

neue AKZENTE

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



**Einladung zur Mitglieder-
versammlung 2020**

**Arzneimittel in der
Therapie der ADHS**

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeitschrift



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

wie jede Ausgabe beginnen wir auch diesmal unsere **neue AKZENTE** mit dem Editorial. Manch einer mag es überblättern, der andere überfliegen – wiederum andere interessiert lesen.

Diesmal wäre es jedoch empfehlenswert diese Zeilen zu lesen, da wir Sie auf wichtige Informationen zum kommenden Symposium/Mitgliederversammlung 2020 in Würzburg hinweisen möchten:

Sie finden in diesem Heft unsere Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung. Mit dieser verbunden, stellen wir unsere Kandidaten für die Wahl des Bundesvorstandes vor, erläutern die Satzungsergänzung bzw. Aktualisierung, über die in der Mitgliederversammlung abgestimmt wird und verabschieden unsere langjährigen Vorstände, die sich nicht mehr zur Wahl aufstellen lassen. Nach der Mitgliederversammlung wird ein gemeinsames Abendessen um 19.00 Uhr im Würzburger Hofbräukeller, Jägerstraße 17, 97082 Würzburg angeboten (Bitte melden Sie sich hierzu über das Online-Formular des u. g. Symposiums an).

Es liegt diesem Heft der Einladungsflyer zum Symposium „Gemeinsam ist besser“ in Würzburg bei. Sie können diesen aber auch auf unserer Internetseite herunterladen oder in unserer Geschäftsstelle anfordern. Bitte melden Sie sich – wenn möglich – online an. Sollten Sie keinen Internetzugang haben und an der Veranstaltung teilnehmen wollen, melden Sie sich bitte in unserer Geschäftsstelle in Berlin.

Wir freuen uns darauf, viele von Ihnen in Würzburg begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen bis dahin einen guten Start ins Jahr 2020

Ihre

Dr. Myriam Bea

Impressum

neue AKZENTE

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

Herausgeber und Verleger

ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
Telefon: 030 85605902
Fax: 030 85605970
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

Redaktion

Dr. Myriam Bea (Leitung)
Vera-Ines Schüpferling
Petra Festini
Jürgen Gehrmann
Renate Meyer

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung

ADHS Deutschland e. V.
Hannoversche Volksbank
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00
BIC: VOHADE2H

Gestaltung

Agnes von Beöczy, www.librito.de

Druck

BUD, Potsdam

Auflage

4000 Exemplare

Erscheinungsweise

3x jährlich

Redaktionsschluss

für nächste Ausgabe

1. März 2020

Fotonachweis

Titel: scanrail/iStock, S. 13: mactrunk/iStock,
S. 23: pixabay
S. 36 Gabriele Nelkenstock
Aktive der Landes- und Regionalgruppen
Weitere Fotos: privat

Copyright: Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. Diese dürfen nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung des Verbandes in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes.

Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

INHALT

FACHBEITRÄGE

- Dr. Ulrich Kohns*
04 Arzneimittel in der Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

- Dr. Johanna Krause*
08 Die Versorgung erwachsener ADHS-Patienten ist oft defizitär!

ALLGEMEINES

- Lea Ibell*
09 Bedürfnisorientierte Begleitung hyperaktiver Kleinkinder

- Uwe Metz*
22 Lob der Struktur

- Stefan*
24 Schwer zu ertragen!

- Prof. Dr. h. c. Hans Biegert*
25 Schuljahresbeginn (mit ADHS)

- 27** Sie fragen – Experten antworten

Sondergenehmigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln für Grenzgänger?

AKTUELLES aus dem Verband

- ADHS Deutschland e. V.
28 Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung 2020

- 29** Satzungsergänzung und Kandidatenliste

- 30** Vorstellung der neuen Vorstandskandidaten und Verabschiedung

BERICHTE

- Stefan*
33 Kurz- und Kurbericht Kurhaus Baltic, Großenbrode

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

- Dr. Ulrich Kohns*
34 1. Überregionaler, interdisziplinärer Fachkongress in Lörrach „ADHS grenzenlos“

- Silvia Stein*
36 Uniklinik Würzburg – das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“

- Silvia Stein*
37 Selbsthilfe trifft Psychotherapie

- Waltraut Steinhäuser*
38 DER LAUF & DER MARKT für seelische Gesundheit 2019

- Anke Brandt*
38 Regionalgruppenleiter*innenfortbildung Landesgruppe Niedersachsen/Bremen

- Astrid Bojko-Mühr*
40 Speakers' Corner – Offener AD(H)S-Tag Hessen

- Astrid Bojko-Mühr*
41 Schloss-Seminar Bad Zwesten

- Astrid Bojko-Mühr*
42 Erlebnis Natur – Tierbegleitete Interventionen

- 44** Regionalgruppenberichte in alphabetischer Reihenfolge

MEDIEN REZENSIONEN

- C. Bühler-Rösch*
47 Alexander Geist: Konzentration und ADHS

- Christiane Eich*
47 Gawrilow, Guderjahn, Gold: Störungsfreier Unterricht trotz ADHS

- Maria Zinkler*
48 Manfred Hinz: Unterricht mit Inklusion in der Sekundarstufe II

VERBANDSDATEN

- 50** Geschäftsführender Vorstand
 Weitere Vorstandsmitglieder
 Unterstützung des Verbandes
 Wissenschaftlicher Beirat
 Therapeutisch-Pädagogischer Beirat
 Landesgruppenleiter

TERMINE

- 49** Fortbildungen
52 Telefonberatung

FACHBEITRÄGE

Arzneimittel in der Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Dr. Ulrich Kohns

Eine Artikelserie soll über die medikamentöse Behandlung von Kindern und Erwachsenen mit ADHS informieren. Begonnen wird mit der Übersicht über regelmäßig eingesetzte Arzneimittel in der Behandlung der ADHS. Themen wie „Wirkung und Nebenwirkung der Arzneimittel in der Therapie der ADHS“ und „Gründe der Behandlung mit Arzneimitteln in der Therapie der ADHS“ werden folgen.

Geschichte der Arzneimitteltherapie der ADHS

Bereits 1937 berichtete Charles Bradley, Kinderarzt und Neurologe in Philadelphia USA, über den Einsatz von Bazedrin bei Kindern. Das zentrale Stimulans wurde bei Kindern mit Schmerzen zur stimmungsaufhellenden Wirkung eingesetzt. Dabei fiel unter der Therapie in „spektakulärer Weise“ bei 50 % der hyperaktiven und verhaltensauffälligen Kinder eine gesteigerte Konzentrationsfähigkeit und verbesserte schulische Entwicklung auf. In der Folgezeit bestätigten weitere Studien bei hyperaktiven, impulsiven, aufmerksamkeitsgestörten und sozialverhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen die Beobachtung. Ab 1943 wird über den erfolgreichen Einsatz von Amfetamin in Studien bei stark verhaltensauffälligen Kindern berichtet. Im Jahr 1944 wurde Methylphenidat (MPH) in den Laboratorien der Firma Ciba in Basel synthetisiert und war ab 1954 unter dem Handelsnamen Ritalin® in Deutschland als zentralanregendes Mittel zur Stimmungs- und Leistungsverbesserung rezeptfrei erhältlich. Außerdem wurde MPH als Appetitzügler freikäuflich eingesetzt. Eigenerfahrungen des Erfinders wurden zum Anlass für Studien. Sie zeigten, dass sich in der Behandlung mit MPH - wie bereits von Amfetamin bekannt - bei einem Teil hyperaktiver, verhaltensauffälliger Kinder die Hyperaktivität und Impulsivität wie die Aufmerksamkeit verbesserten. MPH erwies sich als effektiv und geeignet für die Therapie dieser Kinder. Jahrzehnte später wurden zunächst retardierte Arzneimittel mit MPH für die Behandlung der ADHS zugelassen. Sie verbesserten die therapeutische Möglichkeit einer Behandlung über den Tag, trugen

zur größeren Akzeptanz der Therapie bei und ermöglichten besser als zuvor die soziale Teilhabe der Kinder mit ADHS. Weitere Substanzen zur Behandlung der ADHS wurden entwickelt: Atomoxetin, verändertes Amfetamin, Guanfacin. Ihre Wirkmechanismen führen zu interindividuell unterschiedlichen Wirkungen. Dabei werden die Behandlungsergebnisse verbessert, kann MPH oft ersetzt werden und bringt ihre Kombination mit MPH weitere Vorteile für die Behandlungsergebnisse. Mit der Zulassung der Arzneimittel zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS wurde schließlich eine bis dann bestehende therapeutische Lücke nach dem 18. Lebensjahr geschlossen.

Merke: Heute ist eine individualisierte, an den Erfordernissen und Bedürfnissen des Patienten orientierte, erfolgreiche Arzneimitteltherapie der ADHS möglich.

Arzneimittel in der Therapie der ADHS

ADHS beruht auf einer genetisch (mit)bedingten neuronalen Entwicklungsstörung. Funktionsstörungen der Botenstoffe im Kontaktpalt (Synapse) zwischen zwei Nervenzellen führen zur Beeinträchtigung der Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen; die Funktion der betroffenen Hirnregionen ist gestört. Dabei spielt die Funktionsstörung des Dopamins neben anderen, funktional gestörten Botenstoffen die wichtigste Rolle und führt zur Symptomatik der ADHS mit Hyperaktivität, Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörung, Problemen der Gefühls- und Motivationsregulation. Störungen der Kognition, der Leistungsentwicklung und des Sozialverhaltens ergeben sich daraus zusätzlich.

Methylphenidat, Amfetamine und Atomoxetin wirken durch Blockade eines zu schnellen Rücktransports von Dopamin aus dem Kontaktpalt zwischen zwei Nervenzellen und/oder setzen vermehrt Dopamin wie auch andere Botenstoffe frei. Die Funktionen dieser Hirnregionen verbessern sich oder werden normal.

Drei verschiedene Arzneimitteltypen zur Behandlung der ADHS werden unterschieden. Sie alle können „als mögliche Optionen zur Behandlung der ADHS in Betracht gezogen werden: Psychostimulanzien (kurz Stimu-

lanzien) und Nicht-Psychostimulanzien wie Atomoxetin und Guafacin“ (S3 Leitlinie ADHS).

Psychostimulanzien

Psychostimulanzien sind psychoaktive Substanzen unterschiedlicher chemischer Struktur mit anregender Wirkung auf den Organismus. Sie steigern kurzfristig Antrieb, Aufmerksamkeit und kognitive Leistungsfähigkeit. Auch Kaffee, Nikotin und Rauschmittel wie Kokain oder Ecstasy gehören zu den Psychostimulanzien. Bei der ADHS verbessern sie die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, wirken regulierend auf Hyperaktivität, Impulsivität, Emotions- und Motivationszustände.

Methylphenidat (MPH)

Methylphenidat ist eine dopaminerge Substanz, d. h. sie nimmt Einfluss auf die Funktion des Neurotransmitters Dopamin. MPH blockiert nachweislich den Dopamin-Transporter. So wird die zu rasche oder zu starke Rückführung des freigesetzten Dopamins aus dem Spalt zwischen zwei Nervenzellen verhindert. So kann mehr Dopamin im Zwischenneuropil zur Erregungsweiterleitung zur Verfügung stehen. Die vom Dopamin abhängigen Funktionen bestimmter Hirnregionen bei der ADHS werden verbessert oder normalisiert.

Folgende MPH-Präparate als Tablette oder Kapsel mit unterschiedlichem MPH-Gehalt und verschiedener Wirkstofffreisetzung, -aufnahme, -wirksamkeit und -dauer sind zur Behandlung der ADHS ab dem Alter von 6 Jahren zugelassen (Stand Nov. 2019):

- **Nicht retardiertes, sofort freigesetztes MPH**
als Tabletten wie Medikinet®, Ritalin®, MPH-...® - alle nicht für Behandlung Erwachsener zugelassen - Wirkeintritt in der Regel innerhalb 30 Minuten, Wirkmaximum nach 2 Stunden, Wirkdauer individuell in der Regel nur 4 Stunden
- **Retardiertes, sofort und verzögert freigesetztes MPH**
als Kapseln mit unterschiedlichen Anteilen an sofort und verzögert freigesetztem MPH - dadurch bedingt unterschiedliche Wirkdauer, auch abhängig von individuellen Voraussetzungen des Patienten: - Medikinet® ret., Ritalin® LA - als Medikinet® adult, Ritalin adult® für Erwachsene zugelassen – Anteil sofort/verzögert freigesetzt 50 %/50 % - Wirkdauer ca. 6-8 Stunden
- Equasym® ret. - nicht für Erwachsene zugelassen - Anteil sofort/verzögert freigesetzt 30 %/70 % - Wirkdauer ca. 6-8 Stunden
- Concerta®, Methylphenidat ...® - auch für Erwachsene zugelassen - Anteil sofort/verzögert freigesetzt 22 %/78 % - Wirkdauer ca. 8-10 Stunden - Kinecteen® Retardtab-

lette - nicht für Erwachsene zugelassen - kontinuierliche Freisetzung - Wirkeintritt nach ca. 1-2 Stunden - Wirkdauer ca. 12 Stunden

Merke: Die MPH-Präparate unterscheiden sich durch verschiedene Zubereitung als Tablette oder Kapsel, im MPH-Gehalt, in der MPH-Freisetzung und Wirkdauer. Aufnahme und Freisetzung im Magen-Darm-Trakt, Anflutung im Blut, Blutspiegel und Wirkdauer werden von individuellen Faktoren bestimmt und können interpersonell verschieden sein. Alle sind für die Behandlung von Kindern unter 6 Jahren nicht zugelassen.

Die Dosierung der MPH-Präparate beginnt mit einer empfohlenen Initialdosis von ca. 5 mg 1-2 x täglich. Abhängig von individueller Wirksamkeit und Verträglichkeit kann sie bis zur zufriedenstellenden Symptomveränderung und Ausbleiben unerwünschter Wirkungen wöchentlich erhöht werden. Die Tageshöchstdosis beträgt 60 mg. Individuelle Voraussetzungen und Anforderungen im Tagesverlauf machen in Einzelfällen eine höhere Dosierung notwendig. Dieser Gebrauch außerhalb der Zulassungsbestimmung erfordert dann eine umfängliche Aufklärung und Zustimmung des Patienten oder der Eltern.

Merke: Die Behandlung der ADHS mit Methylphenidat hat weltweit durch mehrere hundertfache Placebo kontrollierte, randomisierte, doppelblind geführte Studien ihren unmittelbaren Nutzen in der Behandlung der ADHS bewiesen. Sie ist weltweit die am längsten, umfangreichsten und besten untersuchte Behandlung der ADHS und weltweit in Leitlinien zur Behandlung der ADHS eingeführter Standard einer medikamentösen Therapie. Sie ist in einer Vielzahl der Fälle mit ADHS unverzichtbarer Bestandteil im Rahmen eines multimodalen therapeutischen Behandlungsplans.

Amfetamine

Dexamfetaminsulfat übertrifft bereits in niedriger Dosis erheblich die Wirkung von MPH. Weltweite Forschung belegt seit 1937 die Wirksamkeit bei ADHS. Amfetamine fanden daher weltweit Eingang in die Leitlinien zur ADHS und werden zunehmend in der Behandlung der ADHS eingesetzt. Der Mechanismus der Wirkung von Amfetamin bei ADHS ist nicht vollständig aufgeklärt; angenommen wird, dass sowohl die beschriebene Blockade der zu raschen Wiederaufnahme von Neurotransmittern wie Noradrenalin und Dopamin und eine vermehrte Freisetzung des Dopamins in den Nervenzwischenraum beeinflusst werden; beide Mechanismen erhöhen die Konzentration der Neurotransmitter im synaptischen Spalt. Lisdexamfetamin ist eine Weiterentwicklung von Amfetamin mit anderer Aufnahme des Wirkstoffs aus dem Magen-Darm-

Möglichkeiten medikamentöser Therapie der ADHS

Psychostimulanzien (Methylphenidat, Amfetamine)

Methylphenidat – nicht retardiertes MPH

Medikinet® 5-10-20 mg, Ritalin® 10 mg, MPH-...® Tbl.

- keine Zulassung für Erwachsene – kontinuierlich freigesetzt –
Wirkbeginn nach 30 Minuten,

ca. 4 Stunden Wirkdauer

Methylphenidat – retardiertes MPH

Medikinet® ret. 5-10-20-30-40-50-60 mg Medikinet® adult
für Erwachsene

- Anteil sofort/verzögert freigesetzt: (50%/50%)

ca. 6–8 Std. Wirkdauer

Ritalin® LA 10-20-30-40 mg, Ritalin adult®
für Erwachsene

- Anteil sofort/verzögert freigesetzt: (50%/50%)

ca. 6–8 Std. Wirkdauer

Equasym® ret. 10-20-30 mg - keine Zulassung für Erwachsene

- Anteil sofort/verzögert freigesetzt: (30%/70%)

ca. 6–8 Std. Wirkdauer

Concerta®, Methylphenidat ...® 18, 27, 36, 54
für Kinder und Erwachsene

- Anteil sofort/verzögert freigesetzt: (22%/78%)

ca. 8–10 Std. Wirkdauer

Kinecteen® 18, 27, 36, 54 Tbl.

- keine Zulassung für Erwachsene

- kontinuierliche freigesetzt

ca. 12 Std. Wirkdauer

D-Amfetaminhemisulfat

Zubereitung als Saft/Tablette,

Attentin® 5-10-20 mg

- nicht für Erwachsene zugelassen -

Wirkbeginn individuell nach ca. 30 Minuten-

Wirkungsdauer individuell ca. 6–8 Stunden

Lisdexamfetamin

Elvanse® 20-30-40-50-60-70 mg,

Elvanse®-Adult

für Erwachsene

- maximaler Blutspiegel nach ca. 3,5 Stunden

Wirkdauer individuell ca. 10–12 Stunden

Trakt und anderer Freisetzung im Blut. Dabei wird der Wirkstoff kontinuierlich zum aktiven Dexamfetamin umgewandelt und löst seine Wirkung aus.

Merke: *Alle Amfetamine sind für die Behandlung der ADHS nur zugelassen, wenn im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie der ADHS bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren das Ansprechen auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit Methylphenidat als klinisch unzureichend angesehen wird:*

- D-Amfetaminsulfat als Saft- oder Tabletten und Attentin®
- nicht für Erwachsene zugelassen - Wirkbeginn je nach Einnahmeform ca. nach 30 Minuten - maximale Blutspiegel ca. nach 1,5 Stunden - individuelle Wirkungsdauer von ca. 6-8 Stunden

- Lisdexamfetamin Elvanse® – als Elvanse®-Adult für Erwachsene zugelassen – in Kapselform – maximaler Blutspiegel ca. 3,5 Stunden – individuelle Wirkdauer ca. 10–12 Stunden – Initialdosis 30 mg einmal täglich morgens, Aufdosierung entsprechend der klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit – übliche Erhaltungsdosis etwa 1,2 mg/kg KG/Tag

Merke: *Aufnahme und Freisetzung von Stimulantien im Magen-Darm-Trakt, Anflutung im Blut, Blutspiegel und Wirkdauer werden von individuellen Faktoren bestimmt und können interpersonell verschieden sein.*

Nicht-Psychostimulanzien

Atomoxetin

Strattera®, Agakalin®, Atomoxetin ...®

10-18-25-40-60-80-100 mg

- für Kinder und Erwachsene zugelassen
- Wirkbeginn nach ca. 1-2 Stunden
- Wirkdauer individuell ca. 8 bis 21 Stunden

Guanfacin

Intuniv® 1-2-3-4 mg

- rasche resorbiert
- Spitzenkonzentration nach ca. 5 Stunden
- Eliminationshalbwertszeit bei etwa 18 Stunden

Amfetamin, Lisdexamfetamin und Guanfacin dürfen erst eingesetzt werden, wenn „im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie der ADHS bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren“ eine Behandlung mit Methylphenidat unverträglich ist, diese sich als unwirksam oder unzureichend wirksam erwiesen hat oder wie bei Guanfacin eine Behandlung mit Stimulanzien nicht in Frage kommt.

Merke: *Der unterschiedliche Zulassungsstatus ist bei der Verordnung zu beachten.*

Nicht-Psychostimulantien

Atomoxetin

Atomoxetin wird seit 2005 zur Behandlung der ADHS eingesetzt. Im Gegensatz zu Methylphenidat ist es kein Stimulans. Stimulierende oder euphorisierende Wirkung treten nicht auf. Es wirkt nicht direkt auf den Dopamin-Transporter, sondern steigert die Noradrenalin-Konzentration in Nervenzellen und verbessert indirekt die Dopamin-Aktivität in verschiedenen Hirnregionen vergleichbar wie bei Stimulanzien:

- Strattera®, Agakalin®, Atomoxetin...® – für Kinder und Erwachsene zugelassen – Kapsel mit Wirkbeginn nach 1-2 Stunden – Wirkdauer abhängig vom individuellen

Stoffwechsel ca. 8 bis 21 Stunden – Behandlung beginnt mit der Aufdosierungsdosis von etwa 0,5 mg/kg KG/Tag, diese Dosis für mindestens 7 Tage beibehalten werden – die Enddosis entsprechend guter klinischer Wirksamkeit und Verträglichkeit beträgt etwa 1,2 mg/kg KG/Tag

Guanfacin

Guanfacin ist seit September 2015 zur Behandlung der ADHS zugelassen. Es wirkt selektiv auf Alpha-2-Adrenozeptoren im zentralen Nervensystem und ist kein Stimulans. Der genaue Wirkmechanismus bei der Behandlung von ADHS ist nicht vollständig geklärt. Guanfacin kann neben Verbesserung der Impulskontrolle und Aufmerksamkeit die Leistung des Arbeitsgedächtnisses verbessern:

- Intuniv® – nicht für Erwachsene zugelassen Kapsel mit empfohlener Initialdosis von 1 mg Guanfacin einmal täglich – wöchentliche Aufdosierung in Schritten von 1 mg entsprechend der klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit bis zur empfohlenen Erhaltungsdosis bei 0,05 – 0,12 mg/kg KG/Tag

Merke: *Guanfacin ist für die Behandlung der ADHS nur zugelassen, wenn im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie der ADHS bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren das Ansprechen auf eine zuvor erhaltene Behandlung mit Methylphenidat klinisch unzureichend ist oder angesehen wird.*

Die Vielfalt der Arzneimittel zur Behandlung der ADHS hat die Behandlungsmöglichkeit der ADHS verbessert. Sie trägt zu einer individualisierten, an den Erfordernissen und Bedürfnissen der zu behandelnden Kinder und Erwachsenen ausgerichteten Therapie bei. Dazu kann auch eine Kombination der beschriebenen Arzneimittel untereinander, orientiert an Rest- oder Begleitsymptomatik der ADHS, beitragen.

Die Erfahrung des verordnenden Arztes mit diesen Arzneimitteln, ein offener Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient über die Möglichkeiten und Grenzen der Arzneimittel wie auch über die Bedürfnisse und Selbsterfahrungen des Patienten in der Behandlung sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung.

Merke: *Eine Behandlung ist so gut, wie der Behandler Kenntnis und Erfahrung hat und sie von einer offenen Kommunikation zwischen Patient und Arzt begleitet wird.*

AUTOR | Dr. Ulrich Kohns

Kinder- und Jugendarzt/Psychotherapeut

Interview: Die Versorgung erwachsener ADHS-Patienten ist oft defizitär!

Dr. Johanna Krause, ADHS-Expertin und Pionierin der ersten Stunde in der Forschung zur adulten ADHS, schätzt die derzeitige Versorgungslage für Erwachsene mit ADHS als defizitär ein. Zu wenige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind bereit, die Störung zu behandeln.

Frau Dr. Krause, wie schätzen Sie die neue S3-Leitlinie „ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ ein?

Dr. Krause: Die neue Leitlinie konzentriert sich leider sehr auf die ADHS des Kindes- und Jugendalters, sie bedarf hinsichtlich der speziellen Aspekte der ADHS im Erwachsenenalter noch wesentlicher Ergänzungen.

- Im gesamten Text wird nicht darauf hingewiesen, dass bereits 2003 die weltweit ersten Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Erwachsenen-ADHS in Deutschland veröffentlicht wurden.
- Es überrascht, dass die erste Studie, die bei Erwachsenen mit ADHS die Wirkung von Methylphenidat auf das Dopaminsystem nachwies, selbst in der Langversion der neuen Leitlinie keine Erwähnung findet.
- Der sehr wichtige Zusammenhang, dass die Überbewertung psychosozialer Interventionen in Deutschland leider dazu führt, dass die für die Patienten oft entscheidende Verabreichung von Medikamenten sich verzögert oder unter Umständen nicht erfolgt, wird nicht verständlich genug wiedergegeben.
- In der Langversion findet sich die Aussage, dass bei Erwachsenen eine vor dem 18. Lebensjahr begonnene Behandlung mit Oros-Methylphenidat fortgeführt werden kann, dass dies auch für Lisdexamfetamin gilt, wird dagegen nicht erwähnt.
- Auf die erheblichen Unterschiede in der Dosierung von Stimulanzien zwischen Kindes- und Erwachsenenalter wird leider nicht hingewiesen; diese resultieren aus der abnehmenden Verfügbarkeit der Dopamintransporter im ZNS. Nähere Ausführungen finden sich in meinem Buch „ADHS im Erwachsenenalter“, das inzwischen in 4. Auflage erschienen ist.

