und frühzeitigeren Diagnose als Ausdruck einer veränderten Sichtweise. Hierzu werden auch neue Klassifikationsysteme (DSM-V) diskutiert.

■ Christian van Hal

**Corinna Möhrke:**  
**„Canepädagogik“**  
**Hilfe zur Erziehung mit dem und durch den Hund**  
 ISBN-13: 978-3-8442-0708-8  
 Verlag: epubli GmbH  
 (Dezember 2011) € €  
 Preis: 14,90 €  
 (Taschenbuchformat)



Jugendhilfe, als Grundlage des Konzeptes. Die Durchführung ist modal unterteilt in zeitliche Faktoren, therapeutische Ansätze und entsprechende Auswertungskriterien. Ein weiteres Augenmerk ist auf die gesetzlichen Grundlagen und deren Zugangswege, im Hinblick auf das Konzept, gerichtet, die von den Jugendämtern Dortmund und Hagen positiv bewertet, anerkannt und finanziell gefördert wurden. Der dritte Teil beschäftigt sich mit der statistischen Auswertung und entsprechenden Analysen. Zeigt gleichzeitig die Grenzen der Canepädagogik auf, vor dem Hintergrund der familiären, schulischen und sozialen Problematiken, die von den Kindern und Jugendlichen mitgebracht werden. Aufgezeigt werden ebenso Erfahrungen und daraus resultierende – meist positive – „Sichtweisen“ von Eltern und der beiden Jugendämter. Die Reflexion beschäftigt sich mit der Beurteilung der erzielten Erfolge und der Frage, inwieweit Anschlussmaßnahmen sinnvoll und erforderlich sind.

Das Buch ist in einem handlichen Format zu einem angemessenen Preis zu erhalten. Art und Punktgröße der Schrift ermöglichen ein angenehmes Lesen. Eine Reihe von Zitaten und Verweisen auf andere Autoren wirkt hier dem flüssigen Studieren entgegen. Die einzelnen Textabschnitte sind gut recherchiert und kompakt zusammengefasst. Ein gewisses Maß an Vorwissen und Fachkompetenz in den verschiedenen Bereichen ist von Vorteil, um Zusammenhänge zu erfassen und theoretischer Herleitung besser folgen zu können. Die Umschlaggestaltung ist von Farbe und Schriftwahl ansprechend; das Bildmaterial weckt Neugier. Die Subline hätte einen eindeutigeren Hinweis auf den Inhalt verdient, zumindest dahingehend, dass den Leser hier eine doch recht theoretische Arbeit erwartet, die in ihrer Genauigkeit belohnt, aber auch ein gewisses Durchhaltevermögen – gerade bei den Analysen – abverlangt.

Zudem handelt es sich um eine in sich stimmige Projektarbeit, die in ihren Aussagen nicht grundsätzlich für Therapien mit Hunden allgemeine Gültigkeit hat. Verschiedene Abbildungen und gelungene Zeichnungen lockern das Gesamtbild der Buchgestaltung auf.

Ganz wichtig, wie auch beschrieben, die Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und allen anderen Personen, die – mehr oder weniger – Anteil am Tagesgeschehen haben. Anhand der Fallbeispiele wird beschrieben, dass hier meist eine Korrelation an Symptomen vielfältiger Verhaltensauffälligkeiten vorliegt. Die Dokumentationen weisen darauf hin, dass hier oft die letzte Chance pädagogischer Intervention vorliegt. In diesem Zusammenhang ist jedoch unklar, warum man hier mit unausgebildeten, jungen Hunden arbeitet, vor dem Hintergrund, einer Therapie, die bestmöglichen Grundlagen des Gelingens zu geben. Sicher eine Frage der Verhältnismäßigkeit; leider wird der Hund im eigentlichen Arbeitsablauf nur am Rande beschrieben, obwohl ihm die Rolle des Hauptakteurs zustehen sollte. Auch eine Therapie mit trainierten Tieren bietet eine reichhaltige Bandbreite für den Therapieansatz, auf Achtsamkeit, eigene Organisation, Selbstwertgefühl etc. zu wirken. Der Hund benötigt – gerade wegen seines vorbehaltlosen Auftretens – einen gewissen Schonraum, da auch die Toleranzgrenze bei einem „vorbildlichen“ Hund nicht grundsätzlich unerreichbar ist. Hinzu kommen Verhaltensweisen der Tiere untereinander, die gerade bei jungen Hunden innerhalb eines Jahres großen Veränderungen unterliegen können. Eine hohe Anforderung, die hier dem Therapeuten zukommt, da auch das Wissen rund um das Wesen des Hundes von den Jugendlichen erst erlernt werden muss und dies unter dem Aspekt, ohnehin Probleme mit der eigenen Wahrnehmung zu haben. Im Beziehungsdreieck, wo man ein trainiertes Tier als Co-Therapeut (in seinen Möglichkeiten/siehe ART e.V. TMPI

Bareis 1995) sieht, ist hier der junge Hund in prekären Situationen auch vom Therapeuten nicht wirklich erreichbar. Eine agile, ausgehend vom ursprünglichen Zuchtziel vorliegende willensstarke Natur des Tieres, erfordert gleichwohl schnelle Auffassungsgabe und Einschätzung einer Situation. Ein Agility-Parcours stellt hier beispielsweise schon unter normalen Bedingungen eine hohe Anforderung an den fachfremden Hundeführer dar. Letztendlich kann ein Hund den Pädagogen nicht aus seiner Erzieherrolle entlassen, da er für sich keine Verknüpfung zwischen dem von ihm entgegengebrachten Fehlverhalten und der Sinnhaftigkeit von Akzeptanz herleiten kann. Er kann lernen unangebrachtes Verhalten zu tolerieren (Rettungshundeausbildung), wenn ihm gleichzeitig auf anderer Ebene Sicherheit gegeben wird. Austausch und Ausgleichsarbeiten für den Hund werden nicht erwähnt. Nach wie vor ist tiergestützte Arbeit eine wunderbare Therapiemethode und hat hier sicher in gut begleiteter Weise stattgefunden. (Eigene Fragen siehe Kapitel Diskussion). Tiergestützte Therapie ist aber auch eine Methode, die trotz vorliegender Gesetze, noch lange nicht von vielen Ämtern anerkannt wird und in der Praxis meist mit einem langen Weg des Genehmigungsverfahrens verbunden ist. Gerade weil in der Arbeit mit Tieren ein so hohes Potenzial an Erfolgchancen in der Pädagogik liegt, darf nicht der Eindruck entstehen, dass in ihren Inhalten und Möglichkeiten ein so einfaches Handeln gegeben ist, das alle vorangegangenen, fehlgeschlagenen Therapien ausgleicht. Vorausgesetzt wird die Tatsache, dass hier ein enormes Wissen rund um den Hund vorhanden sein muss, um dem Klienten und letztendlich auch dem Tier gerecht zu werden. Insgesamt ein gut recherchiertes Buch, das zeitweise an therapeutisch bedeutenden Stellen Fragen offen lässt.

■ Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr



**Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...**

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

## ABITUR und MITTLERE REIFE

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

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

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule

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



## Fortbildungstermine der Telefonberater

### Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 31.08.2012 – Sonntag, 02.09.2012  
 Tagungsstätte Lutherheim  
 Jägerallee 38  
 31832 Springe

### 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

## Fortbildungstermine der Landesgruppen

### Landesgruppe Baden-Württemberg/Hessen:

06./07. Oktober 2012

### Landesgruppe Bayern:

(stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest)

### Landesgruppe Hamburg/Schleswig-Holstein:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

### Landesgruppe Niedersachsen/Bremen:

15./16. September 2012 in Wolfsburg

(s. Beitrag auf Seite 38)

### Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

08./09. Juni 2013, JGH Münster Aasee

### Landesgruppe Thüringen:

Aufgrund der geringen Größe  
 keine eigene Fortbildung

## Fortbildungstermine Junges Beraternetz

**Freitag, 21.09.2012 – Sonntag, 23.09.2012**

Tagungsstätte Lutherheim  
 Jägerallee 38  
 31832 Springe

**Freitag, 18.01.2013 – Sonntag, 20.01.2013**

Tagungsstätte Lutherheim  
 Jägerallee 38  
 31832 Springe

## Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

**Freitag, 12.10.2012 – Sonntag, 14.10.2012**

Christophorus Haus  
 Am Hasselholt 1  
 23909 Bäk

**Freitag, 19.04.2013 – Sonntag, 21.04.2013**

Tagungsstätte Lutherheim  
 Jägerallee 38  
 31832 Springe

## Mitgliederversammlung/ Symposium 2013

**Samstag, 13.04.2013 bis Sonntag, 14.04.2013**

in Kassel

## Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter/innen

**vom 10.11.2012 bis 11.11.2012**

im Hotel Göller, Hirschaid

## 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  
schatzmeister@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 Gehrman**  
E-Mail-Beratung: 25336 Elmshorn  
telefonberatung@adhs-deutschland.de  
email-beratung@adhs-deutschland.de
- Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**  
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**  
38112 Braunschweig  
webredaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und  
Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**  
91301 Forchheim
- Regionalgruppen: **Bärbel Sonnenmoser**  
71032 Böblingen  
baerbel@adhs-bb.de
- Juristische  
Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**  
96049 Bamberg

## Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Menter**  
gf@adhs-deutschland.de
- Jugendteam: jugendberatung@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

## 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/Schleswig-Holstein | Christiane Eich        |
| Hessen (kommissarisch)     | Uwe Metz               |
| Niedersachsen/Bremen       | Margit Tütje-Schlicker |
| Nordrhein-Westfalen        | Herta Bürschgens       |
| Thüringen                  | Andrea Wohlers         |