Werden aus Ihrer Sicht Erwachsene mit ADHS in Deutschland ausreichend versorgt?

Dr. Krause: In Deutschland gibt es leider viel zu wenige Psychiater, die sich für die Diagnostik und Behandlung

Erwachsener mit ADHS interessieren. Die Verordnung der meisten wirksamen Medikamente im Rahmen der Behandlung einer ADHS müssen auf BTM-Rezept erfolgen – das vermittelt vielen Kollegen, diese Medikamente seien gefährlich. Hier besteht erheblicher Aufklärungsbedarf!

Es wird zu wenig über die hohe Effizienz der Behandlung referiert und die damit einhergehenden positiven Veränderungen in Ausbildung, Beruf und Sozialleben. Die Behandlung ist für Patienten und behandelnde Ärzte ein Gewinn, leider wird zu viel über schwierige Patienten mit schwierigen Komorbiditäten referiert und zu wenig über die vielen erfolgreich therapierten Patienten, die oft einen entscheidenden Wandel ihrer Lebensqualität erleben und entsprechend dankbar sind!

Wie schätzen Sie das neue Cannabisgesetz ein?

Dr. Krause: Obwohl von allen Fachgesellschaften eine Behandlung der ADHS mit Cannabis abgelehnt wird, hat sich eine neue Gruppe von Ärzten gebildet, die oft ohne weitere Kenntnis der Symptomatik und der Behandlung von Patienten mit ADHS Privatrezepte für Cannabis ausstellen, weil die Patienten über erhebliche Nebenwirkungen einer Stimulanzienbehandlung berichten. Sicher erfolgt oft eine Überdosierung von Stimulanzien, da noch immer einige Kollegen davon ausgehen, dass Erwachsene deutlich höhere Dosierungen brauchen als Kinder. Mögliche Nebenwirkungen bei Überdosierung sind innere Unruhe und Kopfschmerzen. Die Patienten berichten also über reale, sie sehr einschränkende Nebenwirkungen, die Deutung dieser Symptome erfolgt jedoch nicht im oben genannten Sinne. Es gibt im Gesetz bisher keine Indikation für eine Therapie der ADHS. Da sich die primäre Symptomatik unter dem Einfluss von Cannabis oft bessert, glauben diese Ärzte, den Patienten zu helfen. Es wird dabei übersehen, dass die häufig resultierende psychische Abhängigkeit und mit langfristigem Cannabiskonsum einhergehende Störung von Merkfähigkeit und Antrieb die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt.

Aus: NeuroTransmitter 2018; 29(S2):21

Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung

© Springer Medizin Verlag GmbH

DAS INTERVIEW FÜHRTE |

Dr. Christa Roth-Sackenheim

ALLGEMEINES

Bedürfnisorientierte Begleitung hyperaktiver Kleinkinder

Für unsere Familie war die Diagnose unseres Sohnes eine hilfreiche Erkenntnis, um einen verständnisvollen Umgang zu entwickeln. Der Text soll eine Anregung sein, sich frühzeitig mit der „Besonderheit ADHS“¹ zu beschäftigen und bedürfnisorientiert darauf zu reagieren.

Der Text steht unter einer freien Lizenz. (LINK zu CC BY→<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>).

Hyperaktive² Kinder fallen oft schon früh auf: Sie sind unruhiger, schneller, lauter und unvorsichtiger als gleichaltrige Kleinkinder. Anderen Eltern kann man den Familienalltag schwer verständlich machen. Das gilt auch für das frustrierende Gefühl, weder mit liebevollen Erklärungen noch mit Warnungen, Ermahnungen oder Konsequenzen auf das kindliche Verhalten Einfluss nehmen zu können, was für Eltern auch eine elementare Erfahrung mangelnder Selbstwirksamkeit darstellt. Hyperaktive Kleinkinder verhalten sich in solch einer Frequenz und Geschwindigkeit unberechenbar, dass man dauernd an (und über) seine eigenen Grenzen gelangt. Der Alltag ist geprägt von ständigem Reagierenmüssen. Blume beschreibt eine typische Frühstückssituation mit ihrem Vorschulkind:

„Sascha rutscht beim Kauen auf seinem Stuhl hin und her, fällt vom Stuhl, steht auf, um zur Toilette zu laufen, wo er das Frühstück vergisst und anfängt, mit Wasser zu spielen. Einer von uns holt ihn zurück. Er sitzt wieder auf seinem Stuhl und schiebt sich ein ganzes Brot in den Mund, sodass es beim Kauen zur Hälfte heraushängt. Wir fordern ihn (zum Gefühl eine millionsten Mal) geduldig auf, erst ein Stück abzubeißen, dann zu kauen, runterzuschlucken und erst wenn der Mund leer ist, wieder abzubeißen und loben ihn für einen gelungenen Bissen. Die Banane isst er dann trotzdem, ohne beim Kauen das Abbeißen zu unterbrechen. Dann will er die Nugatcreme, die auf der anderen Seite des Tisches steht. Dazu schmeißt er sich einfach auf den Tisch, um an sie heranzukommen und wirft dabei seinen Becher mit Milch um. [...] Tisch, Geschirr, Kind, Stuhl und Boden müssen erst mal gereinigt werden. Dann sitzt er wieder und isst sein Brot mit Nugatcreme. Dabei hat er gleichzeitig die Finger im Mund, mit denen er sich eine halbe Sekunde später durch die Haare fährt, bevor er ein Stück

Käse in Papas Kaffeetasse versenkt. [...] Er ignoriert unsere Aufforderung, [seine kleine Schwester] in Ruhe zu lassen [...] und klaut mein Messer. Ich will es wiederhaben, er brüllt mich an, dass er jetzt selbst Butter auf sein Brot schmieren will und fuchelt damit herum. Dann schnappt er sich die ganze Salami und beißt einfach rein, statt sich eine Scheibe abschneiden zu lassen. Zum Schluss fällt er nochmal vom Stuhl und tut sich diesmal weh, sodass wir ihn trösten und ein Kühlpad holen müssen. [...] Konsequenz ist in diesem Zusammenhang ein schwieriger Begriff.“³

Als Eltern wird man von fremden Leuten angesprochen, als inkonsequent oder überbehütend kritisiert und mit Erziehungstipps überhäuft. Am häufigsten wird einem geraten, man solle seinem Kind mehr Grenzen setzen. Oft bekommt man aber auch den gegenteiligen Rat: Man solle nicht zu viele Grenzen setzen und seinem Kind mehr zutrauen.

„Beide Ratschläge haben einen wahren Kern und sind grundsätzlich sinnvoll für die Erziehung aller Kinder. Alle Kinder brauchen Grenzen und Freiheiten. Der Mangel an dem einen oder dem anderen ist aber nicht die Ursache für ADHS. Es wäre schön, wenn es so einfach wäre...“⁴

Man hat gar keine andere Wahl, als ein hyperaktives Kleinkind irgendwie zu begrenzen – wie wichtig einem kindliche Freiräume auch erscheinen. Man kann sein Kind schlicht nicht „loslassen“, wenn es ständig sich und andere in Gefahr bringt. Sobald man doch mal unaufmerksam ist, hagelt es negative Erfahrungen: Mein Sohn wurde schon von fremden Eltern angebrüllt, geschüttelt oder weggestoßen, bevor ich eingreifen konnte.

¹ Begriff gewählt, um die Abweichung zu Gleichaltrigen darzustellen, unabhängig davon, ob man ADHS als neurobiologische Störung oder als Normvariante ansieht. Obwohl eine ADHS-Disposition vermutlich von Anfang an vorliegt, wird die Diagnose im Kleinkindalter meist nur als Verdachtsdiagnose vergeben oder als sozial-emotionale Störung, Regulations- oder Anpassungsstörung umschrieben.

² Synonym für ADHS mit Hyperaktivität. Bei Kleinkindern mit ausgeprägter Symptomatik fällt oft als erstes die Unruhe auf, wohingegen sich Impulsivität und v. a. die Unaufmerksamkeit erst später bemerkbar machen.

³ Blume, Nicht zu bremsen, München 2019, S. 38 f.

⁴ Blume, a. a. O., S. 115.

„Eltern behalten diese Kinder ständig im Auge, und deshalb wird ihnen vorgeworfen, dass sie überbehütend seien. Die Impulsivität der kindlichen Handlungen führt dazu, dass eigenes und fremdes Spielzeug oft innerhalb weniger Minuten zerstört wird, dass Kleider zerrissen, zerschnitten oder verschmutzt werden, ohne dass die Kinder dies beabsichtigen. Es geschieht nebenbei, ohne Überlegung und nicht gezielt.“⁵

Spätestens in der Kita muss man mit Vorwürfen umgehen, das Kind sei „unerzogen“, „aggressiv“ oder „bindungs-gestört“. Bereits aus einem immensen Eigeninteresse steht daher die Frage, wie man es zur Einhaltung von Grenzen (anderer) bewegen kann, in vielen Familien jahrelang im Vordergrund. Den typischen Weg beschreibt eine Mutter so:

„Mein Mann und ich haben anfangs die Schuld bei uns gesucht. [...] Unsere Eltern und Schwiegereltern haben uns immer wieder gesagt, dass wir strenger, härter und konsequenter sein müssen. Wir hatten schon im Kindergartenalter alle Erziehungsmethoden durch: mal streng, mal autoritär, mal anti-autoritär. Aber egal was wir versucht haben, es hat nichts geändert.“⁶

Um einen bedürfnisorientierten Umgang zu entwickeln, muss man m. E. zunächst verstehen, warum die gängigen Erziehungskonzepte bei hyperaktiven Kleinkindern nicht „funktionieren“.

1. Hyperaktive Kinder zwischen Freiraum- (überforderung) und Grenzen(übertretung)

Das Problem mit dem Freiraum/Freispiel

Beim freien Spiel leben Kinder üblicherweise Energie und Schaffensfreude aus. Doch Kindern mit ADHS kann schon eine selbständige Beschäftigung von wenigen Minuten Schwierigkeiten bereiten, wenn sich die Bezugsperson kurz abwendet. Sie wissen dann scheinbar „nichts mehr mit sich anzufangen“. Hyperaktive Kleinkinder rasen auf dem Spielplatz oft wie „aufgezogen“ hin und her, brechen begonnene Tätigkeiten sofort wieder ab, behindern andere Kinder oder laufen dauernd zu (bekannten oder fremden) Erwachsenen. Während viele Leute noch erfreut auf ein kontaktfreudiges Baby reagieren, wird das Verhalten mit zunehmendem Alter als distanzlos und störend empfunden. Dieses rücksichtslos wirkende Verhalten („er gönnt einem keine Pause“) verdeckt mitunter die eigentlichen

ADHS-Symptome, sodass ein Kind, das eigentlich ein Problem mit seiner Handlungsplanung hat, nach außen wirken kann, als mache es planmäßig Blödsinn. Hingegen wirkt dasselbe Kind hochmotiviert und verständnisvoll, wenn ältere Kinder es in ihr Spiel integrieren oder es sonst zum Spiel „angeleitet“ wird.

Mit meinem Sohn konnte man als Baby stundenlang schaukeln, singen, musizieren und Bücher anschauen. Doch war er einen Moment sich selbst überlassen, riss er Stühle und Stehlampen um, warf mit Essen, Spielzeug und Geschirr, bemalte die Wände, zerbrach Stifte, biss in Kabel oder versuchte aus dem Fenster zu klettern. Sobald er laufen konnte, rannte er andere Kinder über den Haufen oder umarmte/würgte sie, lief zielstrebig in Richtung Straße oder zu anderen Gefahrenquellen. Sehr intensiv erinnere ich mich an einen Besuch in einem liebevoll eingerichteten Pikler-Raum, in dem die Kinder sich „frei“ entfalten durften. Binnen zehn Sekunden war mein damals 18 Monate alter Sohn über einen Säugling gestolpert, hatte die Badewanne mit Sand umgestürzt und haute mit einer Suppenkelle gegen einen Spiegel und auf seinen Kopf. In den folgenden Minuten gingen diverse „sichere Spielmaterialien“ zu Bruch, Heu und Holzeier flogen durch die Luft, mehrere Mütter stellten sich schützend vor ihre Babys. Nachdem er jauchzend den Balancierbalken hochstammte, den ein anderes Kind an den Kopf bekam, bestand unter den Eltern Einigkeit, dass das Konzept „im Moment nicht das Richtige“ für meinen Sohn sei. Er sah dies anders, brüllte und strampelte, weil er sich nicht anziehen, sondern weiter mit Holzern werfen wollte. (Erst drei Jahre später traute ich mich mit meinem zweiten Sohn wieder dorthin. Er sortierte konzentriert die Holzern in Eierbecher, fischte mit der Kelle Muscheln aus dem Sand, kuschelte im Heu und balancierte über den Balken.)

Seit seinem fünften Lebensjahr kann sich mein großer Sohn in einer bekannten und übersichtlichen Umgebung kurze Zeit selbst beschäftigen. Doch noch immer fällt es ihm schwer, wenn ich dusche oder telefoniere, einen Moment allein zu überbrücken. Er kommt nicht auf die Idee, im Kinderzimmer zu spielen oder ein Buch anzusehen. Stattdessen kann es sein, dass er die Küchenrolle abribbelt, alle Duschgels auf dem Sofa ausdrückt, sich mit Zahnpasta eincremt, seine Hand im Nutellaglas untertaucht, Salz in Orangensaft verrührt oder seinem Bruder die Haare schneidet ...

Schwierigkeiten bei der Eigenregulation

Unstrukturierte Situationen stellen hohe Anforderungen an die *Eigenregulation*, d. h. die Fähigkeit, seine Handlungen zu steuern und seinen Erregungszustand an die jeweilige Situation anzupassen. Kinder mit ADHS haben zudem Schwierigkeiten mit der Reizverarbeitung.

⁵ Skrodzki, ADHS im Kindergarten, in: BV-AH e.V., Von Anfang an anders!, Forchheim 2005, S. 19 ff. (27 f.).

⁶ Erfahrungsbericht einer Mutter, <https://www.gesundheitsinformation.de/adhs-erfahrungsbericht-anne.2103.de.html>.

Beim freien Spielen muss die Lage eingeschätzt und nebensächliche Reize müssen ausgeblendet werden. Bereits bei der Auswahl der Aktivitäten (Wohin gehe ich zuerst? Was mache ich? Mit wem spiele ich?) kommt es zu Problemen. Die Kinder scheinen entweder zu *gar nichts* Lust zu haben oder sie interessieren sich für *alles gleichzeitig*, sodass sie von den stärksten Umgebungsreizen „ferngesteuert“ werden. Weiter setzt das Bei-der-Sache-Bleiben eine Fokussierung auf die eigene Tätigkeit voraus, während das Übergehen zu einer neuen Sache eine Aufmerksamkeitsverschiebung erfordert. Auch dies bereitet reizoffenen Kindern in einer reizvollen Umgebung große Schwierigkeiten, weil sie ständig abgelenkt werden. Die Probleme verstärken sich, je schwerer einschätzbar die Spielsituation ist.

„Reguliertes Freispiel“

Feste Regeln und Abläufe, aber auch detaillierte Vorbereitung, Absprache oder Anleitung bieten eine Art äußere Steuerung. Regulierend kann auch eine begleitende Bezugsperson wirken, die das hyperaktive Kind motiviert, anleitet, anregt, ggf. ausbremst und, wenn es abschweift, „zurückholt“. Viele Kinder können ihre Aufmerksamkeit besser steuern, wenn sie sich an dem orientieren, was und wie die anderen spielen (häufig beim Freispiel in der Kita oder bei Geschwisterkindern). Das regulationsschwächere Kind lässt sich dann von einem anderen „mitsteuern“, möglicherweise folgt es dem anderen überall hin und wiederholt jede seiner Handlungen. Manchmal fühlen sich Spielkameraden durch das „Klammern“ genervt, viele Erwachsene sehen darin nur grenzüberschreitendes Verhalten, ohne zu berücksichtigen, dass es dem Kind so gelingt, seine Aufmerksamkeit ausdauernd auf eine andere Person und deren Aktivitäten zu richten.

Gerade Provokationen und das In-Gefahr-Bringen anderer Kinder sind sehr wirksame (unbewusste) Strategien, um unverzüglich – von irgendetwem – „in die Bahnen gelenkt“ zu werden. Das „Ziel“ dabei ist m. E. nicht die Aufmerksamkeit der Mutter oder der Umgebung (die allein ändert nichts am Verhalten), sondern über ein Einschreiten von Erwachsenen eine (Fremd-)Regulierung zu erhalten.

„Freiheit“ von der Bezugsperson

Erst wenn sich ein Kind in der jeweiligen Umgebung zurechtfindet, kann es die Freiheit von seiner Bezugsperson selbstbestimmt nutzen. Sobald dies der Fall ist (z. B. zuerst in vertrauter Umgebung), reduziert sich meiner Erfahrung nach automatisch das „störende“ Verhalten und es kommt zur (Hyper-)Fokussierung auf selbstgewählte Tätigkeiten, sodass man sich als Eltern zunehmend zurückziehen kann:

Selbstverwirklichung im freien Spiel	Überforderung beim freien Spiel
<ul style="list-style-type: none"> • Das Kind vertieft sich in ein Spiel. • Es ist mit Lust und Spannung bei der Sache. • Es wirkt konzentriert. • Es spielt „echt“ mit anderen Kindern. • Begleitung/Einmischung wird als störend empfunden (Eltern werden weggeschickt oder nicht beachtet). 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Kind springt von einem Spiel zum nächsten. • Es ist nicht bei der Sache. • Es wirkt hektisch, verwirrt oder verträumt. • Es albert herum oder ärgert andere Kindern. • Begleitung/Anleitung wird genossen (Eltern werden herbeigerufen oder ihre Aufmerksamkeit wird gesucht).
→zunehmender Rückzug der Bezugsperson	→verstärkte Begleitung durch Bezugsperson

Ungünstige Folgen von zu viel / zu früher Eigenverantwortung

Man würde kaum auf die Idee kommen, einen wenige Monate alten Säugling auf einem belebten Spielplatz allein im Sandkasten spielen zu lassen. Stattdessen würde man sich neben ihn setzen, die Umgebung kommentieren, ihm vielleicht Sand über den Arm rieseln oder ein Förmchen in die Hand geben, bis er durch Weinen anzeigen würde, dass er nun genug hat, woraufhin man ihn beruhigend an die Brust oder in den Kinderwagen legen, also in eine bekannte Umgebung bringen würde. Auf diese Weise hilft man ihm, sich sanft an neue Reize zu gewöhnen. Man begleitet ein Baby intuitiv, weil seine Überforderung deutlich erkennbar ist: Sein eingeschränkter Aktionsradius entspricht seiner Fähigkeit zur Reizverarbeitung. Das ist bei hyperaktiven Kleinkindern anders: Ihre frühe und schnelle (Fort-)Bewegung, Stärke (undosierte Kraft), Furchtlosigkeit (mangelndes Risikobewusstsein) und Unempfindlichkeit (mangelnde Körperwahrnehmung) führen oft zu einer Überschätzung ihrer sozial-emotionalen und regulatorischen Fähigkeiten. Auf Reizüberforderung reagieren sie oft nicht durch Rückzug/Reizvermeidung, sondern durch verstärkte Unruhe/Reizsuche. So denkt man als Eltern leicht, das Kind benötige *mehr* Freiraum und neue Orte und Aktivitäten. Wenn es wegläuft, meint man, es *will* woanders *hin*, obwohl es *nicht verweilen kann*. Wenn es Freunde haut, versucht man, es mit Kindern zusammen zu bringen, die sich vielleicht wehren o. ä. Viele Eltern versuchen auch, dem Kind *mehr* Verantwortung zu übertragen, damit es Eigenverantwortung lernt. Dadurch wird es immer neuen Reizen ausgesetzt, die es nicht verarbeiten kann. Es gerät in immer neue Situationen, die es nicht einschätzen und erst recht nicht allein bewältigen kann. Es kommt verstärkt zu

Reizüberflutung und (sozialer) Überforderung, die für das Kind (und seine ganze Umgebung) mit höchster Erregung, Stress und Frustrationen einhergehen.

→ Das Problem mit dem Grenzen(durch) setzen

Bevor man über Grenzensetzung und -durchsetzung nachdenkt, sollte man sich klarmachen, dass das (unwillkürliche) Übertreten von Grenzen/Regeln ein primäres Symptom von ADHS ist. Das Verhalten folgt oft direkt aus den Wahrnehmungs- und Steuerungsproblemen und lässt sich grundsätzlich nicht „abziehen“. Verwunderlicherweise wird dies selbst von „Fachleuten“ oft verkannt und den Eltern suggeriert, dass sie das grenzüberschreitende Verhalten irgendwie ändern könnten/müssten.

Im Gegensatz zu der landläufigen Auffassung, dass hyperaktive Kinder zu wenig Grenzen kennen, erfahren sie *viel mehr* Grenzen, Konsequenzen und negative Reaktionen als andere Kinder. Sie stoßen von klein auf an *objektive Grenzen* und machen die Erfahrung, dass sie ständig begrenzt werden (müssen). Schon von daher sollte man über jede (weitere) Begrenzung sorgsam nachdenken.

Seit mein Sohn mit fünf Monaten zu krabbeln begann, musste ich im Minutentakt Gefahren von ihm oder anderen Kindern abwenden. Andere Kleinkinder kamen mir „vernünftig“ vor: Sie liefen nicht (mehr) vor Autos und Fahrräder, zerbrachen keine Gläser in der Hand, sprangen nicht kopfüber von Stühlen, kippten nicht jeden Mülleimer aus und versuchten auch nicht, Wachsmalstifte und spitze Gegenstände zu essen. Weil sie nicht nach so „originellen“ Tätigkeiten strebten, mussten ihre Eltern sie auch nicht ständig einschränken.

Im Bemühen, unseren Sohn zu „zähmen“, haben wir ihn viele Male motiviert (oder gezwungen), verschüttetes Wasser aufzuwischen, sich bei weinenden Kindern zu entschuldigen oder sich in seinem Zimmer zu „beruhigen“. Wir haben – jahrelang – jeden Spielplatz nach wenigen Minuten verlassen, weil er geschubst, gehauen oder gebissen hatte. Wir haben unzählige mehr oder weniger sinnvolle „Wenn ... dann“-Regeln aufgestellt, immer wieder angedroht und durchgesetzt, auch wenn wir das Gefühl hatten, ihn damit nicht zu erreichen. Mit vier antwortete er auf die Frage „Weißt du eigentlich, warum man nicht mit Sand werfen darf?“ mit: „Weil ich dann Mecker kriege.“ Als er in einen Kinderwagen kletterte und („Süßes Baby!“ rufend) einem schlafenden Neugeborenen ins Bein biss, worauf dieser mitsamt seiner Mutter in Tränen ausbrach, fragte er genervt: „Muss ich jetzt wieder auf der Bank sitzen?“. Einmal saßen wir fast zwei Stunden mit ihm in der Küche, bis er nach etlichen Tränen und Tobsuchtsanfällen endlich etwa 100 zerstreute Zahnstocher aufgesammelt hatte. Da-

nach lobten wir ihn, erschöpft und am Ende unserer Kräfte, im nächsten Moment schleuderte er überschwänglich die noch offene Zahnstocherdose durch die Luft ...

Mangelndes Folgenverständnis und impulsives Handeln

Die Ignoranz vieler hyperaktiver Kinder gegenüber den *natürlichen* Folgen ihres Handelns fällt oft bereits im Säuglingsalter, lange vor der (Nicht-)Reaktion auf erzieherische Konsequenzen auf: Sie tun Dinge *immer wieder* (auch wenn es für sie ungünstig ist) – und scheinen oft *immer wieder* von den Folgen überrascht. Für die Verknüpfung einer Ursache mit seiner Folge ist ein Halten der Aufmerksamkeit während des gesamten Kausalvorgangs erforderlich. Um auf die Erfahrung zugreifen zu können, muss ein Kind eine folgende Situation als vergleichbar erkennen. Damit haben hyperaktive Kinder Probleme. Sie erfassen Kausalitäten schlechter und lernen langsamer aus Erfahrungen. Außerdem handeln sie oft spontan, ohne dabei an die (eigentlich bekannten) Folgen denken zu können. Dies gilt auch für positive Folgen!

Langsameres Verständnis von Regeln

Hyperaktive Kinder zeigen ein extremes Neugierverhalten. Außergewöhnliches, auch jede Ausnahme, prägt sich ihnen besonders ein und löst – im Gegensatz zu gewöhnlichen Alltagshandlungen – sofortigen Nachahmungseifer aus. (Mein Sohn hat bis heute einen versierten Blick für die „verkehrte“/zweckentfremdete Nutzung von Geräten und eine beeindruckende Aufmerksamkeitsspanne für durch die Luft fliegende Bausteine, einstürzende Türme, bei Rot die Straße überquerende Personen etc.) Die üblichen Abläufe und (auch sozialen) Regeln laufen an ihrer Aufmerksamkeit hingegen oft vorbei. Zwar können sich alle Menschen *besser* auf spannende Dinge konzentrieren – Menschen mit ADHS können sich aber *nur darauf konzentrieren*. Dies macht im Alltag einen gewaltigen Unterschied, da etliche Handlungen nicht wie bei neurotypischen Kindern „nebenbei“ erlernt werden. Hyperaktive Kinder können eine Regel eher verinnerlichen, wenn sie sie als sinnvoll anerkennen und unbedingt einhalten möchten. Aus diesem Grund sollte man Regeln überzeugend begründen, klar vertreten und *selbst konsequent einhalten*. Die kindliche Regelüberschreitung konsequent zu ahnden, trägt hingegen oft eher zur *Ablehnung* der Regel durch das Kind bei.

Erzieherische Konsequenzen

Bei den erzieherischen Konsequenzen legen die Eltern (zusätzliche) Folgen für ein kindliches (Fehl-)Verhalten fest. Konsequenzen werden am besten verinnerlicht, wenn sie *immer* direkt auf die Handlung folgen – was bedeutet,

dass man sich dadurch auch als Eltern auf eine Reaktion festlegt und insoweit unflexibel wird. Meiner Erfahrung nach machen sie erst Sinn, wenn das Kind schon ein gewisses Verständnis für die *natürlichen* Folgen seines Handelns entwickelt hat und sein Verhalten entsprechend steuern kann. Solange ein Kind immer über dieselben Gegenstände stolpert, sich immer wieder in derselben Schublade einklemmt, mit Sand wirft, den es selbst ins Auge bekommt und auf Hunde zurennt, obwohl es schon mal gebissen wurde – solange es nicht einmal aus wiederkehrenden unmittelbar schmerzhaften Erfahrungen lernt, ist es logischerweise auch für weitaus abstraktere „logische Konsequenzen“ kaum empfänglich.

Konsequenzen auf „störendes“ Verhalten

Da hyperaktive Kinder ihr Verhalten oft nicht steuern, v. a. nicht vermeiden können, laufen erzieherische Konsequenzen dagegen ins Leere: Nimmt man etwa einem regulationsstarken Kind sein Essen weg, wenn es nicht still sitzen bleibt, kann man es vielleicht dazu bringen, still/leise zu sein (Verhalten) – aber nicht dazu, sich dabei ruhig/entspannt zu fühlen (Befindlichkeit) oder das Essen lecker zu finden (Wahrnehmung). Die Steuerungsleistung, ein Verhalten an den Tag zu legen, das der eigenen Wahrnehmung (ekliges Essen) und Befindlichkeit (Unruhe) widerspricht,



überfordert sogar viele neurotypische Kleinkinder. Ein hyperaktives Kleinkind *kann* schlicht nicht *still* sein, wenn es sich *unruhig* fühlt. Es wird durch das Wegnehmen des Essens nur frustriert und gestresst, was seine Impulskontrolle weiter vermindert und seine Unruhe verstärkt, so dass es erst recht nicht sitzenbleiben kann. Auf ein nicht steuerbares Verhalten mit erzieherischen Konsequenzen Einfluss nehmen zu wollen, dürfte ungefähr so sinnvoll sein, wie Tics beim Tourette-Syndrom oder stereotype Bewegungen bei autistischen Menschen konsequent mit negativen Reaktionen zu begegnen: Es baut zusätzlichen Druck auf und *verstärkt* damit genau die ungünstigen Verhaltensweisen. (Wer weder ADHS noch Tics oder Autismus hat, kann sich zur Veranschaulichung vorstellen, man versuche jemanden, der nicht einschlafen kann, durch negative Konsequenz zum Schlafen zu bringen).

Mit zunehmender Verhaltenssteuerung kann eine „Konditionierung“ gelingen, sofern es um aktives Tun geht, weil Handeln/Lenken hyperaktiven Kindern oft weniger Probleme bereitet als Bremsen/Hemmen. Mitunter kann auch eine „Wiedergutmachung“ *nach* einem unregulierten Verhalten durch Konsequenzen eingeübt werden, allerdings sind hier m. E. positive Anreize sinnvoller, weil sie die Eigenmotivation steigern, was bei ADHS von entscheidender Bedeutung für die Handlungsfähigkeit ist.

Logische Konsequenzen zur Verdeutlichung eines Zusammenhangs

Erzieherische Konsequenzen *können* zum Verstehen eines logischen Zusammenhangs beitragen („Wenn Wasser auskippt, wird der Boden nass, dann muss jemand wischen“). Der Nachteil ist, dass das Kind als erstes den Zusammenhang mit der *elterlichen Reaktion* begreift („Wenn ich Wasser verschütte, meckern meine Eltern, bis ich den Boden wische“). Man sollte beim Formulieren der Konsequenz daher immer die *natürliche* Folge aufzeigen („Wenn das Wasser umkippt, wird der Boden nass. Ich möchte, dass du es dann selbst saubermachst“), um ein Kind, das ein Problem mit der Folgenreue hat, nicht zusätzlich zu verwirren.

Eine logische Konsequenz sollte an eine *konkrete Handlung* anknüpfen und vor/bei der Handlung *angekündigt* werden. Keinesfalls sollte sie erst auf eine unbeabsichtigte (unvorhergesehene) Folge eintreten. So sollte, wenn ein Kind z. B. mit Türen knallt, *direkt* eine Konsequenz eintreten (z. B. Kind aus dem Flur holen) – nicht etwa sollte erst reagiert werden, wenn der kleine Bruder zufällig seine Finger in der Tür hatte (ein spontan agierendes Kind achtet nicht auf Finger im Türrahmen!). Eine Konsequenz „Wenn jemand verletzt wird, darfst du nicht Türen knallen“ verdeckt gerade die natürliche Folge des Türenknallens. Stattdessen müssen, wenn es zum Einklemmen des Fingers ge-

kommen ist, die *natürlichen Folgen* (Bruder hat Schmerzen, wird getröstet, will nicht mehr spielen o. ä.) – immer wieder! – erklärt und dadurch die Gefahr des Türenknallens veranschaulicht werden.

Eingreifende Konsequenzen

Relativ effektiv sind Konsequenzen, wenn sie eine kindliche Handlung *unterbrechen*. Sie setzen ein höheres Reaktionstempo der Bezugsperson und eine genaue Beobachtung des Kindes voraus, weil nicht bis zum Abschluss der Handlung „gewartet“ werden darf. Eingreifende Reaktionen sind aus Sicht des Kindes logischer und sanfter, weil sie weniger als „Strafe/Rache“ erscheinen:

nicht ausschließt, seine Gefühle verbal dem Kind mitzuteilen, zu einem späteren Zeitpunkt, wenn es zuhören kann). Wenn das Kind einen beim Einkaufen mit Lebensmitteln bewirft und durch den Laden brüllt, dass es einen töten will, weil es keine Cola bekommt, ist die authentischste menschliche Reaktion nun mal in Tränen auszubrechen oder um sich zu schlagen. Es dauert sicher lange, bis man dabei authentisch Ruhe und Gelassenheit vermitteln kann (ich habe diesen Punkt jedenfalls noch nicht erreicht). Handelte es sich um eine Ausnahmesituation, wäre es vielleicht förderlich, dem Kind durch einen authentischen Nervenzusammenbruch die Brisanz der Lage vor Augen zu führen. Doch in Familien mit hyperaktiven Kindern gehören solche Situationen zum Alltag.

Es ist meiner Erfahrung nach hilfreich, sich für kritische Situationen einen „inneren Fahrplan“ zurechtzulegen, der dem Kind vorab mitgeteilt wird. Es sollte sich um etwas handeln, was sich in vergleichbaren Situationen als deeskalierend erwiesen hat, unabhängig davon, ob es für das Kind negativ oder positiv erscheint. Dann steht nicht die erzieherische, sondern die strukturierende Funktion festgelegter Folgen im Vordergrund. (Z. B. ziehe ich meinem Sohn beim Kita-Abholen, sobald er in der Garderobe „Quatsch“ macht, einfach selbst die Schuhe an

Situation	Unterbrechende erzieherische Konsequenzen wirken deeskalierend:	Nachträgliche erzieherische Konsequenzen wirken oft eskalierend:
Kind schlägt ein anderes Kind.	Kind in den Arm fallen oder kurz Arm festhalten.	Das Kind auf die Bank zur „Auszeit“ schicken.
Kind ärgert/stört andere Kinder.	Das Kind „anhalten“ und woanders hinführen.	Das Kind zu einer Entschuldigung zwingen.
Kind rast mit dem Rad auf die Straße/ Einfahrt (zu).	Fahrrad festhalten und über die Einfahrt/Straße schieben, dann zurückgeben.	Fahrrad wegnehmen und das Kind nicht mehr weiter fahren lassen.
Kind wirft/spielt mit dem Essen.	Teller zu sich ziehen und das Kind füttern, wenn es noch essen möchte.	Teller wegnehmen und nicht weiter essen lassen.
Kind verspritzt Badewasser.	Kind aus der Badewanne holen und aufpassen, dass es nicht ausrutscht.	Kind den Boden wischen lassen.
Kind zerreißt Küchenpapier.	Küchenrolle wegnehmen und hochstellen.	Kind zwingen, die Papierfetzen aufzuheben.

Berechenbare Elternreaktion

Im Vergleich zu unkontrollierter Wut und impulsiver Strenge sind erzieherische Konsequenzen für das Kind mitunter besser, weil sie steuernd *auf das elterliche Verhalten wirken*. Vor allem die *Ankündigung* und ihre Einhaltung können dem Kind Sicherheit vermitteln, weil sie verlässliches Elternhandeln darstellen. So können Konsequenzen – und positive Anreize – zur Strukturierung von Situationen beitragen, in denen es andernfalls zu Eskalation, Tränen und gegenseitigen Verletzungen kommen würde.

Immer wieder, wenn mein Kind dem Ärger von Erwachsenen ausgesetzt ist, bekomme ich zu hören, dass es auch wichtig sei, authentisch zu reagieren. Ja! *Auch*. Ich bin überzeugt, dass ein Kind mit ADHS bereits im Kleinkindalter so viele authentische negative Reaktionen von Erwachsenen erfahren hat, dass zumindest die Hauptbezugspersonen sich möglichst kontrolliert verhalten sollten (was

– je nach Stimmung empfindet er dies als negative Konsequenz oder Hilfe.)

Gefahr von Machtkämpfen durch negative Reaktionen der Erwachsenen

Viele Erwachsene nehmen das hyperaktive Verhalten persönlich und handeln dann selbst impulsiv und emotional, indem sie das Kind anschreien, bestrafen oder es sogar „zurückbeißen“ o. ä. Dadurch eskalieren sie die Situation, was die Regulationsfähigkeit auf beiden Seiten erst recht herabsetzt. Häufig kommt es zu „Machtkämpfen“, die keinerlei Eindruck auf das Kind zu machen scheinen in dem Sinne, dass es beim nächsten Mal sein Verhalten ändern würde/könnte. Weil dies für die Erwachsenen keinen Sinn ergibt und der eigenen Einschätzung widerspricht („Er wird schon irgendwann lernen, wie man sich am Tisch verhält“), versuchen viele Erwachsene, den Druck weiter zu

erhöhen (z. B. muss das Kind an einem anderen Tisch essen). Verstärkend wirkt sich aus, dass viele hyperaktive Kinder wirken, als verhielten sie sich absichtlich sozial unangepasst, obwohl es sich um Unvermögen handelt. So verbergen sie ihr Steuerungsdefizit:

„Man sieht es teilweise auch schon bei der Untersuchung, wenn die Kinder wegen einer Gleichgewichtsstörung umkippen und dann eine Clownerie daraus machen, so, als ob sie dieses unwillkürliche Versagen der vestibulär gesteuerten Motorik gewollt herbeigeführt hätten, als wenn es ein beabsichtigter Witz gewesen wäre. [...] Es geht also den Kindern bei der Clownerie keineswegs um den vielfach unterstellten Wunsch, im Mittelpunkt stehen oder auffallen zu wollen.“⁷

Viele hyperaktive Kinder übernehmen die Fehlinterpretationen ihrer Umgebung (z. B.: „Ich will eben immer Clown spielen/schubsen“), so dass es infolgedessen tatsächlich zu gezielt unsocialen Verhaltensweisen kommt. Solche Provokationen haben eine andere Qualität als bei anderen Kindern, weil hyperaktive Kinder durch das Ärgern/Albern in Übererregung geraten und nicht mehr „runter“ kommen. Körpersprache und Mimik wirken noch fröhlich, wenn andere beteiligte Kinder (oder Erwachsene) längst brüllen/weinen, weil das Kind den „Situationswechsel“ (aus Spaß wird Ernst) nicht mitbekommen hat.

„[B]esonders das „dauernde Grinsen“ bringt die schimpfenden Eltern oder den tadelnden Lehrer erst recht in Rage, obwohl dem betroffenen Kind absolut nicht zum Grinsen zumute ist. Leider kann es jedoch seine Mimik nicht rechtzeitig zum erwarteten schuldbewussten, einsichtigen Gesichtsausdruck umwandeln. Sein Gegenüber schätzt dies jedoch als uneinsichtig, trotzig, bockig und aggressiv ein. Diese schlechte Steuerung hat ihr Pendant in der Wahrnehmung: Kinder und Jugendliche mit ADHS können oft die Mimik des Gegenübers nicht richtig einschätzen und verhalten sich daher falsch. Sie [...] machen mit der Provokation weiter, wo andere Kinder den Rückzug antreten würden und ziehen sich damit den gesteigerten Zorn der Erwachsenen zu.“⁸

⁷ Kowork, Zur Psychodynamik der sensomotorischen Behinderung am Beispiel des ADHS, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 4-2005, S. 82 ff. (92).

⁸ Skrodzki, ADHS-Bewegungsstörungen und Unfälle, in: Fitzner/Stark, Doch unzerstörbar ist mein Wesen..., S. 104. ff. (108 f.).

Willensgesteuertes Verhalten z. B. in Autonomiephase (Kind will nicht, obwohl es kann)	Unreguliertes Verhalten z. B. bei ADHS (Kind kann nicht, obwohl es will)
Das Verhalten tritt bei bestimmten Anlässen auf (z. B. Jacke anziehen), verstärkt durch emotionale Stimmung des Kindes.	Das Verhalten tritt ohne konkreten Anlass auf, verstärkt durch Stress, Müdigkeit oder Reizüberflutung.
Das Kind wirkt erregt, aber auf seine Sache fixiert.	Das Kind wirkt übererregt/überdreht und nicht bei der Sache.
Es scheint kurz vor/bei der Handlung nachzudenken, es handelt „mit Plan“ (z.B. nähert sich langsam einem anderen Kind, fixiert dessen Spielzeug, greift dann gezielt zu).	Es scheint vor/bei der Handlung nicht nachzudenken, handelt „drauflos“ (z. B. grapscht sich unvermittelt fremdes Spielzeug oder rempelt zufällig ein im Weg stehendes Kind an).
Es achtet auf die Reaktion seiner Bezugsperson, schaut vielleicht vor/bei der Handlung verschmitzt zur Mutter.	Es beachtet seine Bezugsperson nicht, sein Verhalten ist weitgehend unabhängig von einer bestimmten Person.
Es wiederholt das Verhalten vielleicht (fasst z. B. erneut in die Steckdose), um die Reaktion der Eltern zu „testen“.	Es wiederholt die Handlung nur bei intrinsischer Motivation, schaut vielleicht neugierig.
Es reagiert auf Ansprache/Warnung mit Trotz, beharrt auf seinem Vorhaben („Will aber Steckdose anfassen!“).	Es reagiert auf Ansprache/Warnungen nicht, als wenn es sie nicht hört.
Es wirkt wütend oder verzweifelt, wenn Eltern eingreifen, beharrt auf seinem Vorhaben („Will aber!“).	Es wirkt überrascht oder zugewandt, wenn Eltern eingreifen, lässt sich leicht von der Sache abbringen.
Es verknüpft die elterliche Reaktion mit seiner Handlung; es ärgert sich, dass die Eltern ihren Willen gegen seinen eigenen (durch-)setzen („Nie lasst ihr mich Steckdosen anfassen!“).	Es verknüpft die elterliche Reaktion nicht mit seiner Handlung; es ärgert sich, dass es wieder scheinbar grundlos angemeckert wird („Immer meckerst du!“).
Es scheint die Grenzen anderer Menschen zu testen (ist z. B. auf seine Mutter konzentriert, während es sie tritt).	Es scheint seine körperlichen Grenzen nicht zu spüren (es muss treten oder beißen, gleich wen es trifft).
(Älteres) Kind kann im Nachhinein sein Verhalten begründen (z. B.: „Ich wollte aber nicht gehen!, Ich wollte noch bleiben!, Ich wollte aber den blauen Pullover anziehen!, Ich war sauer, deshalb wollte ich ...). Für das Kind steht dabei deutlich sein willentliches Handeln und das „Nachgeben“ oder „Brechen“ seines Willens durch die Eltern im Vordergrund.	(Älteres) Kind scheint im Nachhinein verwirrt von seinem Verhalten oder vermeidet ein Gespräch, kann nicht auf „Warum hast du das gemacht? / Warum wolltest du mich hauen?“ antworten, zuckt mit den Schultern oder denkt sich einen Grund aus, dreht z. B. die Reihenfolge um („Hab ich gemacht, weil du gemeckert hast!). Mitunter kann es seine Regulationsprobleme erklären (z. B.: „Ich wollte stoppen, aber meine Hand hat nicht aufgehört“, o. ä.).
Es „erinnert“ sich an seinen Willen und seine Gefühle, erzählt vielleicht traurig davon, wird bei Wiederholung der Handlung leicht wieder wütend.	Es „vergisst“ den konkreten Vorfall/Eingriff in seine Handlung, wirkt bei Wiederholung so unbeschwert wie beim ersten Mal.
→ Willen des Kindes anerkennen und sich dazu verhalten!	→ Keine Absicht unterstellen (es ist dem Kind „passiert“).

Flexibilität statt Konsequenz auf unreguliertes Verhalten

Viele typische Situationen mit hyperaktiven Kleinkindern werden als Autonomieverhalten fehlgedeutet. Doch während „trotzige“ Kinder ihre Selbstwirksamkeit und Willensstärke ausprobieren, mangelt es hyperaktiven Kindern gerade an der dafür erforderlichen Selbststeuerungsfähigkeit. Es ist wichtig, unreguliertes Verhalten auch in Konfliktsituationen zu erkennen und darauf *empfindlich* und *flexibel* zu reagieren. Natürlich können auch hyperaktive Kinder ihren Willen gezielt gegen den der Eltern setzen (bei meinem Sohn geschieht dies eher in „ruhigen“ Situationen). Umgekehrt können auch Kleinkinder ohne ADHS sich phasenweise oder situativ schlecht regulieren (z. B. bei Übermüdung, Reizüberflutung oder großer Wut nach Übergehen ihres Willens). Eine Unterscheidung ist wichtig, um einerseits nicht fälschlicherweise Absicht zu unterstellen, wenn ein Kind sein Verhalten nicht steuern kann, andererseits seinen Willen ernst zu nehmen, wenn es sich bewusst verhält. Eine Abgrenzung ist besonders schwierig, wenn das impulsive Verhalten durch gezielte Provokation „überschattet“ wird (z. B. Kind schubst erst spontan und, wenn man mit ihm meckert, erneut zielgerichtet).

Ungünstige Folgen eines einseitig konsequenten Umgangs

Ein zu starker Fokus auf negative Konsequenzen kann unreguliertes und ungehemmtes Handeln *verstärken* und zu sekundären Problemen wie geringem Selbstbewusstsein, Bindungsproblemen und einer Störung im Sozialverhalten führen. Wenn ein Kind sein eigenes Handeln nicht registriert oder nicht ändern kann, nimmt es eine Konsequenz nicht als „logisch“, sondern als ungerecht wahr. Es verknüpft sie nicht mit seinem Verursachungsbeitrag und speichert den Vorgang nicht als Selbstwirksamkeitserfahrung ab (sondern höchstens als Erfahrung: „Alle sind gemein zu mir“). Für das Kind geht es in der Folge weniger um die Rechtfertigung seines (unwillkürlichen) Verhaltens, sondern um die Verteidigung seiner Person, weil es sich für etwas „bestraft“ fühlt, für das es nichts kann, das es aber (zurecht) als Teil von sich empfindet (Wildheit, Zappeligkeit). Ein „Machtkampf“ mit einem übererregten Kind, das nicht nachgeben kann, weil es „ums Ganze“ seiner Persönlichkeit geht, ist nicht zu gewinnen – es sei denn auf Kosten seines Selbstwertgefühls.

„Je früher akzeptiert und verstanden wird, dass diese Kinder und Jugendlichen nicht mit dem festen Vorsatz morgens aufstehen, ihr Umfeld zu ärgern, und man sie nicht von morgens bis abends gereizt drängelt, an ihnen

herumnörgelt, sie ständig ausschimpft, ihnen droht, desto weniger entstehen die Komplikationen wie oppositionelles Trotzverhalten, Verlust- und Existenzängste und/oder depressive Verzweiflungseinbrüche.“⁹

2. Bedürfnisse und Bedürfnisbefriedigung bei hyperaktiven Kleinkindern

Aus einer bedürfnisorientierten Perspektive ist es wichtig, die echten Bedürfnisse hyperaktiver Kinder und ihre „andere Sicht auf die Welt“ (an)zuerkennen. Nur so kann auch beim Kind Verständnis und echte Einsicht bewirkt werden.

→ Hindernisse bei der Bedürfnisbefriedigung

Im Alltag werden die Bedürfnisse hyperaktiver Kleinkinder oft erst *spät* oder *gar nicht* befriedigt. Diese Behauptung erscheint paradox, weil die Kinder meist schlecht warten können und sich ihre Wünsche schnell und sofort zu erfüllen suchen. Doch zahlreiche Faktoren wirken sich ungünstig aus:

Verminderte Eigenwahrnehmung

Kindern mit ADHS fällt es schwerer, ihre Grundbedürfnisse (rechtzeitig) wahrzunehmen. Schmerzen, Durst, Hunger, Kälte oder das Gefühl, auf Toilette zu müssen, empfinden sie oft erst *im letzten Moment* und dann sehr dringlich. Auch emotionale und soziale Bedürfnisse treten spontan/impulsiv zu Tage. Nur in den seltensten Fällen ist die Umgebung oder das Kind in der Lage, das dringende Bedürfnis *sofort* zu befriedigen. Wenn dann noch versucht wird, das Kind zum „Abwarten“ zu erziehen, indem man die Bedürfniserfüllung weiter verschiebt, wird es für das Kind schnell unerträglich. Schon erste Anzeichen von Frieren, Schmerzempfinden, aber auch Enttäuschung, Unzufriedenheit etc. sollten dem Kind bewusst gemacht werden (z. B.: „Oh, schau mal, deine Füße sind ja lila, ist dir vielleicht kalt?“). Nicht förderlich ist Abwarten, ob es nach einem Sturz einfach wieder aufsteht o. ä. Schon gar nicht sollten Empfindungen geleugnet werden (z. B.: „Dir ist doch nichts passiert“). Da die Kinder oft unterempfindlich und wagemutig sind, sollte im Gegenteil v. a. bei Schmerzen und Ängsten so früh und empfindlich wie möglich reagiert werden.

Andere „Bedürfnissprache“

Durch die Art, wie sie ihre Bedürfnisse ausdrücken, werden hyperaktive Kinder häufig missverstanden. Brauchen sie eigentlich eine Pause, werden sie zappeliger, was als *Bewegungsdrang* erscheint. Benötigen sie eine *Reduzierung von Reizen*, scheinen sie *gelangweilt* oder *suchend*.

⁹Neuhaus, ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, 4. Auflage, Stuttgart 2016, epub-Ausgabe, S. 110.

Bräuchten sie eigentlich *Hilfe*, führen sie eine Aufgabe besonders *schnell* aus. *Ungeschicklichkeit* erscheint als *Unlust*, *Überforderung* als *Unterforderung*, das Bedürfnis nach *Kontaktaufnahme* als *Wut/Aggression* etc. Es tritt dann durch die scheinbar passende Reaktion (z. B.: Müdes Kind soll sich austoben, weil es ja immer noch nicht müde sei) natürlich keine Bedürfnisbefriedigung ein.

Abweichende Handlungsstrategien

Hyperaktive Kinder spüren sich selbst anders, erfahren ihre Umwelt anders und lernen anders als neurotypische Kinder. Auch ihre Strategien zur Bedürfnisbefriedigung entsprechen ihrem abweichenden Reaktionsstil: „Alle Tätigkeiten werden heftig, impulsiv und vor allem ‚anders‘ gemacht als üblich und gefordert.“¹⁰ Oft werden Hilfsmittel und vermittelnde Zwischenschritte übersprungen. Selbst das Hinschauen erfolgt typischerweise „überhüpfend“¹¹. Dieses direkte Draufzusteuern führt aber häufig nicht zur angestrebten Bedürfnisbefriedigung, sondern zu Frustration.

Wenn ich z. B. Würstchen brate, schiebt mein kleiner Sohn oft seinen Hocker in die Küche und schaut zu. Oder er holt sich einen Teller aus dem Schrank und setzt sich schon mal an den Tisch. Wenn er es nicht mehr aushält, zu warten, ruft er, damit ich mich beeile oder verlangt schon ein Würstchen, das er dann erstmal pustet (seitdem er einmal in ein heißes Würstchen gebissen hat). So kommt er erfolgreich und schnell zu seinem Essen. Nicht so mein großer Sohn: Er rast zum Herd, wobei er meist über irgendein Spielzeug stolpert, greift dann mit bloßer Hand in die Pfanne, um sich ein Würstchen zu schnappen, das er brüllend fallen lässt: „Mama, warum hast du mir nicht gesagt, dass es heiß ist? Ich brauch ein Kühlpad!“, kaum ausgesprochen hechtet er weiter zur Gefriertruhe, auf dem Weg fegt er vielleicht noch wütend einen Teller vom Tisch. Durch das Trösten und Kühlen der Hand, oft Aufsammeln der Scherben o. ä. dauert dann alles letztlich viel länger.