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

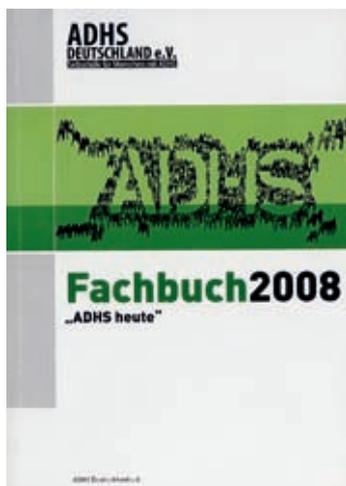
Bundesgeschäftsstelle  
Postfach 41 07 24  
12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,  
Information, Versand:

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

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

### Spendenkonto:

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

### Beitragskonto:

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



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

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

€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

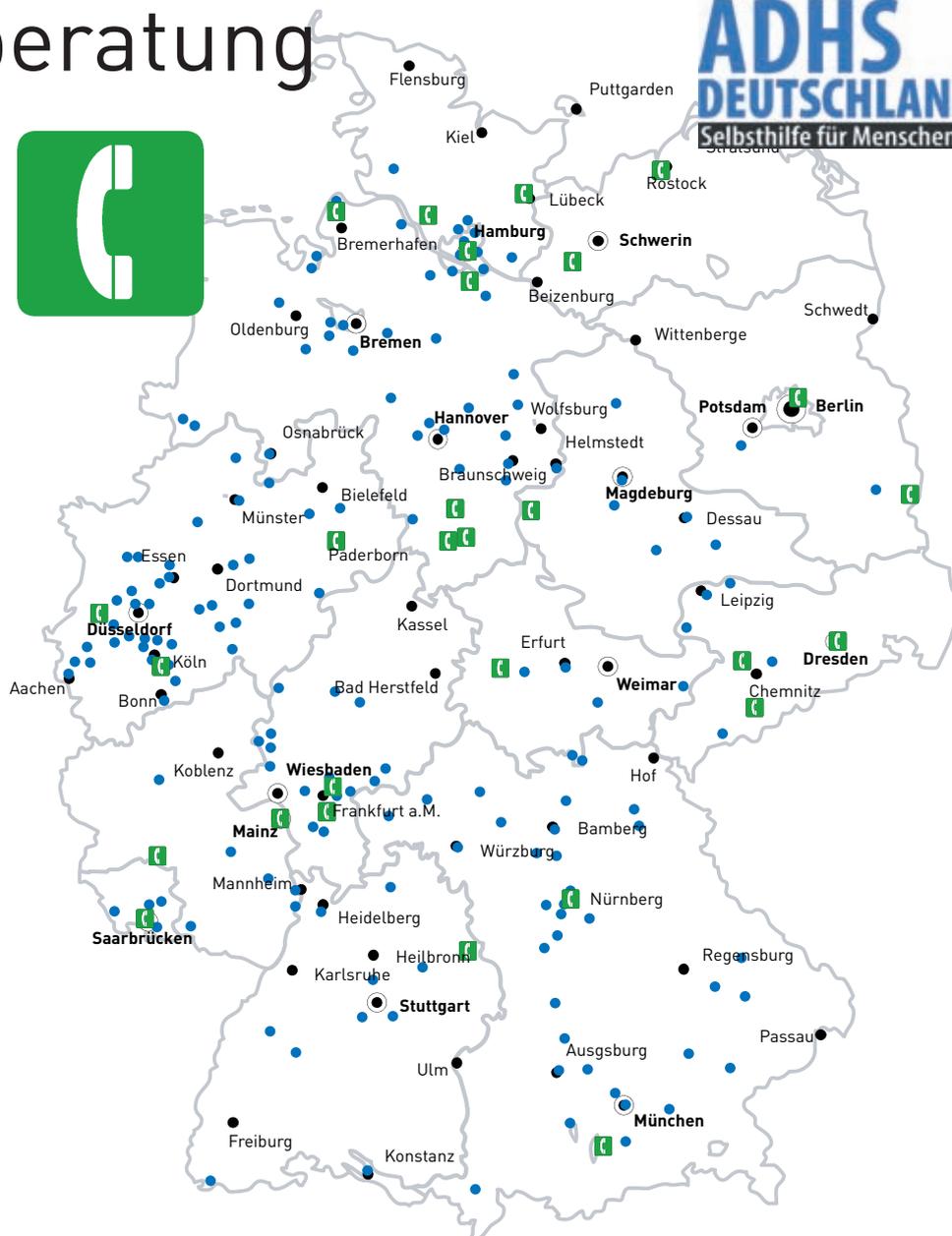
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

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

# Telefonberatung



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



## Bayern

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

## Baden – Württemberg

Bernd Kaspar:  
07957 – 9 26 96 91  
Uwe Metz:  
07152 – 6 10 47 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 Nicoletti:  
0531 – 22 45 91 45  
Angela Schwager:  
05554 – 99 56 46  
*(Kreis Wesermarsch)*  
Ellen Köster-Schmidt:  
0421 – 6 97 99 91

## NRW

Karin Knudsen:  
0221 – 3 56 17 81  
Ulrike 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](http://www.adhs-deutschland.de) oder fordern Sie diese bei der Geschäftsstelle an.

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