Sofern jüngere neurotypische Kinder sich ähnlich verhalten, tun sie dies aus mangelnder Erfahrung, z. B. weil sie *noch nicht wissen*, wie sich eine heiße Pfanne anfühlt. Mein Sohn greift in die Pfanne, *obwohl er weiß*, dass sie heiß ist. Dieses Verhalten rührt direkt aus seiner Wahrnehmung her: Wenn er ein Würstchen sieht, sieht er *nur* das Würstchen und ist nicht in der Lage, sonstige Umgebungsreize oder Vorwissen einzubeziehen. Solche „direkten Handlungsstrategien“ treten in allen Lebensbereichen auf: Beim Essen nimmt mein Sohn den Topf und kippt sich den Inhalt auf den Teller, anstatt die daneben liegende Kelle zu benutzen. Oft stopft er sich das Essen mit den Händen in

den Mund, bevor er sich an das Besteck „erinnert“. Statt sich die Hände zu waschen (viele Handlungsschritte!), dreht er stürmisch das Wasser an und wieder aus und „vergisst“, die Hände drunter zu halten. Mitunter springt er halb angezogen in die Badewanne und ärgert sich dann, weil seine Sachen nass sind. Möchte er ein Buch vorgelesen bekommen, zieht er es aus dem Regal und wirft oder „gibt“ es mir ins Gesicht statt in die Hand, da er „Lesen“ anscheinend direkt mit Augen verbindet. Beim Malen überspringt er den Schritt, den Pinsel in der Farbe umzurühren, sodass nur schmutziges Wasser auf dem Papier landet. Möchte er ein Paket öffnen, zerzt, zieht und reißt er mit bloßen Händen an der Pappe, flucht und weint mit hochrotem Kopf, weil er nicht an den Inhalt gelangt, bis sein drei Jahre jüngerer Bruder, der zwischenzeitlich zum Schreibtisch marschiert ist, ihm die Schere reicht und auf das Klebeband zeigt, weil er voraussieht, dass man es einfach nur durchschneiden und dann den Deckel öffnen könnte.

Auch in sozialer Hinsicht finden sich Beispiele: Statt sich langsam anderen Kindern zu nähern und zu fragen, ob er mitspielen kann, stürmt er fröhlich mitten auf das Spielfeld, rempelt alle an, die ihm in die Quere kommen und grabscht sich den Ball, anschließend weint er, weil die anderen ihn nicht „mitspielen“ lassen. (Gelegentlich ist die „direkte“ Methode auch sozial vorteilhaft, wenn er z. B. ein fortlaufendes Kleinkind sofort einholt und festhält, während die anderen Kinder erst seine Mutter rufen.)

Viele v.a. mehraktige Bewegungsabläufe erscheinen hyperaktiven Kindern so als „Umwege“ oder kompliziert, sie müssen erst „mühsam mit kognitiver und willentlicher Kompensation gelernt und verautomatisiert werden – mit unzähligen Wiederholungen, die manchmal Jahre dauern.“¹²

Ablenkung bei der Bedürfnisbefriedigung

Obwohl hyperaktive Kinder so schnell und direkt auf ihr Ziel zusteuern, fällt es ihnen schwer, es dabei nicht aus den Augen zu verlieren. Oft werden sie abgelenkt und „vergessen“ dann ganz plötzlich ihr Vorhaben. Das bedeutet allerdings nicht, dass das Bedürfnis nicht mehr besteht (so der häufige Fehlschluss: „Es war wohl doch nicht so dringend“). Denn sobald das Kind sich „erinnert“, stellt sich das Bedürfnis umso dringlicher wieder ein, das Kind schafft es dann womöglich nicht mehr rechtzeitig zur Toilette oder es ist wütend, weil „immer noch kein Essen“ auf dem Tisch steht.

→ Besondere Bedürfnisse

Neben den allgemeinen kindlichen Grundbedürfnissen bestehen bei hyperaktiven Kindern spezielle Bedürfnisse, die sich in motorischer Unruhe und ständiger Suche nach starken Reizen ausdrücken:

¹⁰ Skrodzki, ADHS im Kindergarten, a. a. O., S. 19 ff. (S. 23).

¹¹ Neuhaus, a. a. O., epub-Ausgabe S. 58.

¹² Neuhaus, a. a. O., epub-Ausgabe S. 60.

Bedürfnis nach Steigerung der Aufmerksamkeit/ Wachheit

Bei hyperaktiven Menschen besteht durch die verminderte Wachheit/Aufmerksamkeit (Vigilanz) vermutlich ein „diffuses Unwohlsein“, sodass der „Ruhezustand“ schwer auszuhalten ist, wohingegen ein bestimmtes Verhalten zu mehr Wohlbefinden führt.¹³ Es handelt sich um Handlungen, bei denen verstärkt der (bei ADHS zu gering verfügbare) Botenstoff Dopamin produziert wird: körperliche Aktivität, Erleben von Neuem, Aufregung, Überraschung, jede Art „Action“.¹⁴ Durch ihr Verhalten versuchen die Kinder offenbar instinktiv, ihren Mangel zu kompensieren und sich *wacher zu fühlen*, um aufmerksamer auf ihre Umwelt zu reagieren.

Entsprechend verstärkt sich die Hyperaktivität bei *Erschöpfung* – und *verringert* sich, je *wacher* das Kind ist – so kommt es zur „paradoxen Wirkung“ wachmachender Stimuli und Substanzen.¹⁵ (Übrigens wirkt auch der Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel, süßer Getränke und sonst wachmachender Stoffe wie Koffein akut anregend auf den Dopaminhaushalt. So kann es eine durchaus stimmige Wahrnehmung sein, dass ein hyperaktives Kind in bestimmten Momenten nur durch Süßigkeiten zu befriedigen ist.)

Im Alltag hilft es manchmal schon, die Vigilanz der Kinder zu stabilisieren, d. h. Übermüdung und Erschöpfung so gut es geht zu vermeiden. So kann das Kind seine Aufmerksamkeit eher halten und braucht sich entsprechend weniger zu stimulieren. Es sollten ausreichend Pausen ermöglicht werden, in denen das Kind sich ggf. über gezielte Stimulationen (z. B. Körpermassagen, Schaukeln, Bewegung an der kühlen Luft) auf sich konzentrieren kann. Während neurotypischen Kindern, wenn sie „überdreht“ sind, oft mit dem *Entzug* anregender Reize beim Runterregulieren geholfen werden kann, wirken Ruhe und „Entspannung“ auf hyperaktive Kinder oft gegenteilig, weil sie die Vigilanz weiter herabsetzen.

Förderlich zum Erhöhen der allgemeinen Wachheit ist jeder Reiz, der aufmerksam/wach macht, ohne aufzuregen. Besonders *extreme* Reize bieten sich an: Lautstärke, Helligkeit, schweres Gewicht, große Kälte, Hitze, starke Bewegung, kräftiger Körperkontakt/Hautreize, orale Reize (da die Mundregion sehr empfindlich ist). Stimulierende Reize sollten *nacheinander* angeboten werden. Gerade in Übergangssituationen oder bei drohender Reizüberflutung helfen klare, starke Reize die Aufmerksamkeit zu steuern. So kann man z. B. einen kalten Apfel mitbringen, wenn man das Kind von der Kita abholt, damit es sich darauf fokus-

siert (statt zum Abschied nochmal alle vorbeigehenden Kinder zu schubsen). Eine Steigerung der Aufmerksamkeit kann auch durch „Vereindeutigung“ von Reizen durch sonst reizarme Umgebung erreicht werden. Nicht förderlich ist, was (zusätzlich) aufregt, ohne Aufmerksamkeit zu erfordern, z. B. schnell abwechselndes Fernsehprogramm.

Da ein Kind mit ADHS bei Desinteresse sofort müde/unaufmerksam wird, muss ständig Neues geboten werden, um es aufmerksam zu halten. Es „muss alles hören und sehen, was neu, interessant und spannend ist, kann aber auch nur all dies sehen und hören“.¹⁶ Durch das Einbauen von kleinen Änderungen/Überraschungen kann man ihm helfen, Alltagshandlungen besser zu registrieren (z. B. kann das Zähneputzen durch einen neuen Reim oder spannenden Anreiz: „Gleich les ich dir ein neues Buch vor!“ erleichtert werden). Zur motivierenden Begleitung/Anreizsetzung bei Routineaufgaben gibt es m. E. lange keine Alternative, da die Ablenkung durch interessantere Reize einfach zu groß ist und sonst höchstens das „Flunkern“ („Hab mir schon Zähne geputzt!“) verautomatisiert wird.

Je mehr Alltagshandlungen verautomatisiert sind, umso eher kann das Kind sie nebenher/unaufmerksam erledigen, sodass es sich dafür weniger „wachmachen“ muss.

Bedürfnis nach körperlich stimulierenden Reizen

Starke Bewegung und sensorische Reize stimulieren auch die Körperwahrnehmung. Sensorische Probleme sind oft mit ein Grund für das Anrennen/Stoßen anderer Kinder und für (selbst-)verletzendes Verhalten. Sie können auch hinter provozierendem Verhalten stecken: Wenn andere Kinder zurückhauen, Erwachsene einen festhalten, wegtragen oder anschreien – all dies wirkt stimulierend!

Mein Sohn äußert seine entsprechenden Bedürfnisse manchmal, indem er z. B. sagt: „Wenn alle schreien, macht mich das lustig“, „Ich will nicht weh tun, aber ich *muss* hauen“ oder „Kannst du mir bitte mal in den Rücken boxen?“. Insbesondere das Verlangen nach starken Körperreizen kann für Eltern erschreckend sein. Es ist jedoch sinnvoll, wenn das Kind auch dieses Bedürfnis wahrnehmen und reflektieren kann. Dadurch lässt sich eine mögliche Verunsicherung vermeiden, wenn es spürt, dass ihm etwas Befriedigung bereitet, das andere stört. Indem man sagt: „Du magst gern, jemanden fest zu drücken, aber XY mag das nicht, er hat Angst, dass er nicht mehr atmen kann“, erkennt man seine Bedürfnisse an und verhilft zur Empathie. So kann perspektivisch ein Umlenken (zu: Raufen, Drücken, sich Wegschieben u. a.) erfolgreich sein.

Bedürfnis nach intensiver Vertiefung/Hyperfokussierung

Typischerweise können Kinder mit ADHS sich bei hoher Eigenmotivation extrem in eine Tätigkeit vertiefen

¹³ Dazu und zum Folgenden detailliert Wolff, <http://www.adhs-hilfe.de/index.php?action=verhaltensmuster>.

¹⁴ Vgl. auch Neuhaus, a. a. O., epub-Ausgabe S.49.

¹⁵ Hierauf beruht die Wirkung vieler ADHS-Medikamente. Im Kleinkindalter erfolgt grundsätzlich noch keine medikamentöse Behandlung.

¹⁶ Neuhaus, a. a. O., epub-Ausgabe S. 65.

– jede Unruhe ist dann wie weggeblasen. Dies sollte m. E. unterstützt werden, damit das Kind spürt, wie sich ein längeres Halten der Aufmerksamkeit und „echte Konzentration“ anfühlen. In der Praxis sind dabei oft gute Nerven gefordert (z. B. wenn man aufbrechen muss und das sonst hyperaktive Kind seelenruhig Schnüre durch die Wohnung spannt und an Türklinken verknötet). Eine Beobachtung, in welchen Situationen und auf welche Reize das Kind sich so gut fokussieren kann und ein Ausbau dieser Interessen ist sehr sinnvoll.

Verhalten als Bedürfnis(-befriedigung) anerkennen

Jeder Umgang, der einseitig auf *Unterdrückung* oder *Überwindung* des „störenden“ Verhaltens abzielt, übergeht die besonderen Bedürfnisse hyperaktiver Kinder.¹⁷ Über Hyperaktivität und Reizsuche stimulieren sie ihre Aufmerksamkeit und Körperwahrnehmung, wobei das *Verhalten selbst* befriedigend wirkt.¹⁸ So versuchen sie sich im doppelten Sinne *besser zu fühlen*. Anforderungen wie „Sei still, pass auf!“ bringen sie in einen Konflikt, da sie ja nur durch ihre selbst erzeugte innere Grundspannung „aufpassen“ können.¹⁹ Ständiges Nachfragen („Warum machst du das bloß?“), die Suche nach „dahinter steckenden“ Bedürfnissen, z. B. indem man hyperaktives Verhalten als „Schrei nach Zuneigung“, Ausdruck von Aggression o. ä. interpretiert, verwirrt das Kind, weil es von seinen realen Bedürfnissen wegführt.²⁰ Stattdessen sollte das Kind angeregt werden, seine speziellen Bedürfnisse auf sozial verträgliche Weise zu befriedigen.

Am einfachsten ist es, hyperaktives Verhalten soweit zuzulassen, wie es niemandem schadet. Das ist nicht immer einfach, da ein Verhalten (z. B. Schreien oder Schimpfen) in einer Situation niemandem schaden mag, in einer anderen aber für ein Geschwisterkind verletzend sein kann – und hyperaktive Kinder Ausnahmen schlecht verstehen. Zudem gibt es Verhaltensweisen, die auf lange Sicht schaden könnten (z. B. fremde Leute anquatschen). Es ist meiner Erfahrung nach umso mehr Tolerieren möglich, je weniger selbst- und fremdgefährdend sich das Kind verhält. Insbesondere selbststimulierende Handlungen (z. B. Zähneknirschen, Schnaufen, rhythmische Bewegungen), die nur „nervig“ sind, aber keine Grenze anderer Menschen überschreiten, sollten akzeptiert werden. Als Elternteil

¹⁷ Durch Medikamente, die die Dopaminverfügbarkeit erhöhen, ist während der Wirkzeit das Bedürfnis nach höherer Vigilanz tatsächlich reduziert, weil der Mangel chemisch ausgeglichen und so Wachheit bewirkt wird.

¹⁸ Die „Befriedigung“ besteht allerdings immer nur kurzfristig. Je nach Ausprägungsgrad muss sich das Kind ununterbrochen hyperaktiv verhalten, um (annähernd) zufrieden zu sein.

¹⁹ Vgl. Wolff, http://www.adhs-hilfe.de/index.php?action=ursachen_behandlung.

²⁰ Dies gilt natürlich nur, wenn es sich wirklich um ADHS handelt. In der Diagnostik erfolgt ein Ausschluss organischer Krankheiten und psychischer Belastungen, die mitunter zu ähnlichem Verhalten führen können.

kann man sich mit der Zeit Gelassenheit antrainieren, um auf ungewöhnliches Verhalten – z. B. unterm Tisch essen, kopfüber trinken, durch den Einkaufsladen krabbeln – nicht sofort mit Abwehr zu reagieren, sondern sich erst zu fragen „Warum eigentlich nicht?“

3. Hilfe zur Eigenregulation

Oft wissen Kinder mit ADHS genau, wie sie handeln wollen/sollen, benötigen aber eine „Umsetzungshilfe“ als Gefahrenschutz, Reizfilter und Korrektiv, denn sie

- **geraten leicht in Übererregung und können nicht mehr „runterfahren“**,
- **schätzen sich selbst, ihre Gefühle und eine Situation im Moment falsch ein, obwohl sie sie theoretisch bzw. im Nachhinein zutreffend interpretieren,**
- **können oft nicht so handeln, wie sie wollen,**
- **handeln impulsiv, ohne an die Folgen zu denken,**
- **können nicht immer ausführen, was sie (eigentlich) können.**

Müdigkeit, Krankheit, Stress und Frustrationen verstärken ihre regulatorischen Schwierigkeiten. Die Eigenregulationsfähigkeit nimmt im Laufe der Zeit zu. Allerdings wird unregulierte Emotion mit zunehmender Kraft auch immer gefährlicher.

Bei uns hat sich eine enge Begleitung unseres Sohnes und ggf. Eingreifen oder „Mitsteuern“ bei vielen Alltagsaktivitäten als hilfreich – und bis heute unabdingbar – erwiesen:

- Wir halten *ihn zurück/fest*, sobald er sich oder andere gefährdet (Fremd-Regulation).
- Wir halten *uns zurück*, während wir ihm seine Gefühle spiegeln (passive Co-Regulation).
- Außerdem versuchen wir, manche Impulse umzulenken, seine Aufmerksamkeit und motorische Kontrolle zu verstärken und Handlungsalternativen vorzuschlagen (aktive Co-Regulation).

→ Schützende Fremdregulation

Fremdregulierendes Eingreifen ist präventiv und endet mit seinem Anlass. Die Bezugsperson sollte so früh einschreiten, dass bereits der Handlungsbeginn, spätestens die Ausführung verhindert wird. Dies setzt eine intensive Begleitung, Kenntnis der „Risikosituationen“ und eine ständige Abwägung voraus („Ist es besser einzugreifen oder die Sache laufen zu lassen?“). Ein präventiver Umgang hat für das Kind den Vorteil, dass es seinen eigenen „Kontrollverlust“ seltener erlebt und vor negativen Erfahrungen bewahrt wird. In ihrem Buch analysiert Dietz eine Situation, in der ihr Sohn angeblich ein anderes Kind mit der Schere stechen wollte:

„Felix konnte [...] seine Bewegungen nicht abbremsen und schnitt in die Blume hinein. Die Erzieherin sah seine feinmotorischen Schwierigkeiten, deshalb erwartete sie, dass er langsam und konzentriert arbeitete, langsamer als die anderen, damit es ordentlich würde. Dass er weiterhin so schnell ausschnitt und dabei sogar herumhampelte, wertete sie als fehlendes Bemühen. [...] Ein kurzes Festhalten und seine ausladende Bewegung mit der Schere wäre gestoppt worden. Das Mädchen wäre nicht erschrocken, es wäre keine Aufregung entstanden, und Felix wäre nicht vor allen Kindern zurechtgewiesen, bestraft und stigmatisiert worden. Er wäre nicht vom Basteln ausgeschlossen worden, sondern hätte weiter teilnehmen können.“²¹

V. a. wenn das Kind reizüberflutet und übererregt ist, ist aktives Einschreiten oft die einzige Methode, um die Situation zu unterbrechen. Co-Regulierungsversuche scheitern meist, weil das Kind einen nicht hört. (Diesen Zustand kann man als Eltern irgendwann erkennen: Kind ist nicht mehr erreichbar, sein Blick „flackert“, es wirkt „wie in einer anderen Welt“, lacht oder schreit/weint „übertrieben“, wird akut durch Emotionen gesteuert und ist aufgrund der mangelnden Selbsteinschätzung und Steuerungsfähigkeit unberechenbar.)

Die Intensität des Eingriffs sollte an die kindliche Regulationsfähigkeit angepasst sein (so sanft wie möglich: z. B. kann es erst erforderlich sein, das Kind festzuhalten, um eine Handlung zu unterbrechen, später reicht vielleicht, Stopp zu rufen). Manchmal genügt bereits ein akut ablenkender Reiz, z. B. wenn die Eltern singen oder knurren oder die Süßigkeitenkiste rausholen ... Zu viel Fremdregulation kann der Entwicklung der Eigenregulationsfähigkeit schaden. Deshalb sollte m. E. nur bei Gefahr oder wenn das kindliche Wohlbefinden es unbedingt erfordert, aktiv eingeschritten werden – nicht schon, wenn ein Verhalten „nur“ als nervig oder peinlich empfunden wird. Je besser sich das Kind selbst regulieren kann, desto mehr können fremdregulierende Eingriffe durch vorausschauende Co-Regulierung ersetzt werden.

→ Bedürfnisorientierte Co-Regulierung

Unterstützende Co-Regulation erfolgt nicht „von außen“, sondern *mit* dem Kind. Eine spiegelnde, beruhigende oder motivierende Begleitung hilft ihm, das „Steuer“ nicht zu verlieren. Voraussetzung ist eine vertrauensvolle (Ver-) Bindung, über die emotionale Stabilität vermittelt werden kann. Empfindungen und Bedürfnisse werden dabei aus Sicht des Kindes (Du-Formulierung) handlungsbegleitend souffliert, ähnlich einer „inneren Stimme“. Im Gegensatz

zu Fremdregulation steht nicht das *Bewahren* vor, sondern das *Ermöglichen* von (Selbstwirksamkeits-)Erfahrungen im Vordergrund. Das „Mitsteuern“ muss kind- und momentbezogen erfolgen. Maßgeblich sind die *gegenwärtigen Handlungen des Kindes*, seine *Gefühle* müssen erkannt werden (im Zweifel stimmt meistens: „Du bist jetzt sehr aufgeregt“). Zu vermeiden sind (insb. verallgemeinernde) Fehl-/Überinterpretationen, z. B.: „Du willst wohl immer an erster Stelle stehen.“

Das Kind *muss in der/durch die Situation* begleitet werden, wobei Rückgriffe auf Erinnerungen sinnvoll sein können (z. B.: „Oje, jetzt hast du wieder Sand geworfen, letztes Mal hast du ihn ja ins Auge bekommen ...“). Auch Bestärkung sollte aus kindlicher Perspektive erfolgen, z. B.: „Ach toll, jetzt hast du es wirklich geschafft, versuch doch nochmal!“ (Statt der direkten Ansprache, wenn man *elterliche* Gefühle mitteilen will: „Ich finde es toll, dass du ...“, steht so die Freude des Kindes über die *eigene Leistung* im Vordergrund).

Es bietet sich an, bei der Co-Regulierung andere Begriffe zu verwenden als bei fremdregulierenden Eingriffen. Während man etwa ein Kind fremdregulierend zum Halten bewegt, indem man ruft: „Stopp! Vorsicht, bleib stehen!“ (notfalls Kind festhaltend), kann es co-regulierend heißen: „Toll, der fremde Hund! Du freust dich so, dass du am liebsten zu ihm springen würdest. Aber halt besser an! Langsam!“

Eigene Emotionen zurückhalten

Sofern man als Eltern eigene Bedürfnisse mitteilen möchte, sollte die Co-Regulierung abgebrochen und zu Ich-Botschaften übergegangen werden (*nicht* z. B. versteckt das Kind beeinflussen: „Du willst sicher auch endlich ins Bett.“, „Peinlich, alle schauen uns an, du willst bestimmt schnell raus hier.“ oder „Du weinst jetzt zwar, aber eigentlich sieht dein Bild doch ganz toll aus!“).

Eine soufflierende Begleitung einem selbst gegenüber, z. B. wenn das Kind einen haut, ist zwar möglich (z. B.: „Jetzt hast du dich so über mich aufgeregt, dass du mich gehauen hast“), aber oft künstlicher als die unmittelbare Reaktion („Autsch, das hat weh getan!“).

Wenn man sich selbst über das Kind aufregt oder genervt ist, darf *nicht* co-reguliert werden. Denn wenn das Kind die negativen Gefühle spürt, wird es sich aus dem Kontakt zurückziehen und auf spätere Co-Regulierungsversuche misstrauisch reagieren. Es dürfen während der Co-Regulation auch *nie höhnische oder ironische Kommentare* gemacht werden (z. B.: „Jetzt bist du wohl zufrieden, weil alle weinen“), weil sie die „innere Stimme“ des Kindes beeinflussen und damit seinem Selbstbild immens schaden können. (Besser direkt die Meinung sagen und sich ggf. später entschuldigen.)

²¹ Dietz, „Sitz doch endlich still“, Ulm 2003, S. 80 f.

In welchen Situationen ist Co-Regulation sinnvoll?

Generell sollte nach Bedarf und nach den eigenen Kapazitäten co-reguliert werden. In Situationen, die als konfliktrichtig bekannt sind, sollte man vorsorglich eine 1:1-Begleitung vorsehen (daher z. B. nicht allein mit mehreren Kindern in einen Indoor-Spielplatz gehen). Insbesondere bei Provokationen ist eine verständnisvolle „Übersetzung“ der kindlichen Bedürfnisse wichtig. Auch in Konfliktsituationen muss die Bezugsperson mit anhaltender Zuwendung reagieren, um den „Draht“ zum Kind nicht zu verlieren. Denn sobald das Kind „aussteigt“, kann es (durch die dann erforderliche Fremdregulation) leicht zu einer weiteren Eskalation kommen. Es sollte aber nicht nur „in Notfällen“ co-reguliert werden, damit das Kind auch *positive* Emotionen besser steuern lernt (damit es irgendwann nicht mehr „aus Spaß“ eine Gabel durch die Luft wirft o. ä.). Förderlich ist Co-Regulation beim „Freispiel“, um z. B. den Erstkontakt zu anderen Kindern zu erleichtern.

Besonders wichtig ist es, bei Situationsänderungen/ Stimmungsumschwüngen zu co-regulieren (z. B.: „Jetzt ist es für XY kein Spiel mehr! Schau mal ... Du hattest dich so gefreut, als er kam, er fand es auch ganz lustig und hat gelacht. Aber dann hast du seine Brille weggeworfen und jetzt ist er wütend ...“).

In welchen Situationen ist Co-Regulation nicht sinnvoll?

Während einer intensiven Unterhaltung mit dem Kind, wenn man als Eltern einfühlsam zuhört, fragt oder Zusammenhänge erklärt, kann man meiner Erfahrung nach schlecht co-regulieren. Auch wenn das Kind mit einem spielen oder von einem angeleitet werden möchte, sollte man nicht weiter co-regulieren, sondern die „Ebene“ wechseln. Aus diesem Grund sind besonders Eltern und „übliche Bezugspersonen“ zur Co-Regulierung geeignet, während fernere Verwandte und Freunde oft eher als Spielpartner angesehen werden, sodass über das Zusammenspiel ohnehin eine Regulation stattfindet.

Sobald sich das Kind durch die Begleitung gestört fühlt oder signalisiert, dass es alleine spielen möchte, muss sie abgebrochen werden, um dem Kind das „Steuer“ zu überlassen.

Ein Übergang von der Co-Regulation/Begleitung zur Fremd-Regulation/Autorität muss dem Kind klar deutlich gemacht werden, z. B. durch ein Signalwort mit Geste, Berührung oder Blickkontakt (z. B.: „Stopp!“, „Nein!“, „Ich zähle jetzt bis 3 ...“). Man sollte nicht nach fremdregulierenden Eingriffen sofort wieder co-regulieren (sondern erst über den Eingriff reden, Kind direkt loben/kritisieren, sich wieder vertragen o. ä.), weil es für das Kind sonst verwirrend sein kann, die Bezugsperson zugleich „bei sich“

und „gegen sich“ zu erleben.

Co-Regulation zur Förderung der Eigen- und Fremdwahrnehmung

Durch das Spiegeln seiner Gefühle kann man dem Kind helfen, sie selbst besser wahrzunehmen. Auch widersprüchliches Verhalten und seine Folgen können kommentiert und das Kind zur Selbstreflexion angeregt werden (z. B.: „Weil du so fröhlich warst, bist du auf XY zugestürmt, so dass er umgefallen ist“). Empfindungen anderer Leute sollten erklärt und eingeordnet werden (z. B.: „Leider hat er sich erschreckt, als du gegen ihn gestürmt bist. Jetzt sagt er, dass er nicht mehr dein Freund sein will. Das ist traurig. Vielleicht meint er es nicht so schlimm und ihr könnt später wieder zusammen spielen.“). Negative Kommentare können aufgefangen und relativiert werden (z. B.: „Die Frau hat das wohl sehr gestört, als du ihren Hund fangen wolltest. Sie denkt, du wolltest sie mit Absicht ärgern, dabei warst du nur so aufgeregt ...“).

Co-Regulation zur Steuerung des Erregungsniveaus

Anstatt sich von der (Über-)Erregung des hyperaktiven Kindes anstecken zu lassen, sollte die Bezugsperson selbst beruhigend wirken, z. B. durch leise Stimme und langsame Bewegungen. Wirft das Kind etwa überschwänglich mit Besteck, kann ruhig kommentiert werden: „Oh, jetzt hast du vor Aufregung die Gabel durch die Luft geworfen.“ und versucht werden, die Erregung „einzufangen“, indem man das Kind zum Innehalten und Reflektieren bringt: „Das sah richtig lustig aus, wie XY die Zunge gerollt hat, das hat dich so aufgeregt. Kannst du auch so Zungerollen?“ Sobald die „Verbindung“ zum Kind hergestellt und die Erregung gedämpft ist, kann man, sofern das Kind nicht selbst auf die Idee kommt, weiterzuessen, fragen: „Hast du eigentlich noch Hunger?“ o. ä., sodass es auf die fehlende Gabel aufmerksam wird und sie aufhebt. Keinesfalls sollte man nach einem gelungenen gemeinsamen „Runterregulieren“ die Stabilität wieder gefährden, indem man das Kind autoritär zum Aufheben der Gabel auffordert!

Wie genau das Kind sich am wirkungsvollsten beruhigt, muss durch Beobachtung herausgefunden werden. Mein Sohn z. B. beruhigt sich nicht allein im Kinderzimmer, sondern mit Nuckelflasche in der Hängematte. Solche Beruhigungsstrategien kann man co-regulierend fördern.

Co-Regulation zur Aufmerksamkeitssteuerung

Durchhalten von Tätigkeiten und Übergänge können erleichtert werden, indem man die (abschweifende) Aufmerksamkeit des Kindes auf die begonnene Aktivität zurück- bzw. auf eine *neue* Anforderung lenkt. Statt zu verlangen: „Beil dich mit den Schuhen, damit wir schnell los können“, kann es co-regulierend lauten: „Du willst eigent-

lich weiter spielen ... Ah, XY wird auch abgeholt, sie zieht sich gerade die Schuhe an. Schau mal, deine stehen heute ja im Fach! Wenn du dich hinsetzt, kannst du sie leichter anziehen ...“). Oft ist es sinnvoll, das Kind auf seine eigene Handlung aufmerksam zu machen, z. B. es zu motivieren, den Blick auf seine Hände zu richten. So kann auch eine bessere Koordination und Körperereigniswahrnehmung gefördert werden.

Co-Regulation zur Umlenken von Impulsen und zur Handlungsautomatisierung

Im besten Fall können Impulse umgelenkt und Handlungsalternativen befördert werden. Jeder Ansatz der Kinder zur Umlenkung negativer Impulse sollte aufgegriffen werden (Manchmal ist die erste Möglichkeit, Anspannung auf sozialadäquatem Wege herauszulassen: laut Kreischen, Zähneknirschen, Schnalzen oder Fingernägelkauen!). Es ist mitunter schwer, eine Umlenkungshandlung zu erkennen, z. B. wenn das Kind statt seinem Bruder auf den Kopf zu springen, sich knapp daneben fallen lässt oder statt einem ins Gesicht zu hauen, die Hand im letzten Moment zur Schulter führt. Doch es ist wichtig, solche Regulationsversuche anzuerkennen und dem Kind bewusst zu machen (z. B.: „Ui, das war richtig gefährlich, fast wärest du XY auf den Kopf gesprungen. Toll, dass du das geschafft hast, neben ihn zu fallen. Auf den Kopf darf man ja nie springen, damit der nicht kaputtgeht! Aber XY hat sich trotzdem erschreckt, schau mal, sein Gesicht“).

Auch verändertes (Sozial-)Verhalten kann vorgeschlagen werden (z. B.: „Du willst mit XY spielen. Am besten gehst du erstmal einen Schritt zurück, damit er keine Angst vor dir hat ...“).

Ungünstige Handlungsmuster können „ausgebremst“ und alternative Bewegungsabläufe eingeübt werden, damit das Kind sie als geeigneter zur Bedürfnisbefriedigung erleben und verautomatisieren kann. Auch sollte das Kind bei Ablenkung behutsam an sein eigentliches Vorhaben erinnert werden, sodass es die Entscheidung, welchem Bedürfnis es Vorzug gibt, *bewusst* treffen kann.

→ Entspannung des Alltags durch Anerkennung und Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse

Die Anerkennung und bestmögliche Befriedigung der z. T. abweichenden oder gegensätzlichen Bedürfnisse des Kindes kann für alle Beteiligten akut entspannend sein – unabhängig davon, ob sich dadurch das Verhalten des Kindes ändert. So hat sich unser familiärer Alltag bereits entspannt, seit wir über das hyperaktive Verhalten unseres Sohnes häufiger hinwegsehen, *weniger konsequent* reagieren und ihm zugleich auch *weniger Freiraum* lassen. Dabei

wenden wir eine im doppelten Sinne *zurückhaltende Regulierung* an: Wir begleiten ihn eng und regulieren bei Bedarf sofort mit/fremd. Wir benennen seine Gefühle und auch seine „anderen“ Empfindungen und Bedürfnisse. Unser Sohn übernimmt immer öfter selbst die Regie und macht so auch verstärkt positive Erfahrungen im sozialen Kontakt. Neulich erklärte er seinem Freund, nachdem er ihn mit Spielzeug beworfen hatte: „Die Natur hat es so eingerichtet, dass ich mich nicht allein runterschrauben kann. Wenn du kommst, geht mein Motor automatisch hoch. Das kommt, weil ich dich so gerne mag ...“ So erntete er statt Abweisung ein Lächeln.

AUTORIN | Lea Ibell

Lob der Struktur

„Struktur“ ist ein Wort, das für Menschen mit ADHS wenig Erfreuliches bereitzuhalten scheint. Ist Struktur nicht genau das, was ihnen fehlt und sie in die Knie zwingt? Im Beruf, im Haushalt, in Beziehung usw. Zwar sagen Betroffene oft, dass es ihnen nicht schwerfällt, anderen in dieser Hinsicht Hilfe zu geben. Aber sie scheitern, wenn es um ihr eigenes Leben geht. Es ist eben diese Erfahrung, dass sie Struktur nicht auf sich selbst anwenden können, die sie sie meiden lässt. Doch es gibt drei Gründe, warum es sich lohnt, sich Struktur genauer zu betrachten.

1. Was meint überhaupt Struktur?

John Ratey und Edward Hallowell¹ schildern in ihrem Buch „Zwanghaft zerstreut“ folgende Geschichte:

Einen erfolgreichen Unternehmer bat seine Familie endlich einmal Urlaub zu machen. Eine Bitte, die ihn mit starkem Unbehagen erfüllte. Er hatte nie gerne Urlaub gemacht, konnte sich aber nicht erklären, warum nicht. Um seiner Familie den (berechtigten) Wunsch zu erfüllen, fuhr er mit ihnen fort.

Er hielt keine zwei Tage durch, dann ergriff er die Flucht aus den Ferien. Kaum saß er im Auto, entspannte er sich und wurde mit jedem Kilometer ruhiger. Allerdings um den Preis, seine Familie gewaltig enttäuscht zu haben. Er war untröstlich über sich selbst. Was war in ihm vorgegangen? Wie viele Menschen mit ADHS – es stellte sich heraus, dass er betroffen war – reagierte er massiv auf Veränderungen seiner **persönlichen Struktur**.

¹Edward Hallowell, John Ratey, Zwanghaft

Die Urlaubsruhe machte ihn nervös, die Aufgabe, nichts zu tun, überforderte ihn, die fremde Umgebung und das ständige Zusammensein mit seiner Familie verunsicherten ihn bis an den Rand einer depressiven Episode. Auf Veränderungen der persönlichen Struktur unflexibel zu reagieren, ist zwar keine spezielle ADHS-Eigenart, doch unter Betroffenen häufig stark ausgeprägt. Jener erfolgreiche Unternehmer schaffte es nicht, sich von seinen gewohnten Abläufen zu lösen, um in eine andere Struktur, Ferien, überzugehen. Er fühlte sich wohl, wenn er unterwegs war, Telefonate vom Auto aus führte und auf plötzliche Herausforderungen schnell reagieren konnte.

Für Menschen ohne ADHS wirkt solch eine Lebensweise ungefügt und eben *nicht strukturiert*. Aber das ist sie durchaus, allerdings ist sie sehr eigen: Für jenen Unternehmer ist **der Ort**, an dem er sich am wohlsten fühlte, das Auto und die Bewegung sein bevorzugter **Alltagsmodus**. Untätigkeit und Entspannung hingegen versetzten ihn in Unruhe, weil sie seiner inneren Struktur widersprachen.

Das Wort „**Struktur**“ bedeutet „**Zusammenfügung**“ oder „**Sinngefüge**“. Es bedeutet nicht „Plan“. „Strukturieren“ ist streng genommen auch kein treffendes Synonym für „organisieren“. Struktur hat mehr Dimensionen.

2. Die Dimensionen der Struktur

Im Allgemeinen verbinden wir Struktur mit Plan. Genauer mit Zeitplanung. „Du musst deine Zeit strukturieren und Prioritäten setzen“, lautet der Rat an Betroffene. Diese Empfehlung vergrößert meist nur noch das innere und äußere Chaos bei einem Betroffenen, weil sie an Tages- und Stundenplänen scheitern. Zweifel an der Einseitigkeit eines **rein zeitlichen Verständnisses von Struktur** hat bereits 2010 Douglas C. Merrill in seinem Buch „Der Google-Effekt“² geäußert. Auch **Ort** und **Modus** sind Dimensionen von Struktur. Sie vervollständigen den Begriff.

Struktur unter diesem mehrdimensionalen Gesichtspunkt zu betrachten, bietet den Vorteil, dass sich der Blick auf die eigene Verfassung öffnet. Dass jeder von uns, ob ADHS oder nicht, seine persönliche Struktur braucht, ist

unstrittig. Die Art der persönlichen Struktur fällt, bezieht man Ort und Modus mit ein, eben sehr unterschiedlich aus – und teilweise sehr originell: Die französische Schriftstellerin Colette³ schrieb selten am Schreibtisch, sondern bevorzugte das Bett. Der Philosoph Immanuel Kant⁴ folgte einem so akribisch, um nicht zu sagen bizarr durchkonstruierten und gleichförmigen Tagesablauf, dass seine Königsberger Mitbürger die Uhr nach ihm stellten. Und von Hermann Hesse⁵ heißt es, dass er seine Tage nicht mit einer Tasse Kaffee begann, sondern indem er sich zuerst um seine Rosen kümmerte.

Diejenige Frage, die sich der nach der persönlichen Struktur anschließt (und auch die größere Bedeutung hat), ist die Frage nach der Kompatibilität von eigener und allgemeiner Struktur. Auch das ist keine spezielle ADHS-Frage; jeder, der morgens seine Kinder weckt, damit sie sich für die Schule fertigmachen, weiß, dass zwischen Schlafbedürfnis und Schulbeginn kaum Übereinstimmung herrscht. Sie zeigt sich bei Betroffenen allerdings meist dramatischer.

Während eines ADHS-Treffens erzählte ein Teilnehmer, dass er nachts am besten arbeiten könne. Er sei voller Energie und Kreativität, während er tagsüber nicht zu gebrauchen sei. Er besaß einen gegensätzlichen Tag-Nacht-Rhythmus. Schule und Ausbildung hatte er aus diesem Grund als ziemliche Quälerei erlebt. Und auch heute noch stellten Besprechungen die größten Herausforderungen für ihn dar. Er konnte schließlich kaum erwarten, dass sich ein Kunde um halb zwei

Uhr morgens zu einem Meeting einfände, weil es seinem Rhythmus entsprach. Eine Tagesplanung hätte schon deswegen nicht bei ihm funktioniert, weil er nachts arbeitete.

Lynn Weiss macht in ihrem Buch „ADS im Job“⁶ darauf aufmerksam, wie wichtig, ja entscheidend es ist, sich einen Arbeits- bzw. Lebensrahmen zu schaffen, der einem entspricht – zumindest weitestgehend. Voraussetzung dafür ist es, sich ernstzunehmen und aufzuhören, jemand anderes sein zu wollen. Ich selbst bin gerne mit Menschen zusammen, brauche aber immer wieder einmal Abstand und Pausen. Lange Besprechungen, Sitzungen oder Seminare sind meine Sache nicht und sie werden es nie sein. Das ist in Ordnung. Ich leide deswegen nicht an einem Mangel an Teamfähigkeit. Ich akzeptiere auch, an Sitzungen teilzunehmen. Ich stelle mich darauf ein. Kompromiss gehört ebenfalls zu Struktur.



²Douglas C. Merrill, Der Google-Effekt, München 2010.

³Sidonie-Gabrielle Claudine Colette (28.1.1873 in Saint Saver in Puy-sance – 3.8.1954 in Paris).

⁴Immanuel Kant (22. 4.1724 in Königsberg - 12. 2. 1804 ebenda).

⁵Hermann Hesse (2.7.1877 in Calw – 9.9.1962 in Montagnola).

⁶Lynn Weiss, ADS im Job, 3. Auflage, Moers 2012.

3. Lob der Struktur

Das Gegenteil von Struktur ist nicht Planlosigkeit, sondern **Formlosigkeit**. Die Journalistin Ulrike Bartholomäus zeigt in ihrem Buch „Wozu nach den Sternen greifen, wenn man auch chillen kann?“⁷, wie schädlich ein Alltag ist, der keiner Struktur mehr folgt. Anlass für ihr Buch ist das Phänomen, dass viele Heranwachsende nach dem Schulabschluss Zeit in Anspruch nehmen, um sich auszuruhen, sich treiben zu lassen und, wenn überhaupt, vage zu überlegen, wohin der Weg sie führen könnte. Sie nehmen sich ein „**Gap-Year**“. Ausschlafen, Netflix, chatten, daddeln mögen in den ersten zwei bis drei Wochen tatsächlich wohltun. Dann aber kehrt sich der angenehme Zustand in sein Gegenteil: Der Verlust von Struktur, von Tagesrhythmen und Vorhaben führt in Antriebslosigkeit und bleierne Langleweiligkeit. Im schlimmsten Falle kann er sogar zu einer ernststen seelischen Krise führen.

Menschen sind auf Struktur angelegt. Das gilt gerade für Menschen mit ADHS, sonst würden sie nicht so empfindlich auf Veränderungen oder den Verlust ihrer Struktur reagieren. Im Zusammenhang mit Struktur stellen sich daher zwei Aufgaben, insbesondere für Menschen mit ADHS:

1. Die eigene Struktur erkennen; hilfreiche Fragen im Zusammenhang mit dem Beruf können sein:
 - In welchem Arbeitsrahmen fühle ich mich wohl? Bin ich der Homeofficetyp oder brauche ich einen Arbeitsplatz an einem anderen Ort?
 - Wie viele Pausen brauche ich?
 - Zu welcher Tages- (oder Nacht-)zeit kann ich gut arbeiten?
 - Nutzen mir Pläne/Listen/feste Abläufe oder behindern sie mich?
2. Die Gefahr der Formlosigkeit so gering wie möglich halten:

Die Gefahr, dass einem die Struktur entgleitet, ist bei Betroffenen hoch. Man nimmt eine Sache in Angriff, lässt sich ablenken, fängt eine neue an, bereitet einen Kaffee zu, um eine dritte Tätigkeit zu beginnen. Am Ende findet man sich vor einer unvollendeten Ablage, unaufgeräumter Wäsche und einem Topf zerkochter Nudeln. Ratschläge oder Regelvorschläge, dem abzuhelpen, halte ich nicht für sinnvoll hier zu nennen. Die Gründe, warum man sich zerstreut, sind zu unterschiedlich und zu individuell, als dass sie sich durch eine Liste von Empfehlungen beheben ließen. Es mag hilfreich sein, dass Formlosigkeit nicht nur schlecht ist. Hallowell/Ratey machen darauf aufmerksam,

⁷Ulrike Bartholomäus, Wozu nach den Sternen greifen, wenn man auch chillen kann?, Berlin 2019.

dass sie – dosiert – sogar Kreativität unterstützt. Aber wenn Zerstreutheit und Sich-Treiben-Lassen den Alltag beherrschen, wird man auf Dauer unglücklich werden.

Zum Schluss ist mir wichtig, noch einmal zu betonen, dass Struktur und Strukturlosigkeit kein spezielles ADHS-Thema sind. Unsere Zeit ist geprägt von hoher Ablenkung und gleichzeitig von der ebenfalls hohen Erwartung, sich selbst zu strukturieren. Dieser Widerspruch (man kann auch von Widersinn sprechen) macht allen zu schaffen. Allerdings ergibt sich durch diesen Widerspruch auch die Möglichkeit, sich selbst besser kennen zu lernen und – im Sinn von Lynn Weiss – den angemessenen Lebensrahmen zu finden, in dem man gut leben und arbeiten kann.

AUTOR | Uwe Metz

Schwer zu ertragen!

Vor kurzem stieß ich bei Recherchen auf diese Website. Unter www.rainer-pagel.de musste ich lesen:

„...
Herzlich willkommen auf der Website von Rainer Pagel!

„ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) ist eine erfundene Krankheit, für deren Existenz es keine eindeutigen wissenschaftlichen Belege gibt. Dennoch werden auf der Grundlage von fragwürdigen Diagnosekriterien psychiatrische Drogen verabreicht, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. - Lebensprobleme von Kindern werden zur psychiatrischen Krankheit umfunktioniert und ermöglichen so Teilen der Pharmaindustrie enorme Gewinne.“

Dies ist die Grundthese meiner Aufsätze und Leserbriefe, die Sie auf meiner Website lesen können. Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre und würde mich über eine Nachricht von Ihnen freuen.

...“

Wie man Menschen mit einer angeborenen Behinderung und denen, die ihnen helfen, derartig ins Gesicht schlagen kann, ist mir ein Rätsel. Ist das noch Meinungsfreiheit oder schon Verleumdung?

Vielleicht hilft Polemik und Übertreibung, die Tragweite solcher Äußerungen in vollem Umfang darzustellen.

These:

„Blindheit ist eine erfundene Krankheit der Augenärzte und Herstellern von Blindenstöcken.“

„Blindheit gibt es doch überhaupt nicht! Wer beide Augäpfel im Kopf hat, soll sich doch nicht so anstellen und statt über alle möglichen Gegenstände zu stolpern, doch lieber mal genau hinschauen!“

These:

„Querschnittslähmung ist eine erfundene Krankheit der Neurologen und Hersteller von Rollstühlen für ihren Profit und der Autoindustrie, die behindertengerechte Autos verkaufen will.“

„Querschnittslähmung gibt es doch überhaupt nicht! Wer alle Gliedmaßen hat, soll sich doch nicht so anstellen und einfach mal etwas Mühe geben!“

These:

„Diabetes ist eine erfundene Krankheit der Pharmaindustrie und im Übrigen eine neuzeitliche Erscheinung.“

„Diabetes gibt es doch überhaupt nicht! Esst doch einfach ausgewogener und lasst um Gottes Willen die gefährlichen Tabletten und Spritzen weg! Wisst ihr überhaupt, dass eine Überdosis Insulin einen gesunden Menschen umbringen kann? Verzichtet auf die Chemie und lebt ganz normal, wie jeder andere Mensch auch!“

Liebe Blinde, Querschnittsgelähmte und Diabetiker. Ihr wisst die Absurdität dieser Thesen am besten einzuordnen und kein normaler Mensch würde auf die Idee kommen, eure Behinderungen oder Störungen in Frage zu stellen.

Warum tun sich so viele Menschen schwer, unsere Behinderung zu akzeptieren? Weil man sie nicht sieht?

Ich bin fassungslos! (Wie man meinen Zeilen vermutlich entnehmen kann.)

AUTOR | Stefan

*Je mehr man dem Menschen gibt,
desto mehr nimmt man ihm.*

Rüdiger Wittmann

Schuljahresbeginn (mit ADHS)

Ein Essay von Hans Biegert

„Aller Anfang ist schwer!!!“ „Aller Anfang ist schwer???“

„Was erwartet uns wohl? Abschreckungs- oder Willkommenspädagogik?“

So stolz wie an jenem Donnerstagabend zur HEBO-Weihnachtsfeier am 22. Dezember 2018 in der Stadthalle Bad Godesberg war Jonathan aus Karlsruhe – und seine Eltern und Großeltern im Übrigen auch – so stolz war er bis dahin noch nie in seinem ganzen Schulleben. Hatte er doch zuvor die Klasse 4 noch gerade „mit Hängen und Würgen“ geschafft und die Lehrer ihm auch wegen seines ADHS mit auf den Weg gegeben: „Hauptschule, allenfalls Gesamtschule“: nun aber, an der HEBO-Schule ein halbes Jahr später keine 4, eine 3 in Deutsch, alles andere 2 und in Sport gar eine 1. Und damit die Auszeichnung mit dem Klassenbesten Zeugnis, auch seiner Mutter Steffi fiel ein Stein von der Seele! O-Ton: „Anfang des Schuljahres hätten wir damit nie gerechnet, obwohl uns Frau Biegert im Einschulungsgespräch entgegen der Grundschule Hoffnungen gemacht hatte, der Übergang auf die HEBO-Schule war unproblematischer als erwartet.“ Dabei war Jonathan alles andere als ein Überflieger in der Grundschule. Die Mutter: „Die Lehrer hatten uns nicht nur wegen seiner ADHS vorgewarnt, Jonathan hatte sich für seine Leistungen nie anstrengen müssen.“ Und als bald daraus gelernt, dass er sich nicht anstrengen braucht, die Quittung für diesen erlernten Müßiggang: zunehmend schlechtere Noten. Und nun: „neue Schule, neue Klassenkameraden, aber kleinere Klassen und vor allem, so Jonathan, „freundlichere Lehrer, und alles was mit Schule zu tun hat wird im Gegensatz zum Schulstress der öffentlichen Schule in der HEBO-Schule und im Internat geleistet.“

Nach der 4. Klasse geht für die meisten Schüler in Deutschland „der Ernst des Lebens“ los: Sie wechseln wie Jonathan von der Grundschule auf die weiterführende Schule. Einzige Ausnahme Berlin und Brandenburg, dort dauert die Grundschule 6 Jahre. Etwa 1/3 der Grundschüler wechselt aufs Gymnasium, 20% gehen auf eine Realschule und 10% (Tendenz fallend) auf die Hauptschule, der Rest, ca. 25%, auf eine Gesamtschule. Egal welche Schulform Kinder im Anschluss an die Grundschule oder

im Laufe ihrer Schullaufbahn besuchen, für einen Großteil bedeutet der Wechsel insbesondere für Kinder mit ADHS einen fulminanten und bedeutsamen Einschnitt, findet er doch sogleich auf 3 Ebenen statt:

1. Der fachlich-kognitiven intellektuellen Ebene, wie also komme ich als Schulkind mit den fachlichen Anforderungen der neuen Schule klar?
2. Der sozialen Ebene im Hinblick auf die Lehrer und Mitschüler, wie nehmen mich die anderen Schüler auf, sind das Mitschüler und Lehrer, mit denen ich klar komme?
3. Und der emotionalen Ebene im Hinblick auf anstehende Bindungs- und Beziehungserfahrung im Hinblick auf Akzeptanz oder Ablehnungserfahrungen

„Das ist eine für alle Kinder in dieser Phase herausragende Entwicklungsstufe, die vergleichbar die Anforderungen eines Stellenwechsels für Erwachsene im Berufsleben erheblich übersteigt“. So bestätigen die Untersuchungen der Psychologin und Erziehungswissenschaftlerin Frau Prof. Dr. Bettina Hannover von der FU Berlin. „Gilt dies schlechthin bereits für alle Schülerinnen und Schüler, so für ADHS-betroffene in ganz besonderer und risikobehafteter Weise; und ein Schulwechsel ist damit eine starke Herausforderung für alle Beteiligten: Eltern, Lehrer und insbesondere die betroffenen Kinder. Und immer ist der Neustart auch noch mit einem Schulortwechsel, Methodenwechsel, Bezugspersonenwechsel und i.d.R. höheren intellektuellen Anforderungen usw. verbunden“.

Eine insbesondere bei ADHS für alle Beteiligten einschneidende tiefgreifende, allumfassende Herausforderung und ein Ereignis, das Kinder tief belasten kann. Geht es doch an dieser wichtigen Schwelle um die Wahrung des folgenden Grundsatzes: „Kinder sind verschieden!“ heißt Kinder bringen auf allen Ebenen Schule, Gleichaltrige, bisherige Lehrer, Familie und Geschwister unterschiedliche Fähigkeiten und Vorerfahrungen mit.

Schule muss nun ihre Verpflichtung auch darin sehen, dafür zu sorgen, dass sie, insbesondere die Kinder mit ADHS, dabei dennoch gleiche Chancen bekommen!“

Es geht nämlich um viel mehr als nur um höhere fachliche Anforderungen in Mathe, Deutsch oder Englisch: Im schlimmsten Fall ist es oft die Regel, dass:

- Bewährte Freunde zurückgelassen werden müssen.
- Das Kind muss die soziale Position in der Gruppe neu erarbeiten, neu erwerben.
- Auf ganzer Breite gewohnte Lehrer sind von heute auf morgen dem Fachlehrer-Prinzip geopfert, die man 1–2 Stunden pro Woche hat und die nach einem halben Jahr immer noch nicht die Namen aller Schüler kennen.
- Lehrer, die sich im schlimmsten Falle nicht auf den Weg machen, den Kontakt zu der bisherigen Schule zu suchen, Vorerfahrungen auszutauschen. Um nur einige wenige Herausforderungen des Schulwechsels zu benennen.

All dies gilt im Übrigen nicht nur beim Grundschul- / Weiterführende-Schule-Übergang sondern, bei jedem auch späteren Schulwechsel schlechthin. Und mancher Schüler wird bis dahin schon die Erfahrung gemacht haben, dass er in Leistungen abrutscht, und mit den neuen Klassenkameraden irgendwie nicht optimal klargekommen ist. (Der

Mangel an positiver Sozialintegrationserfahrung gehört zu den ausgeprägtesten sozial-emotionalen Komorbiditäten bei ADHS). Sie als Eltern und besonders wir als Lehrer der HEBO-Schule müssen daher jetzt, gerade in dieser schulwechselbedingten neuen, verunsichernden kritischen Phase

viel Aufmerksamkeit einbringen, den Blick für die sozialen und emotionalen Anpassungsprozesse wahren, die sich in den nächsten Tagen und Wochen ergeben, dabei taktvoll und ohne Druck und ohne beziehungslose Erwartungshaltung beobachten. Es geht darum, sich mit Empathie wertfrei und ergebnisoffen austauschen, ein Ohr für die Eltern und 2 Ohren für jedes Kind zu haben, d.h.

- Frühe Gespräche in positiver Erwartungshaltung
- Dadurch den Prozess der individuellen pädagogischen Begleitung fürs Kind erfahrbar machen
- Durch Geduld, Akzeptanz, Empathie, einführendes Verstehen
- Durch Bindung und Beziehung zu ihren Kindern im Eltern-Lehrer-Kind-Dreieck der Schule.

Halt alles, was den Prozess des Lernens als positiv erfahrbar macht und machen kann. Dazu gehört aber auch „Warnsignale“ im Ansatz zu erkennen, das kann sein dass ein Kind sich zurückzieht

- Von Anfang an mitzubekommen, wenn ein Kind im Sozialverband der Klasse beginnt isoliert zu sein. Sofort

*Man kann in Kinder nichts hineinprügeln,
aber vieles herausstreicheln.*

Astrid Lindgren

- Mitzubekommen, wenn ein Kind nicht angemessen in der Gruppe integriert ist
- Mitzubekommen, wenn ein Kind spezifische Hilfen und individuelle Unterstützung und Förderung benötigt, anstatt wegzusehen, es so zu sagen auflaufen zu lassen. („Es gibt keine hoffnungslosen „Fälle“, allenfalls hoffnungslose Lehrerinnen und Lehrer“).

Dabei wissen wir sehr wohl, dass derartiges, (aufwändiges) sozial-emotionales Klassenmanagement, für Lehrer von Klassen mit 28-32 Schülern nur mit Mühe und großer pädagogischer Empathie leistbar ist.

Es klingt paradox: Aber gerade Kindern, die an der Grundschule kaum Aufwand betreiben mussten, bekommen bisweilen am Gymnasium schnell Probleme und zum ersten Mal eine 4 oder eine 5 in der Klassenarbeit, weil sie

- Nie gelernt haben, zu lernen
- Oft nicht gelernt haben, negative Erfahrungen konstruktiv zu bewältigen
- Nie gelernt haben, wie man richtig lernt, Probleme, Schwierigkeiten durchzustehen, auszuhalten ohne zu blockieren oder gar zu verweigern.

Besonders ADHS-Kinder sollen in der Schule die Erfahrung machen, dass Sie = zu allererst die Kinder, und nicht der Unterrichtsstoff im Mittelpunkt stehen, gemäß dem Motto „Aufrichten statt unterrichten“

Kinder sollen die Erfahrung machen, dass positives Mitteilen, dass Anstrengung und Fleiß, dass Bemühen und Motivation zu positivem Feedback, zu lobender Bestätigung führen und dies alles nicht als selbstverständlich vorausgesetzt wird. Jeder / jede soll auf der Stufe seines / ihres Könnens wahrgenommen und auch dort abgeholt werden, also „Fördern statt Fordern“

Dann wird aller Anfang nämlich nicht schwer, allerdings gilt: „Auf den Anfang kommt es an! – ganz besonders für Schülerinnen und Schüler mit ADHS!“

AUTOR | Prof. Dr. h.c. Hans Biegert, Schulträger und Gründer der HEBO-Privatschule, Bonn

Quelle intern: „Schuljahresansprache 2019/2020“, Welt am Sonntag, 8/2019

Rückmeldung erbeten an:
Hans.Biegert@hebo-schule.de

Sie fragen – Experten antworten:

Sondergenehmigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln für Grenzgänger?

Frage: Durch unsere örtliche Nähe zur Grenze werde ich als Behandler immer wieder mit Fragen zum Grenzübertritt mit dem als Betäubungsmittel eingestuften Medikament Methylphenidat konfrontiert.

Dabei geht es nicht nur um einzelne Reisen – das Procedere hierzu mit der Bescheinigung nach § 75 des Schengener Durchführungsabkommens kenne ich – es geht mir um die Grenzpendler, die aus beruflichen oder Studien-/Ausbildungsgründen täglich oder wöchentlich über die Grenze fahren.

Kennen Sie einen Weg, wie man diesen Betroffenen den Aufwand und die Kosten einer monatlich neu auszustellenden Bescheinigung inklusive Beglaubigung durch das Gesundheitsamt ersparen kann?

Antwort: Jeder Patient darf die ihm vom Arzt verordneten Betäubungsmittel für die Dauer der Reise als persönlichen Reisebedarf im grenzüberschreitenden Verkehr mitführen. Hierüber ist eine Bescheinigung für das Mitführen von BtM's im Rahmen der ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens vom Arzt ausgefüllt und von der zuständigen Aufsichtsbehörde beglaubigt mitzuführen. Die Gültigkeitsdauer dieser Reisebescheinigung beträgt max. 30 Tage. Eine Sondergenehmigung für Grenzgänger mit einer längeren Gültigkeitsdauer als 30 Tage ist in den betäubungsmittelrechtlichen Regelungen und dem Schengener Übereinkommen leider nicht vorgesehen.

In der Bekanntmachung über das Mitführen von Betäubungsmitteln in die Vertragsparteien des Schengener Abkommens wird als zuständige Stelle zur Klärung auftretender Fragen das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW, Fürstenwall 25 in 40219 Düsseldorf benannt.

Bei weiteren Fragen kann das genannte Ministerium kontaktiert werden.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

Mitgliederversammlung in Würzburg

Berlin, 3. Dezember 2019

Liebe Mitglieder,

hiermit laden wir Sie gem. § 8 der Vereinssatzung ein zur

**ordentlichen Mitgliederversammlung
des ADHS Deutschland e.V.**

**am Samstag, 25. April 2020,
um 16.30 Uhr,**

**im Zentrum für Operative Medizin (ZOM) /
Zentrum für Innere Medizin (ZIM)
Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg**

Tagesordnung:

1. Begrüßung, Feststellung der form- und fristgerechten Einladung und Beschlussfähigkeit
2. Feststellung der Tagesordnung
3. Bericht des Vorstandes und der Geschäftsführung / Geschäftsbericht 2019
4. Bericht der Schatzmeisterin (Jahresabschluss 2019 / Haushaltsplan 2020)
 - 4.1 Bericht der Kassenprüfer
 - 4.2. Genehmigung des Kassenberichtes
5. Entlastung des Vorstandes
6. Wahl des Bundesvorstandes
7. Wahl der Kassenprüfer
8. Satzungsergänzung / gendergerechte Aktualisierung
9. Verschiedenes

Erläuterungen

Zu TO 8. Satzungsergänzung / gendergerechte Aktualisierung

Anlässlich der Kandidatur von Dr. Johannes Streif und Isabell Streif für den geschäftsführenden Vorstand soll die Satzung ergänzt werden, um auch für zukünftige Fälle eine Entscheidung des geschäftsführenden Vorstands durch zwei verwandte oder verschwägte Mitglieder auszuschließen.

Ergänzung des bisherigen § 10
(2) Je zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands vertreten den Verein.

Sollten zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands miteinander verwandt oder verschwägert sein, verheiratet oder in einer eheähnlichen Beziehung leben, ist für den Abschluss von Rechtsgeschäften oder die Abgabe von Willenserklärung die Zustimmung eines dritten Mitglieds des geschäftsführenden Vorstands erforderlich.

Des Weiteren finden Sie noch einmal eine Gegenüberstellung des alten und des neuen § 10 (2) auf Seite 29.

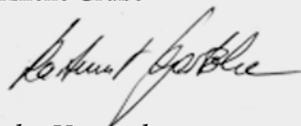
Außerdem wurde der gesamte Satzungstext der heutigen gendergerechten Sprache angepasst. Die gültige Satzung sowie den Entwurf der gegenderten Satzung finden Sie unter <http://adhs-deutschland.de/Home/Ueber-uns/Satzung/Satzung.aspx>

Informationen zum Symposium entnehmen Sie bitte dem dieser Zeitschrift beiliegenden Flyer. Sie können den Flyer auch auf dem Internet herunterladen oder in der Geschäftsstelle anfordern. Bitte beachten Sie den Hinweis im Editorial zum Essen am Samstagabend im Würzburger Hofbräukeller.

Gestalten Sie die Arbeit des Vereins durch Ihre wertvolle aktive Beteiligung und einen lebendigen Gedanken- und Erfahrungsaustausch auch künftig mit.

Wir freuen uns auf schöne Tage in Würzburg!

Herzliche Grüße



Für den Vorstand
Hartmut Gartzke

Gegenüberstellung der Satzungsergänzung § 10 (2)

ALT:

§ 10 Geschäftsbereich des Vorstands

(2) Je zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands vertreten den Verein.

NEU:

§ 10 Geschäftsbereich des Vorstands

(2) Je zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands vertreten den Verein.

Sollten zwei Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands miteinander verwandt oder verschwägert sein, verheiratet oder in einer eheähnlichen Beziehung leben, ist für den Abschluss von Rechtsgeschäften oder die Abgabe von Willenserklärung die Zustimmung eines dritten Mitglieds des geschäftsführenden Vorstands erforderlich.

Kandidatenliste:

Es kandidieren vom bisherigen Vorstand als Geschäftsführender Vorstand:

Erster Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**

Zweiter Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**

Schatzmeisterin: **Isabell Streif**

Schriftführer: **Patrik Boerner**

Beisitzer mit besonderen Aufgaben:

Schulische Angelegenheiten: **Christiane Eich**

Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz**

Kinder und Jugend im Verband: **Kirsten Riedelbauch**

Landesgruppen: **Margit Tütje-Schlicker**

Unterstützung Finanzen: **Karin-Gisela Seegers**

Kinder und Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**

Die Kurzdarstellung der bisherigen Vorstandsmitglieder können Sie auf unserer Internetseite <http://www.adhs-deutschland.de/Home/Ueber-uns/Vorstand.aspx> nachlesen.

Neue Kandidaten für die Wahl zum Beisitzer mit besonderen Aufgaben

Telefon- und E-Mail-Beratung: **Kornelia Boldt**

Unterstützung des Vorstandes: **Angela Fresslé**



Karin-Gisela Seegers tritt nun nach über 30 Jahren im Amt der Schatzmeisterin zurück.

Ihre wertvollen Erfahrungen und ihr Wissen sollen uns aber nicht verloren gehen, deshalb hat sie sich bereit erklärt, sich als Beisitzerin mit dem Aufgabengebiet „Finanzen“ zur Wahl aufstellen zu lassen und ihre Nachfolgerin zu unterstützen.

Nicht wieder zur Wahl aufstellen lassen sich:

Herta Bürschgens, Gerhild Gehrman und Bärbel Sonnenmoser. Wir danken unseren drei Vorstandsmitgliedern für ihre langjährige Unterstützung.

Vorstellung der neuen Vorstandskandidaten



Kornelia Boldt

1954 in Kiel geboren, habe ich mein ganzes Leben – mit Ausnahme der Studienzeit – in Schleswig-Holstein verbracht (ein echtes Nordlicht eben).

Nachdem bei meinem Sohn 1999 ADHS diagnostiziert wurde, bekam ich auf der schwierigen Suche nach Informationen den Tipp, dass es in Elmshorn eine Selbsthilfegruppe gäbe.

So lernte ich Gerhild Gehrman kennen und besuchte ihre Gruppe fortan.

2005 wurde ich Mitglied im AÜK und einige Zeit später übernahm ich dann die Co-Leitung der Elmshorner Gruppe. Seit 2012 bin ich in der Telefon- und E-Mail-Beratung tätig, wo ich mittlerweile zusätzlich zur Beantwortung von Beratungsmails auch die Verteilung der zentral eingegangenen Anfragen an die einzelnen Berater*innen unseres Teams übernommen habe und seit einem Jahr auch die Stellvertretung in der Projektleitung.

Daneben gehöre ich seit 2014 auch zur Landesleitung in Schleswig-Holstein.

Da Gerhild nun – verständlicherweise – etwas kürzertreten und sich aus der Vorstandsarbeit zurückziehen möchte, hat sie mich gefragt, ob ich mich für diese Aufgabe zur Verfügung stellen würde.

Dieses will ich gern tun, weil mir unsere gemeinsame Arbeit für die Beratung sehr am Herzen liegt und ich glaube, dass ich auf Grund meiner praktischen Erfahrung in diesem Bereich, den Vorstand des ADHS Deutschland e.V. gut unterstützen könnte.



Angela Fresslé

Im Jahr 1980 in Heide/Holstein geboren verbrachte ich meine Kindheit in Nordfriesland. Nach einigen Jahren in NRW zog es mich 2008 wieder in den Norden, zumindest ein bisschen näher an meine Heimat. Heute lebe ich, ledig und kinderlos, in der Lüneburger Heide.

Als spät-diagnostizierte Erwachsene profitiere ich seit Anfang 2014 von den Angeboten, Hilfestellungen und der Unterstützung des ADHS Deutschland e.V. Dies, wie auch meine Teilnahme an der Selbsthilfegruppe Hamburg-Mit-

te, haben mir geholfen, mein Leben besser in den Griff zu bekommen.

Seit Mitte 2015 leite ich eine Regionalgruppe in Hamburg und unterstütze seit Ende 2015 den Vorstand und die Geschäftsführung bei diversen organisatorischen Aufgaben und Standarddiensten auf Veranstaltungen und Kongressen. Darüber hinaus bin ich gerne kreativ tätig und habe z.B. die Diffy Kleidung, Magnete und Postkarten entworfen.

Auch wenn ich mich aufgrund meiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen (zusätzlich zu meiner ADHS habe ich auch die Diagnosen Asperger-Syndrom und Multiple Sklerose) bereits in Erwerbsminderungsrente befinde, möchte ich mich, im Rahmen meiner gesundheitlichen Möglichkeiten, weiterhin engagieren und die Arbeit des Verbandes auf Bundesebene, als Teil eines starken Teams, ergänzen und unterstützen.



Isabell Streif

Seit 2015 bin ich im Vorstand des ADHS Deutschland e.V. tätig und unterstütze den Verein seither gerne mit meiner juristischen Fachkenntnis. Nun möchte ich mein Wissen und Können für eine neue Aufgabe zur Verfügung stellen.

Da Karin-Gisela Seegers nach 30 Jahren nicht mehr für das Amt der Schatzmeisterin zur Verfügung steht, bewerbe ich mich um dieses Amt. Sie hat uns bereits zugesagt, dass sie die kommende Schatzmeisterin mit ihrem Wissen und ihrer langjährigen Erfahrung tatkräftig unterstützen wird.

ADHS Deutschland e. V. – Neuwahlen 2020

Eigentlich reine Routine, alle drei Jahre. Doch wenn langjährige Vorstände, die den Verband mitgeprägt haben, nicht mehr zur Wahl stehen, ist das alles andere als Routine.

Hier ein paar Gedanken dazu:

Meine Zeit mit Herta, Gerhild und Bärbel

2020 – es ist wieder soweit – Vorstandswahlen. Vorab wird gefragt, wer wieder kandidieren möchte aus dem Vorstand – und diesmal sagten gleich drei Leute: ich nicht mehr.

Schade, denn die Arbeit mit diesem Vorstand – sowohl mit jedem einzelnen, aber gerade auch in der Gruppe – ist

sehr konstruktiv. Gleichwohl verständlich die Gründe von Herta, Gerhild und Bärbel – bei allen ist es die Gesundheit und das Alter, das sie aufhören lässt.

Ich möchte mich bei jedem der Dreien ganz herzlich dafür bedanken, dass sie über Jahre hinweg als Mitglieder des Vorstandes die Verbandsinteressen gewahrt haben und den Verband zu dem gemacht haben, was er heute ist.

Herta Bürschgens habe ich 2005 als Vorsitzende des BV-AÜK e.V. kennengelernt. Gemeinsam haben wir die Verschmelzung der Verbände vorbereitet und begleitet. Daneben hat sie jahrelang unsere Verbandszeitschrift federführend als Redaktionsleitung herausgegeben sowie unsere Interessen beim Gemeinsamen Bundesausschuss in Berlin und in anderen Gremien vertreten. Herta hatte auf alles „einen Blick“. Daneben hat sie jahrzehntelang die Landesgruppe NRW geleitet sowie ihre drei regionalen Selbsthilfegruppen. Auch wenn Herta offiziell nicht mehr im Bundesvorstand sein wird, bin ich davon überzeugt, dass sie uns im Rahmen ihrer gesundheitlichen Möglichkeiten weiter – wie bisher – auf allen Ebenen der Verbandsarbeit unterstützt.

Gerhild Gehrman ist – ebenso wie Bärbel Sonnenmoser seit 2011 Beisitzerin im Bundesvorstand. Beide sind seit Jahrzehnten in unserem Verband, haben über zwei Jahrzehnte eine Regionalgruppe geleitet. Beide werden uns auch „erhalten“ bleiben, sowohl als Gruppenleiterinnen als auch im Rahmen der Telefon- und Emailberatung.

Herta, Gerhild, Bärbel – Ihr werdet mir in den Vorstandssitzungen fehlen!

Dr. Myriam Bea

Hier noch exemplarisch einige Stimmen aus unserem Verband:

Herta Bürschgens



Die Landesgruppe NRW hat auf ihrer Gruppenleiterschulung 2017 die langjährige Leiterin Herta Bürschgens verabschiedet. Wie so viele von uns ist Frau Bürschgens als Angehörige mit dem Thema ADHS konfrontiert worden. Das war in den 80iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Sie merkte schnell, dass es nur wenige Informationen und noch weniger Verständnis in der deutschen Öffentlichkeit gab. Und sie machte es sich zur Aufgabe, das zu ändern. Sie wurde zunächst Vorstandsmitglied des BV AÜK e.V. und später dessen Vorsitzende, um das Thema ADHS öffentlich zu machen, sowohl in der Gesellschaft als auch

in der Politik. Ihr Motto war immer: „Nur gemeinsam können wir uns Gehör verschaffen.“ Deshalb setzte sie sich für den Zusammenschluss des BV AÜK mit dem BV AH zum ADHS Deutschland e. V. aktiv ein, in dessen Vorstand sie noch bis jetzt als Beisitzerin mitgewirkt hat. Sie gründete Selbsthilfegruppen im Raum Aachen, die sie heute noch leitet, um den Menschen vor Ort zu helfen. Als Leiterin der Landesgruppe NRW brachte sie ihr Wissen und ihr zuverlässiges Engagement über Jahrzehnte ein, bis sie sich Ende 2016 entschloss, die Aufgabe der nächsten Generation zu übergeben. Auf der Gruppenleiterschulung 2017 in Münster haben wir sie als Leiterin der Landesgruppe mit Blumen für ihren Garten verabschiedet. Das ging nicht ohne Tränen auf allen Seiten ab. Es war viel Dankbarkeit und echte Hochachtung für die geleistete Arbeit bei den anwesenden Gruppenleitungen zu spüren. Tröstlich ist der Gedanke, dass Herta auch weiterhin als Vertreterin für die Selbsthilfegruppen im Raum Aachen an den Gruppenleiterschulungen teilnimmt.

Brigitte Wolf

Gerhild Gehrman



Seit 2011 hat Gerhild Gehrman „ihr“ Beraternetz im Vorstand vertreten. Wenn man sich ansieht, was sie davor, während und wahrscheinlich auch noch die kommenden Jahre für den Verband geleistet hat und leisten wird, gönnt man ihr den Abschied – auch wenn der Vorstand sie noch gerne weiter an seiner Seite gehabt hätte.

Eigentlich ist sie 1992 erstmal als einfaches Mitglied eingetreten. Aufgrund ihrer Fähigkeiten, die sie sich im Studium der Erwachsenen- und Familienbildung sowie während ihrer Ausbildung und Tätigkeit in der Telefonseelsorge angeeignet hatte, stand sie ab 1998 als eine der wenigen Telefonberaterinnen – damals noch im AÜK – zur Verfügung. Und hierzu kamen dann zwei liebenswerte Eigenschaften von Gerhild Gehrman: Sie sieht die Not und möchte etwas tun – doch hierbei kein großes Aufheben machen. So wurde 2004 das bundesweite Telefonberatungsnetz unseres Verbandes ins Leben gerufen, wofür sie (mit ihrem Team – das ist ihr immer wichtig!) 2007 den ADHS-Förderpreis erhielt und anschließend auch noch eine Urkunde von startsocial für ein Beratungsstipendium, das unter der Schirmherrschaft der Bundeskanzlerin stand. Sie sah weiteren Handlungsbedarf und es folgte die E-Mail-Beratung, das Junge Beraternetz und schließlich 2018 die Online-Jugend-Selbsthilfe.

So viel soziales Engagement blieb dann auch nicht unentdeckt – so wurde ihr 2015 das Bundesverdienstkreuz verliehen... auch wenn ihr der Rummel um ihre Person überhaupt nicht angenehm war.

Wir sind froh, so einen Menschen in unserem Verband zu haben, wir sind dankbar für jegliche Unterstützung, die wir noch immer erhalten ... und wir sind einsichtig, dass in den kommenden Jahren diese Unterstützung zurückgefahren werden muss, so dass Gerhild Gehrmann nicht immer nur geben – sondern auch mal nehmen darf:

DANK E!

Vera Schüpferling

Bärbel Sonnenmoser



Liebe Bärbel, ich bin ein Fan von Dir. Vor über zehn Jahren lernten wir uns kennen, als ich, etwas verzagt und angeschlagen, die ADHS-Gruppe in Böblingen aufsuchte und herzlich von Dir aufgenommen wurde.

Du leitetest damals die Gruppe. Der Funke sprang über und kurze Zeit später saß ich mit Dir im Boot und bei ADHS-Deutschland e. V.

Du bist ein umtriebiger Mensch, hast Dich nicht nur für ADHS Deutschland engagiert, sondern auch in der Ortspolitik und für das Nichtrauchen eingesetzt. Glücklicherweise bin ich kein Anhänger des Glimmstängels. Denn einem Raucher werden von Dir mit Verve und Entschlossenheit die Leviten gelesen.

Du bist ein fröhlicher Mensch mit einer Menge Humor (auch wenn ich nicht sofort jeden Witz verstanden habe). Und Dein Instinkt, Geld für die Selbsthilfearbeit aufzutreiben, ist so unübertroffen, dass wir uns regelrecht anstrengen mussten, es auch zum Einsatz zu bringen.

Was mir das Herz aber am meisten erwärmt, ist Dein Talent für Freundschaft. „Hat doch jeder“, winkst Du ab. Das ist die Krux mit Talenten. Einem selbst scheinen sie selbstverständlich und gar nicht außergewöhnlich. Aber andere sehen das viel klarer. Also, lass es Dir gefallen und unseren Dank für Deine Arbeit im Vorstand; ich schätze, den anderen dort geht es nicht viel anders als mir. Du hast mehr Fans, als Du denkst.

Wir jedenfalls, Elke und ich, die mit Dir in Böblingen die Fahne für ADHS-Deutschland e. V. hochhalten, freuen uns über Dich, über Dein Dasein, Deine Pffiffigkeit, Deine Freundschaft.

Sei fest umarmt,

Dein Uwe Metz und Deine Elke Kristan



BERICHTE

Kurz- und Kurbericht Kurhaus Baltic, Großenbrode

Dezember 2018, endlich liegen alle Unterlagen und die Zusage der Krankenkasse vor und es gilt eine geeignete Kurklinik zu finden, in der sowohl die erschöpfte Mutter als auch der von ADS betroffene Junior Hilfe bekommen.

Ein an der westlichen Ostsee gelegenes Kurheim wäre sehr passend, da die Region aus vielen Urlauben bekannt ist und so Ziele für die Wochenenden ohne Stress zu finden wären.

Und wirklich, der nächste freie Termin steht schon im Januar zur Verfügung. Doch da hat der Junior keine Ferien. Kurze Nachfrage und das Problem ist geklärt, die Kinder werden vor Ort in kleinen Gruppen unterrichtet und so schnell die Formalien geklärt und dann hieß es bangen und warten.

Bangen, weil es die erste Kur der Mutter ist, die bisher glaubte, das schon irgendwie hinzubekommen. Was passiert dort? Wie wird das Personal sein? Wie die anderen Patienten? Wie werden die Kinder versorgt? Also erst mal einen Ratgeber gekauft und gelesen.

Nun stellte sich eher hoffnungsfrohes Warten ein und zum Termin hat die ganze Familie beim Packen und Beladen des kleinen Autochens geholfen, das die Anreise erleichtern und den Bewegungsradius vor Ort erweitern soll.

Die Anreise über die vielen Kilometer konnte zeitig angetreten werden, so dass mit vielen kleinen Pausen die Strecke gut zu bewältigen war. Gleich an der letzten Ausfahrt der verlängerten A1, bevor man die markante Fehmarn-Sund-Brücke befährt, liegt das kleine Kurheim. Ein Bau aus den 60ern, so wie es viele hier in der Gegend gibt. Ein großzügiges Gelände mit vielen Nebengebäuden breitet sich um das Bettenhaus aus und die Anreisenden dürfen vorbei am Parkplatz direkt ans sonst abgesperrte Gebäude fahren.

Der Check-in ist schnell erledigt und nun gilt es Sack und Pack auf das Zimmer zu tragen. Dann endlich Ruhe. Der Ausblick vom Bettenhaus ist herrlich. Ringsum nur kleine Häuschen und flacher Bewuchs, so dass der Blick

weit über die Kieler-Bucht schweifen kann. Schnell noch mal an den Strand, wo eisiger Wind die beiden empfangt, doch Sandstrand und Seeluft ließen die Last des Tages schnell abfallen. Dann eine Einweisung in die wichtigsten organisatorischen Belange.

Die erste Nacht im neuen Zimmer. Die Einrichtung ist deutlich gealtert, doch technisch intakt.

Am ersten Kurtag versammelten sich alle „Neuen“ im Speisesaal und es wurden die vielen weiteren organisatorischen Themen besprochen, eine Führung gemacht, die Eigenanteile kassiert und der erste Termin beim Kurarzt stand an, bei dem recht individuell Probleme, Ziele und Maßnahmen ermittelt wurden.

Dann der Start ins separat stehende Kinder- und Jugendhaus. Hier traten die emotionalen Probleme unseres Juniors deutlich zu Tage. Der Sprung in Unbekanntes verursachte schon immer Verzweiflung. Erst am zweiten Tag konnte er sich von seiner Mutter lösen und fand Anschluss bei einem etwas verspätet angereisten Kind in seinem Alter, mit dem er beim Spielen versank. Nur sehr langsam baute sich Vertrauen auf und erst am 21. Tag stob er mit den anderen Kindern munter umher.

Die vielen in unterschiedlichem Maße und von vielen verschiedenen Störungen betroffenen Kinder wurden in altershomogenen Gruppen von einem sehr liebevollen und versierten Team betreut. Besonders betroffene Kinder hatten eine Einzelbetreuung.

Die Behandlungstermine der folgenden Tage ließen viel Zeit für Erholung, sorgten aber für eine regelmäßige Taktung. In den vielen Gruppen kamen die Mütter miteinander ins Gespräch und die Zweifel, ob man denn nur selbst unfähig und kraftlos sei, wurden zerstreut.

Das Bild war immer wieder ähnlich. Vor dem ersten, zweiten oder dritten Kind konnten Mütter oder Väter den Alltag meistern, doch das letzte Kind oder die Trennung vom Partner brachten das Fass zum Überlaufen.

In einer Abwärtsspirale nahmen die „Baustellen“ zu und irgendwann war die Grenze des Erträglichen erreicht. Mit mehr oder weniger guter Hilfe konnte irgendwann ein Kurplatz ergattert werden. Auch bei den anderen Eltern schwangen Hoffnung und Bangen in den Erwartungen mit, doch die Auszeit vom Alltag mobilisierte neue Energien.

Das Ende der ersten kurzen Woche nahte. Mit dem Ende der letzten Behandlung am Freitag begann ein langes Wochenende ohne Betreuung. Hier war das „Autochen“ eine echte Hilfe. Der Nahbereich um das Kurheim konnte

schon an den ersten Abenden erkundet werden, so dass nun Ziele etwas entfernt aufgesucht wurden. Zwar war der kalte Wind mit typischem Küstenwetter im Januar nur schwer erträglich, doch konnten viele Ereignisse den Tag mit Leben füllen.

Während des Kuraufenthaltes wurde die Einstellung des Juniors auf ein neues Medikament angesetzt. Das zuvor vom Schulalltag sehr erschöpfte Kind hatte nun trotz der langen Spieltage im Kinder- und Jugendhaus sowie der Ausflüge der Gruppen deutlich mehr Energie und verlangte nach mehr Aufmerksamkeit. Hinzu kamen emotionale Nebenwirkungen, die zu einer deutlichen Zunahme von Affekt und Opposition führten.

Schwer, wenn man ohne den „neutralisierenden“ Partner einer Konfrontation nicht entweichen kann.

Eine Kur beider Elternteile mit individueller Behandlung beider wäre hier sehr schön gewesen, doch aufgrund verschiedener Krankenkassen schwer umsetzbar.

Zum Ende der Kur stand nun das Thema Verlängerung an. Der Antrag an die Kasse sowie ein Widerspruch wurden negativ beschieden. Die Chance hier nun die sich langsam einstellenden Erfolge auch wirklich nutzen zu können, um „Reserven“ zu bekommen, war damit vertan.

Am Ende war für die Mama nur bedingt ein Erholungseffekt zu spüren, doch es wurden viele Themen aufgeworfen, die das Leben verändert haben. Einfach mal nicht alle Dinge wichtig nehmen und sich selbst AKTIVE Auszeiten gönnen, regelmäßige Walkingrunden mit dem Fitness-Tracker, eine etwas bewusstere Ernährung und bei Krankheit auch tatsächlich den Arzt aufsuchen und ein paar Tage zuhause verbringen, ist nur ein Teil der Veränderungen.

Auch wenn das Klinikum nicht explizit den Schwerpunkt ADHS hat, können hier Eltern (Väter und Mütter) doch viel über ein Leben mit „zu wenig Energie“ lernen und so der alltäglichen Ohnmacht mit den „1000-Volt-Kindern“ entspannter begegnen.

Ganz nebenbei ist die Landschaft hier direkt am Strand der westlichen Ostsee traumhaft!

Die legendäre Insel Fehmarn liegt unmittelbar vor der Tür.

Grüße
Euer Stefan

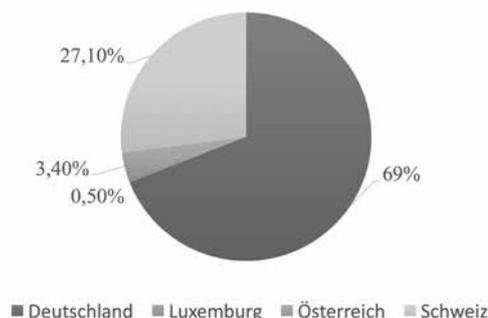
„ADHS grenzenlos“

1. Überregionaler, interdisziplinärer Fachkongress in Lörrach – Was für ein Erfolg!



„... allen, die zum Gelingen des Kongresses beigetragen haben.“

Bei sommerlichem Wetter hatten sich mehr als zweihundert Teilnehmer*innen aus verschiedenen deutschsprachigen Ländern in einem modernen Veranstaltungsgebäude in der Stadt Lörrach eingefunden. Die erhofften Erwartungen der AG ADHS hatten sich damit mehr als erfüllt. Die große Zahl von Teilnehmer*innen aus der Schweiz war Zeichen für die Grenzen überschreitende Zusammenarbeit, z. B. innerhalb der AG ADHS.



Teilnehmer*innen kamen an den drei Kongresstagen aus unterschiedlichen Berufen oder waren in verschiedener Form von ADHS beruflich oder privat betroffen. Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Psychiater, Psychotherapeuten und Allgemeinärzte hatten sich zum Kongress eingefunden.



Die zweitgrößte Gruppe der Teilnehmer*innen waren Eltern, ADHS-Betroffene und Pädagogen. Großen Zuspruch fand der Kongress mit 62,6 % der Teilnehmer*innen bei Mitgliedern von „ADHS Deutschland e. V.“. Die hohe Beteiligung der „Selbsthilfe“ war für den Kongress von großer Bedeutung und Ausdruck der sinnvollen und nützlichen Kooperation mit der AG ADHS e. V., die 16,1 % der Teilnehmer*innen stellte.

Die Auswertung der Evaluationsbögen wie auch die Kommentare in vielen Gesprächen während des Kongresses zeigen eine erfreuliche Bewertung des Kongresses.

Den schlechtesten aller Mittelwerte von 1,86 gab es für die erschwerte Erreichbarkeit des Kongressgebäudes. Dies war vor allem dem öffentlichen Nahverkehr geschuldet. Die Wahl des Ortes Lörrach im Dreiländereck wurde unterschiedlich bewertet; sie entsprach aber dem Kongressmotto „ADHS grenzenlos“.

Die Themen der Vorträge und Seminare, die Wahl der Referenten, die Kongressorganisation und die freundliche Atmosphäre erhielten viel Anerkennung. So liegen die Mittelwerte der Beurteilungen der Seminare für die Themen und Referenten mehrheitlich unter 1,5 – ein erfreulich hoher Beurteilungswert.

Mittelwerte zwischen 1,5 und 2,0 gab es für die Themen „Praktischer Nutzen“, „Präsentation“ und „Verständlichkeit“ bei der Beurteilung für einzelne Seminare und bei der Gesamtbeurteilung des Kongresses. Verschiedene, ergänzende und nützliche Anmerkungen müssen für zukünftige Veranstaltungen beachtet werden.

Die Übersicht der gesamten Evaluation aber ist für die AG ADHS erfreulich. Mit hohen Mittelwerten, mehrheitlich unter 1,5 für den Kongress und die Seminare, kann die AG ADHS mehr als zufrieden sein, auch wenn einzelne Klagen noch analysiert und zukünftig als erkannte Mängel abgestellt werden müssen.

Dieses Ergebnis ist Grund, Danke zu sagen!

Das große Interesse an den Themen und die Diskussionsfreude der Teilnehmer*innen haben wesentlich zu einem guten, kollegialen und produktiven Erfahrungsaustausch in freundlicher Atmosphäre wie auch zur meist praxisorientierten Weiterbildung beigetragen. Die Teilnahme vieler Gäste aus den umliegenden, deutschsprachigen Ländern und der vielen Mitglieder des ADHS-Deutschland e. V. war unerwartet groß und mehr als erfreulich.

Daher: Dank an alle Teilnehmer*innen.

Die Referent*innen haben sich um eine praxisorientierte Präsentation ihrer Themen bemüht. Mit „Leib und Seele“, oft verbunden mit viel Humor, haben sie sich auf die verschiedenen Teilnehmer*innen eingestellt, deren In-



teresse geweckt, fachlich und unterhaltsam für die notwendige Aufmerksamkeit gesorgt. Sie haben alle auf das ihnen übliche Honorar verzichtet.

Daher: Dank an alle Referent*innen für ihr Engagement im Sinne der AG ADHS.

Der Erfolg eines Kongresses wird wesentlich von der Kompetenz und dem Team des Kongressveranstalters mitbestimmt.

Das Team um Frau Eva-Maria Scheweiler-Würzburger von der Firma m:con bewies seine Kompetenz, hatte immer ein offenes Ohr für Fragen und Probleme und war wegen seiner Geduld, Freundlichkeit und kreativen Problemlösungen ein geschätzter Ansprechpartner. Es verwundert nicht, dass der Mittelwert für die Organisation deutlich unter 1,5 liegt.

Daher: Dank an das Team von m:con.

Die Grußworte des Oberbürgermeisters Jörg Lutz, der seine Begeisterung über seine Stadt nicht leugnen konnte, hießen die Teilnehmer*innen willkommen. Mit Interesse verfolgte er danach den wissenschaftlichen wie auch humorvollen Eröffnungsvortrag von Prof. Dr. Braus.

Daher: **Dank an den Oberbürgermeister für sein inhaltliches und zeitliches Engagement.**

Aus der AG ADHS

Der Vorstand der AG ADHS nutzte in seiner Mitgliederversammlung während des Kongresses die Gelegenheit, der Vorsitzenden der AG ADHS Kirsten Stollhoff und ihrer Mitarbeiterin Pirko Brüggmann für ihr großes Engagement über viele Monate für die Vorbereitung des Kongresses zu danken.

Daher: **Dank an Kirsten Stollhoff und Pirko Brüggmann für ihre lange und mühevollen Vorbereitung des Kongresses.**

Bei der Mitgliederversammlung der AG ADHS wurden zusätzlich Klaus-Peter Grosse und Klaus Skrodzki, Mitbegründer und „Urgesteine“ der AG ADHS, für ihr fast zwei Jahrzehnte langes Engagement zugunsten der AG ADHS und aller von ADHS Betroffenen geehrt.

Wie geht's weiter?

Ein oft beim Kongress geäußertes Wunsch war: „Bitte wieder ein Kongress der AG ADHS!“ Ja, gerne.

Aber dazu muss die Mitgliederzahl der AG ADHS nicht weiter sinken, sondern wieder steigen. Denn durch Praxisaufgaben wird die Zahl der ADHS-erfahrenen und engagierten Kinder- und Jugendarztpraxen seit Jahren kleiner.

Sie aber können mithelfen, dies aufzuhalten:

- Sprechen Sie über Ihre Zufriedenheit, die Sie bei der Betreuung von ADHS-Betroffenen und ihren Familien erleben können, weil Sie für deren Zukunft mit Ihrem Rat wichtig sind.
- Werben Sie für die Mitgliedschaft in der AG ADHS bei Ihren Praxisnachfolger*innen oder Ihren Kollegen und Kolleginnen.

Nur mit Ihrer Hilfe wird die AG ADHS auch in Zukunft zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS auf qualitativ hohem Niveau beitragen können. Nur dann kann es ein Wiedersehen in zwei Jahren beim nächsten ADHS-Kongress der AG ADHS geben!

AUTOR | Ulrich Kohns

Uniklinikum Würzburg, das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“



Das Uniklinikum Würzburg hat sich seit Oktober des letzten Jahres auf den Weg zum „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus“ begeben. Unter der Voraussetzung, 8 definierte Qualitätskriterien umzusetzen (siehe nebenstehender Kasten), wird diese Auszeichnung vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung in Berlin verliehen.

In drei Qualitätszirkel-Treffen, deren Teilnehmer sich aus Selbsthilfeaktiven, Mitarbeitern der Selbsthilfekontaktstelle des Aktivbüros der Stadt Würzburg, des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Unterfranken und Mitarbeitern des Uniklinikums zusammensetzten, wurden Ziele und Maßnahmen erarbeitet und in vielen darauf folgenden Schritten in die Umsetzung gebracht.

Am 17.07.2019 kamen die mitwirkenden Selbsthilfe-Vertreter*innen wieder zusammen, um die entwickelten Maßnahmen zu bewerten. Mit großem Erfolg wurden die erarbeiteten Qualitätskriterien sowie der Turnus auf dem Weg zur Auszeichnung bewertet.



Akteure von re nach li: Prof. Dr. med. Georg Ertl, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikum, Silvia Stein, Dr. Renate Fiedler, Julian Wendel – Vertreter der Selbsthilfe, Dr. med. Bodo Warrings, Oberarzt der Psychosomatischen Tagesklinik, Doris Eyrich, Leitung Sozialdienst und Pflegebetreuung

Hier die 8 Qualitätskriterien für das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“

1. Selbstdarstellung wird ermöglicht

Um sich über Selbsthilfe zu informieren, werden Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, deren Gestaltung sich an den Bedürfnissen der Patienten bzw. deren Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen orientiert.

2. Auf Teilnahmemöglichkeit wird hingewiesen

Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden ggf. auf Besuchsdienste oder Sprechzeiten im Krankenhaus aufmerksam gemacht.

3. Die Öffentlichkeitsarbeit wird unterstützt

Selbsthilfegruppen werden in der Öffentlichkeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.

4. Ein Ansprechpartner ist benannt

Das Krankenhaus hat einen Selbsthilfebeauftragten benannt.

5. Der Informations- und Erfahrungsaustausch ist gesichert

Zwischen Selbsthilfegruppen / Selbsthilfeunterstützungsstelle und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt.

6. Zum Thema Selbsthilfe wird qualifiziert

Die Mitarbeiter der Gesundheitseinrichtung sind über das Thema Selbsthilfe allgemein und über die häufigsten in der Einrichtung vorkommenden Erkrankungen fachlich informiert. In die Fort- und Weiterbildung zur Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfeunterstützungsstellen einbezogen.

7. Partizipation der Selbsthilfe wird ermöglicht

Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethik-Kommission u. ä.

8. Kooperation ist verlässlich gestaltet

Ein Festakt im Zentrum für Operative Medizin (ZOM) der Unikliniken Würzburg am 5. Dezember 2019 wird die Kooperationsverträge abrunden.

Hierzu wurde ein Imagefilm gedreht, der unter folgendem Link zu sehen ist: <https://www.ukw.de/patienten-besucher/selbsthilfe/>

AUTORIN | Silvia Stein

2. Landesgruppenleiterin Bayern

Selbsthilfe trifft Psychotherapie



Von links: Marina Mack, Benedikt Guder, Sophie Albert, Silvia Stein, Milena Seidel

Am 28. September fand in Würzburg ein Austausch zwischen Psychotherapeut*innen, Ärzte*innen, Selbsthilferepresentierungen und Selbsthilfekontaktstellen statt. Eingeladen hatte die SeKo Bayern, die Kassenärztliche Vereinigung Bayern, die Psychotherapeutenkammer und der Verband Psychologischer Psychotherapeut*innen.

Hauptthema war die Vernetzung von Selbsthilfe und Psychotherapie: Wie kann man sich ergänzen und besser kooperieren?

Durch eine kleine Umfrage, die im Vorfeld stattgefunden hatte, zeigte sich, dass bisher nur wenige der Behandler die Selbsthilfeangebote nutzen, bzw. darauf hinweisen und hier Informationsbedarf vorhanden ist.

Ich war eingeladen, mit weiteren Vertretern der ADHS-Selbsthilfe das Thema ADHS an einem der Infopoints darzustellen. Weitere Infopoint-Themen waren Soziale Phobie, Alkohol- und Medikamentensucht, Depression/Burn-out, Essstörungen und Transidentität.

Auch an unserem Infopoint hatten wir einen regen Austausch, bei dem wir wiederholt feststellten, dass noch viel Unwissenheit über die Selbsthilfe besteht.

Umso mehr freuten wir uns, dass angeregt wurde, die Selbsthilfe in die Ausbildung der Psychotherapeuten*innen aufzunehmen.

AUTORIN | Silvia Stein

2. Landesgruppenleiterin Bayern

DER LAUF & DER MARKT für seelische Gesundheit 2019

Seelisch gesunder Infostand



Wie in anderen Städten auch findet man in Berlin vielfältige ambulante und stationäre Angebote von psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen und ein aktives Netz von Selbsthilfegruppen.

In diesem Jahr präsentierte sich die Berliner Landesgruppe des ADHS Deutschland e. V. auf der Woche der seelischen Gesundheit wieder mit einem Infostand. Anlässlich des Internationalen Tages der seelischen Gesundheit am 10. Oktober boten auf dem Potsdamer Platz ca. 50 Infostände die Gelegenheit, verschiedene Organisationen und Anbieter von Behandlungsmethoden kennenzulernen. Die Veranstalter wollten dazu beitragen, Berührungspunkte abzubauen und sowohl Betroffene als auch deren Angehörige aus der gesellschaftlichen Isolation zu holen.

Im Rahmen dieses Aktionstages für seelische Gesundheit fand unser Infostand bei den Passanten einiges Interesse. Wer es zuvor noch nicht wusste, konnte in den Gesprächen eine Ahnung von den zahlreichen Begleiterkrankungen der ADHS bekommen. Die ausgelegten Broschüren und Faltblätter regten die Besucher des Infostands zum Fragen an und zum Erzählen von eigenen Erfahrungen mit ADHS. Und wir konnten uns an den benachbarten Ständen über die anderen Organisationen informieren oder am abwechslungsreichen Programm im Veranstaltungszelt schnuppern.

Nach einem heftigen Regenguss fand dann am späten Nachmittag noch der Lauf für seelische Gesundheit und Toleranz statt. Damit sollte eine breitere Öffentlichkeit auf die Probleme von Menschen mit seelischen Erkrankungen aufmerksam gemacht und zugleich gegen deren Ausgrenzung protestiert werden.

Und wie das so ist, wenn man gemeinsam am Infostand steht, lernt man sich auch untereinander ein wenig besser kennen. Als quicklebendiges Grüppchen, das sich die Zeit trotz des durchwachsenen Wetters sowohl mit Heiterkeit als auch mit intensivem Erfahrungsaustausch vertreibt, erzielt man schließlich auch eine gewisse Aufmerksamkeit. So haben wir das Motto des Berliner Infotages „Gemeinsam statt einsam – seelisch gesund zusammenleben“ öffentlich sichtbar umgesetzt.

AUTORIN | Waltraut Steinhäuser

Regionalgruppenleiter*innenfortbildung der LG Niedersachsen/Bremen

in Kooperation mit den Landesgruppen Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein im Lutherheim Springe, in der Zeit vom 13. bis 15. September 2019

Es ist normalerweise so, dass man im Urlaub eine Karte schreibt, sodass ein jeder weiß, wie schön es hier ist, dass das Essen gut schmeckt, die Zimmer schön sind und man eine Menge toller Menschen getroffen hat und das Wetter großartig war.

So würde ich das Wochenende in Springe beschreiben.

Kurz und knapp dürfen wir aber nicht vergessen, warum wir hier waren. Wir waren ja nicht im Urlaub, sondern wegen der Fortbildung hier, obwohl es wie Urlaub war. Es war warm und sonnig.

Und so kamen am Freitag schon die ersten bekannten Gesichter, die sich fröhlich nach einem Jahr wiedertrafen, sich begrüßten und schon zwanglos besprachen, was wir denn abends nach der Fortbildung noch machen wollten?

Nach der ersten Begrüßung durch Margit Tütje-Schlicker bekamen wir schon den ersten Ausblick auf unseren Wochenendplan, unsere Zeiten und Dozenten. Jeder erkannte seine bekannten Gesichter und die neuen Gesichter stellten sich vor. Dann war auch schon Abendbrot und der Abend endete für viele im gemeinsamen Austausch.

Am Samstag ging es dann relativ ruhig weiter, ein jeder ging in seine Fortbildung hinein. Und dieses Jahr waren so viele interessante Ideen dabei, dass ich mir wünsche, ich hätte alle gleichzeitig belegen können. Es gab vier Workshops. Der erste wurde von Dana Wilhelm aus Bad Bramstedt mit dem Titel „Achtsamkeit geht neue Wege“ durchgeführt. Danach folgte der Workshop mit dem Titel „Kartenspiele für ADHSler“ mit dem schon im letzten Jahr gekommenen Karsten Adlung aus Remseck. Es folgten der Workshop „Mit Spaß aus der Rolle fallen“ mit Daniela Hirt und Brit Bartuschka aus Oldenburg sowie der Workshop „Qigong“ mit Gisela Tampe aus Niebüll. Die beiden letztgenannten waren Ganztagsworkshops.

Was nehme ich mit aus diesen beiden Tagen? Sagen wir es mal so: Ich war im Kurs von Dana Wilhelm und lernte dort Achtsamkeit kennen. Der Begriff war mir zwar bekannt, aber so richtig gelernt hatte ich Achtsamkeit noch nicht. Das änderte sich bei Dana. Erstaunt war ich besonders bei der Übung „einen Schokoriegel zu fühlen, zu schmecken und zu riechen“. Ich, die Schokolade verputzt wie nichts, legte den Schokoriegel beiseite und aß ihn tatsächlich erst am Ende auf. Ich war von mir selbst überrascht. Auch war ich eifrig, sogar noch am Abend nach dem Abendessen, eine Übung fortzuführen, das Anfertigen eines Armbandes oder eher gesagt von drei Armbändern, weil ich Gefallen an der Ruhe fand.

Bei Karsten geriet mein eigenes ADHS in Wallung. Die Kartenspiele sind so genial gewesen und wenn man selbst ADHS hat, bemerkt man Fehler oder Strukturen ja nicht so schnell und das Kartenspielen wurde zu einer richtigen



geistigen Herausforderung. Das hat mir so gut gefallen, dass ich definitiv welche für meine Gruppe bestellen werde. Ich war selbst überrascht, wie langsam man sein kann bzw. wie schnell man reagieren muss.

Über die anderen beiden Workshops kann ich nur Positives berichten, da sich alle zustimmend geäußert haben. So wurde der Qigong Workshop als äußerst angenehm beschrieben, da man körperlich gefordert war. Den Workshop „Mit Spaß aus der Rolle fallen“ verbinde ich beim Feedback mit viel Humor und Witz sowie vielen Übungen für daheim. Die Unterlagen sind auch per E-Mail nachträglich an alle weiterverschickt worden. Vielen Dank dafür an Daniela Hirt und Brit Bartuschka.

Kommen wir wieder nächstes Jahr? Ja. Ich freue mich wieder auf alle Gesichter und hoffe auf weitere Jahre mit schönen Workshops und hoffe noch auf mehr Kontakte und Austausch.

Mit den besten Grüßen aus Berlin Tempelhof sende ich schöne Grüße an alle TeilnehmerInnen!

AUTORIN | Anke Brandt, M.Ed.

Stellvertretende Gruppenleiterin der Selbsthilfegruppe „AD(H)S für Erwachsene“ in Berlin Tempelhof



Speakers' Corner – Offener AD(H)S-Tag Hessen

2019 fand zum ersten Mal ein offener AD(H)S-Tag im Freizeitpark Steinau an der Straße statt. Die Resonanz war sehr gut. Nach dem Motto der Briten - wir treffen uns einfach und reden. Dabei ist es egal, ob man betroffen ist, sich informieren möchte, noch nie etwas von AD(H)S gehört hat oder als Therapeut*in oder Behandler*in in den Austausch gehen möchte. Schwellenangst und Zurückhaltung ist unbegründet, es gibt genügend Raum für Einzelgespräche und Diskussionen in Gemeinsamkeit. Jede Altersstufe ist willkommen, Erfahrungen mitzuteilen, Anregungen weiterzugeben, Wünsche zu äußern. Letztendlich steht AD(H)S auch für Spontaneität, Ideenreichtum, Flexibilität. So passen wir uns dem Diagnosebild an. Man muss nicht alles planen, oft entstehen gute Ansätze aus der Bereitstellung von Möglichkeiten; man muss nur Plätze und Raum dafür schaffen.

Der Park bot gleichzeitig Zeit für Spaziergänge und Spiel für die Jüngeren. Spielgeräte, Fahrgeschäfte, Streichelzoo. Eine Möglichkeit auch Familien einzubeziehen, in Ruhe Austausch zu pflegen, Beratung einzuholen. Einige Fachleute fanden den Weg, Weiterentwicklung des Netzwerkes fand statt. Innerhalb der Selbsthilfekontaktstelle Schwalm-Eder beteiligten sich unterschiedliche Gruppen, weitere Zusammenarbeit ist geplant. Denn in jeder Selbsthilfegruppe gibt es Überschneidungen und Verknüpfungen zu unterschiedlichen Themen.

In ungezwungener Atmosphäre wurde erzählt, gegrillt, Kuchen mitgebracht und zur Verfügung gestellt. Gemeinsame Planung zu Projekten 2020 wurde erstellt, neue



Freundschaften geschlossen. Der Tag endete gegen 18 Uhr. Der harte Kern LG Hessen war noch mit Abbauen beschäftigt. Nach gelungener Veranstaltung machte auch das im kleinen Kreis Spaß. Schnell war der große Bollerwagen wieder gepackt. Aufgrund der hohen Nachfrage haben wir Speakers' Corner Steinau bereits für 2020 geplant. Wir hoffen dann wieder auf zahlreiches Erscheinen und nehmen gerne Anregungen in die Planung mit hinein.

Und machen wir es wie die Briten - unser eigenes Improvisationstheater - schauen wir, was jeder mit einbringt und gestalten wir Gemeinschaft.

Natürlich verwenden wir keine drei Jahre für Entscheidungen, deshalb ist der nächste Speakers' Corner Steinau voraussichtlich am 22. August 2020, nähere Infos folgen.

AUTOREN | Astrid Bojko-Mühr, Jürgen Schaack
Landesgruppe Hessen



Schloss-Seminar Bad Zwesten

Im September 2019 war es wieder soweit. Das Schloss Bad Zwesten öffnet die Pforten mit großzügiger Gastlichkeit für Wissenshungrige aus Hessen, eigentlich „nur“ eine Fortbildung für Gruppenleiter. Inzwischen wird das Programm in Vielfalt und Anspruch geschätzt. So konnten wir nicht nur viele Interessenten begrüßen, sondern auch sehr gute Referenten, die gut vorbereitet spezielle, hilfreiche Themen präsentierten. Wie schon im letzten Jahr wurde auf alle unsere Wünsche von Seiten der Hotelführung eingegangen. Ein großes Lob und Danke an dieser Stelle an alle Beteiligten, an Familie Wiesner, Herrn Eichhorn und Mathias Mühr, die die lernende „Gesellschaft“ mit Speisen und Getränken versorgten; und ein Dankeschön an unsre Referenten für gute Vorbereitung der Workshops, AD(H)S angepasstes Tempo und Freiraum für Fragen.

Bereits am Freitag begann die Veranstaltung mit Einzelgesprächen und Themen rund um AD(H)S und Planung innerhalb von Hessen. Nach dem Frühstück am Samstag starteten wir morgens mit einem Workshop Zürcher Ressourcenmodell. Als Referentin konnte ich Frau Karin Muhm-Dietz gewinnen, Dipl. Sozialpädagogin und Dipl. Supervisorin. In anschaulicher Weise wurden Theorie und Praxis miteinander verbunden. Ein ausführliches Handout



stand zur Verfügung, um zuhause noch einmal nachlesen zu können. Eine genussvolle Selbstmanagement-Methode, die auf die Überquerung des Flusses Rubikon durch Caesar zurückgeht. Letztendlich muss man den ersten Schritt tun, um Veränderung herbeizuführen. Und dieser erste Schritt unterliegt nicht nur der eigenen Überlegung, sondern auch der eigenen Entscheidung. Das Zürcher Ressourcen Modell versucht hier selbstbestimmt

mit Kopf und Bauch einvernehmlich, im Sinne der Ziele, Wege aufzuzeigen und zu gehen. Nach der Erfassung von gut erklärter Theorie ging es zur praktischen Übung. In mehreren Schritten wurden persönlich ansprechende Bilder ausgesucht, Brainstorming betrieben, untereinander Ideen ausgetauscht. (Rubikon-Prozess, Somatische Marker, Handlungswirksame Ziele, Methodische Besonderheiten, Theorie-Information, Ressourcenaktivierung, Meditative Elemente, Ideenkorb). Alle Schritte und Inhalte wurden gut vermittelt, trotzdem brauchte es Motivation und Mitdenken. Damit jeder seine erarbeiteten Unterlagen und Bilder mitnehmen konnte, standen ein Farbkopierer und ein Foliengerät zur Verfügung. Nun muss man zugehen, dass in der Erarbeitung Fragen aufkamen und auch manche Bedenken zu gewonnenen Erkenntnissen. Frau Muhm-Dietz nahm sich hier entsprechend Zeit für Einzelgespräche, weitere Vorgehensweisen und Mitgaben von Erfahrungswerten.

Der Workshop war ganztägig und wurde nur durch ein reichhaltiges Mittagessen und eine Pause im Schlosspark unterbrochen. Am Abend gab es BBQ und Countrymusik zur Entspannung und Bewegung. Herr Schaack sorgte zusätzlich für Unterhaltung mit dem Akkordeon. So wurde es mal wieder spät, bis die Geisterstunde eingeläutet wurde.





Am Sonntag früh ging es weiter mit Improvisationstheater. Nach einem zufälligen Treffen auf dem Fachtag Frühförderung Hessen in Marburg mit dem Team des Fast Forward Theatre konnte ich ziemlich schnell Herrn Tom Gerritz überzeugen, einen Sonntag bei uns zu verbringen. Improvisationstheater bringt nicht nur eine Bühne als Plattform von Gestaltung mit, sondern bietet Möglichkeiten Selbst- und Fremdwahrnehmung zu schulen, Körpersprache, Gestik und Mimik zu lesen und im Spiegel des Schlosssaales eigenes Auftreten zu prüfen. In lockeren Rollenspielen und Präsentationsvarianten wurde probiert und geübt, reflektiert und verändert. Dabei wurde der eine gewissenhafter, der andere mutiger. Der Workshop erklärte theoretische Ansätze, körpersprachliche Fähigkeiten wurden aktiviert, Embodiment beschrieben, Empowerment praktiziert. Was wollte ich zeigen, was habe ich gezeigt? Was habe ich gesehen, was glaubte ich gesehen zu haben? Kleine motorisch anspruchsvolle Gruppenübungen zwischendurch sorgten für neue Konzentration. Während und nach dem Mittagessen gab es noch Gespräche; im Garten entstand die eine oder andere Plauderrunde. Am Nachmittag war der offizielle Teil zu Ende. Das nächste Schloss-Seminar findet Ende September 2020 statt. Die ersten Anfragen an Referenten haben bereits stattgefunden

AUTOREN | Astrid Bojko-Mühr, Jürgen Schaack
Landesgruppe Hessen

Erlebnis Natur – Tierbegleitete Interventionen

Am 26. Oktober trafen sich alle Interessierten auf dem Alpaka- und Lama-Hof bei Gerhard Ringk in Knüllwald Berndshausen. Unter dem Motto Erlebnis-, Natur-, Tierbegleitete Pädagogik waren alle aufgerufen, die sich über entsprechende Angebote informieren wollten oder selbst in unterschiedlichen Bereichen arbeiten. Der Herbst hatte ein Einsehen und schickte einen tollen Sonnentag. Ca. 30 Teilnehmer fanden sich ein, um ihre Arbeit vorzustellen, Informationen auszutauschen oder sich einfach nur Einblicke in die Arbeit zu holen. Kinder- und Jugendliche konnten erste Kontakte zu Lamas und Alpakas knüpfen; Erwachsene packte die Faszination einmal ein Tier zu führen. Mathias Mühr sorgte „mal wieder“ für angemessene Verpflegung für die Jahreszeit. So gab es Würstchen, Suppe und vieles mehr.

Ca. 20 Tiere leben auf dem Hof. Die fachliche Vorstellung der Arbeit mit den Tieren durch Gerhard Ringk zeigte, dass man nicht einfach mal zwei Alpakas kauft und Therapie anbietet. Zum einen sind die Neuweltkamele nicht nur freundlich, sondern auch anspruchsvoll und zum anderen bedarf es einer Menge Erfahrung, der Tierart entsprechend Haltung und Training zu gewährleisten. Hinzu kommt, wie bei allen tiergestützten Interventionen, dass die Rücksicht auf die Befindlichkeiten der Tiere einen großen Teil guter Therapie ausmacht. So wurde gleichwohl auch aus der Reittherapie berichtet und aus der Arbeit mit Hunden. Hier war ein Spektrum vertreten vom „Schulhund“ bis zum Einsatz in der Jugendhilfe und im Trauma-Bereich. Auch eine Ziege war auf dem Hof vertreten und die Haltung von Schafen wurde zum Thema. Ingeborg Trümmer stellte zum Thema „Vom Schafehüten bis zur fertigen Wolle“ die Herstellung von Schafwolle und Alpaka- wolle vor. Hier konnten die Kinder zuschauen wie Wolle entsteht und selbst experimentieren. Viele nahmen sich die selbst geschaffene Wolle mit nach Hause: Erlebnispädagogik – schauen, greifen, handeln.

Schulhund „Yoda“ hatte sich eingeschlichen, fast unbemerkt, denn Schulhunde sind einfach nur da (vorausgesetzt Hund und Frauchen sind, wie hier, ein gutes Team). Betreffend Therapiebegleithundetraining wird es nächstes Jahr einen extra Termin geben.

Unterschiedliche Ausbildungsmöglichkeiten zu den



einzelnen Bereichen wurden vorgestellt, Erfahrungen ausgetauscht und natürlich für nächstes Jahr geplant. Im Vordergrund stand der Aufbau einer Fachgruppe mit entsprechendem Netzwerk: dies für gegenseitige Information, aber auch gegenseitige Hilfen und eventuell gemeinsame Projekte. Über Ferienaktivität und Zeltlager wurde sinniert und es wurden erste Ideen gesammelt.

Aber zurück zu den Hauptpersonen des Tages, den Alpakas und Lamas. Natürlich gab es nicht nur eine Einweisung in Haltung, Fütterung und Pflege. Als erstes wurden die Tiere von der Wiese geholt, Halfter wurden verteilt, aufgezäumt. Dann ging es los zur Wanderung durch die sanften Hänge des Knüll-Gebirges und entlang der Dorfstraße, wo die Tiere mittlerweile zum Dorfbild gehören. Unterwegs gab es Rast am Wegrand mit Getränkepause und Imbiss. Wie es sich gehört, wurde die Verpflegung mit Packsattel auf einem der Lamas transportiert. Und der Knüll bietet eine Besonderheit: Am Wegesrain wachsen tatsächlich Schoko-Bon-Bäume zur Begeisterung der Kinder. Natürlich war das Pflücken nicht so einfach, denn man musste gleichzeitig sein Alpaka festhalten. Zum Glück sind die Tiere gut erzogen, denn an anderen Tagen besu-

chen sie Schulen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe. Nach der Tour wurden die Tiere unter Anleitung versorgt. Mancher Teilnehmer wagte mit seinem Tier noch den Geschicklichkeitsparcours mit Flutterband und Slalom.

So ging auch dieser Tag zu Ende mit vielen Planungen für das nächste Jahr, denn von vielen begeisterten Tierfreunden abgesehen, bietet Nordhessen eine wunderbare Landschaft zum Wandern, Zelten, Waldbaden oder was auch immer Liebhaber findet.

AUTORIN | Astrid Bojko-Mühr
Landesgruppe Hessen

Jahresbericht des AD(H)S Gesprächs- kreises Sassenburg 2018

Zum Januar-Treffen am 8. d. M. kam nur eine Mutter, die es lange Zeit nicht geschafft hatte, zu den Treffen zu kommen. So unterhielten wir uns, wie es ihr und ihrem betroffenen Sohn inzwischen ergangen war. Unser Gesprächsabend endete demzufolge auch früher als gewöhnlich.

Zur Erwachsenenengruppe, am 18. Januar, kamen wegen der vorherigen Sturmwarnung für den Abend auch nur 4 Teilnehmer*innen zusammen. In dieser kleinen Runde hatten wir dann aber einen intensiven Austausch. Außerdem haben wir die Gelegenheit genutzt und eine Gesprächssituation gespielt, per Smartphone aufgenommen und anschließend analysiert. Das war für alle eine neue Erfahrung.

Das Treffen der Elterngruppe, am 5. Februar, fand im eher kleinen Kreis statt. Wie fast jedes Mal, ging es auch an diesem Abend wieder um das Thema Schule, aber auch um unterstützende Maßnahmen, wie z. B. im Rahmen einer Ergotherapie. Auch da gibt es die unterschiedlichsten Erfahrungen.

Der Gesprächsabend der Erwachsenenengruppe, am 15. Februar, wurde wieder wie gewohnt angenommen. Eigentlich war geplant, das beim letzten Treffen aufgenommene Video noch mal mit allen Anwesenden zu besprechen, doch eine der Gefilmten fehlte an diesem Abend und so haben wir darauf verzichtet.

In der Zeit vom 20. bis 24. Februar habe ich in meiner Funktion als Landesgruppenleiterin für Niedersachsen und Bremen zusammen mit anderen erfahrenen Gruppenleiter*innen unseren Bundesverband auf der didacta in Hannover vertreten. Wie in den Jahren zuvor (2009, 2012 und 2015) war es eine interessante Erfahrung. Wieder einmal wurde mir klar, wie wichtig es ist, unseren ADHS Deutschland e. V. in diesem Rahmen zu präsentieren.

Am 5. März kam eine Frau aus dem Celler Raum zur Elterngruppe. Ganz neu war ihr die Selbsthilfe nicht und so lauschten wir ihren Erfahrungen und erfuhren von ihren derzeitigen Schwierigkeiten mit der ADHS-Problematik

des bereits älteren Kindes.

Zum Treffen der Erwachsenenengruppe, am 15. März, kam ein Teilnehmer, den wir sehr lange nicht gesehen hatten. Er berichtete von seinen Erlebnissen der letzten Monate und davon, dass er auch wegen weiterer gesundheitlicher Probleme nicht mehr zur Gruppe gekommen sei. Das würde sich sicherlich auch künftig nicht ändern. Darüber hinaus war ein Mann zum ersten Mal zum Gesprächsabend gekommen, der quasi von seiner Frau „geschickt“ worden war. Er war sehr interessiert an den Erzählungen der Anwesenden und konnte sich in vielem erkennen.

Die Neue vom März-Treffen war auch beim Gesprächsabend der Elterngruppe am 9. April wieder dabei. Wir waren sehr interessiert an dem, was sie uns aus ihren früheren Selbsthilfe-Erfahrungen berichtete. Von den anderen Teilnehmerinnen gab es noch Berichte aus dem Schulalltag sowie aus den kurz vorher zu Ende gegangenen Osterferien.

Die Erwachsenenengruppe kam am 19. April zusammen. Wir waren wieder eine bunte Mischung mit entsprechenden Gesprächsthemen. Der Neue vom März-Treffen war ebenso darunter wie ein eher sporadischer Teilnehmer unserer Gesprächsabende.

Am Wochenende vom 20. bis 22. April fuhren wir mit einigen Gruppenteilnehmer*innen zur Mitgliederversammlung unseres Bundesverbandes nach Königswinter. Die Veranstaltung beinhaltete außerdem ein Symposium sowie eine Gruppenleiter*innen-Fortbildung, bestehend aus verschiedenen Workshops.

Am Samstag, dem 5. Mai, präsentierten wir unsere Gruppe beim Oldtimer-Treffen in Neuhaus. Der Organisator der wiederkehrenden Veranstaltung hatte uns eine Spende in Aussicht gestellt. Tatsächlich kamen in diesem ungewöhnlichen Rahmen auch ein paar Gespräche zustande. Und am Ende des Tages konnten wir uns über einen Spendenbetrag von mehr als 1.200 Euro freuen, den wir für einen besonderen Anlass nutzen wollen.

Beim Treffen der Elterngruppe, am 7. Mai, konnten wir von unseren Erlebnissen beim Fortbildungswochenende und bei der Mitgliederversammlung berichten. Außerdem gab es in der kleinen Runde gute Gelegenheit zum intensiven Austausch.

Wohl wegen der verhältnismäßig vielen Feiertage im Mai, war auch das Treffen der Erwachsenenengruppe, am 17. Mai, eher ungewöhnlich mager besucht. Allerdings stellen wir immer wieder fest, dass das für manche unserer Teil-

nehmer*innen eine gute Gelegenheit ist, sich stärker zu Wort zu melden.

Am 30. Mai fuhr ich zum Vernetzungstreffen der RG Hankensbüttel, das unter dem Motto „Kurze Wege – schnelle Hilfe“ stand.

Das Treffen der Elterngruppe, am 4. Juni, fand wieder mal im kleineren Kreis statt. In diesem Jahr fehlte immer jemand aus der sonstigen „Stammbesetzung“. Vermutlich tat auch das schöne Wetter sein Übriges. Gesprächsstoff zu ADHS gibt es aber immer ausreichend und so laufen unsere Gruppenabende weiter.

Zum Gesprächsabend der Erwachsenengruppe, am 21. Juni, kamen dann aber überraschend viele. „Der Neue“ vom März brachte diesmal seine Frau mit, die sich interessiert an den Gesprächen beteiligte. An diesem Abend war auch eine weitere Betroffene neu zu uns in die Gruppe gekommen. Der Jüngste in der Runde erzählte von einer bevorstehenden Dienstreise nach Mexiko und fragte, wie das mit den verordneten Medikamenten zu regeln ist. Nachdem wir versuchten, alle Fragen zu beantworten und den mitgebrachten Anliegen gerecht zu werden, verabschiedeten wir uns am Ende des Treffens in die Sommerpause.

Zum Gesprächsabend der Elterngruppe, am 6. August, kam nur eine Teilnehmerin, mit der ich dann draußen ihr dringendes Anliegen besprach. Es war sehr heiß an diesem Abend und wir hätten das Obergeschoß des Hauses Zum Guten Hirten nutzen müssen. Deshalb entschieden wir uns für die angenehmere Variante draußen.

Im Gegensatz zur Elterngruppe wurde der Gesprächsabend der Erwachsenengruppe, am 23. August, wieder sehr gut angenommen. Diesmal waren gleich zwei Neue dabei. Klar, dass wir den beiden einen großen Gesprächsraum gegeben haben. Einer der beiden war völlig überrascht von der Diagnose und machte seinen Eltern Vorwürfe, dass sie seine ADHS nicht früher erkannt hätten. Der andere war als Vater eines betroffenen Sohnes da, den er seit einiger Zeit in vielen alltäglichen Aufgaben unterstützte und dem anderen die Elternsicht näherbringen konnte. Selbstverständlich konnten auch die anderen Anwesenden zu den Gesprächen der beiden beitragen.

Am 3. September ging es mit dem Treffen der Elterngruppe weiter. Dazu war ein Elternpaar gekommen, das Tipps sich für den Umgang mit dem zum Teil aggressiven Verhalten ihres Sohnes erhoffte. Wir diskutierten das Thema, das auch andere Teilnehmer*innen kennen, in unserer Runde und tauschten Erfahrungen dazu aus.

Am Freitag, dem 14. September, hatten wir wieder einmal Prof. Dr. h. c. Hans Biegert, ehemaliger Schulleiter der HEBO-Privatschule Bonn-Bad Godesberg, bei uns als Referenten zu Gast. Sein Thema „ADHS und Schule – Herausforderndem Verhalten wirksam begegnen“. Zum Vortrag von Prof. Biegert kamen etwa 100 Personen ins Morada Hotel Isetal, darunter auch einige Lehrer*Innen. Herr Biegert schilderte sehr eindringlich, wie es in einer Schule während des Unterrichts aussehen kann, wenn Schüler*Innen herausforderndes Verhalten zeigen. Im Laufe seiner Ausführungen zeigte er aber auch, wie eine gute Lehrer-Schüler-Beziehung gelingen kann.

In der Woche darauf, am 20. September, fand das Treffen der Erwachsenengruppe statt. Diesmal war wieder jemand Neues dabei, der von seinen Symptomen und den Rückmeldungen seiner Frau dazu berichtete. Auch eine potenzielle neue Gruppenleiterin gesellte sich zu uns, um sich den Ablauf in unserer Gruppe einmal anzuschauen. Der jüngste Teilnehmer unserer Gruppentreffen erzählte von seinen Erlebnissen während seiner Dienstreise nach Mexiko und von seinen Sorgen hinsichtlich der bevorstehenden Abschlussprüfung. So hatten wir sehr verschiedene Themen zu bearbeiten, denen wir uns mehr oder weniger intensiv widmeten.

Am folgenden Wochenende, vom 21. bis 23. September, stand die Regionalgruppenleiter*innen-Fortbildung in Springe auf dem Programm. Für die Angereisten wurden folgende Workshops angeboten: Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) mit Dana Wilhelm, Bad Bramstedt, Ergotherapie bei

ADHS mit Kathrin Rösner, Gifhorn und Kartenspiele für ADHS-Betroffene mit Karsten Adlung, Remseck. Der angekündigte Workshop zu Qigong mit Gisela Tampe, Niebüll, musste wegen Erkrankung der Referentin ausfallen. Darüber hinaus gab es während der Mahlzeiten und am Abend viele Gelegenheiten zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Am Sonntagvormittag wurden Arbeitsgruppen zu aktuellen Themen gebildet. Vor dem gemeinsamen Mittagessen und der anschließenden Verabschiedung gab es dann noch eine gemeinsame Feedbackrunde.

Das nächste Treffen der Elterngruppe verlegten wir wegen der bevorstehenden Herbstferien auf den 24. September, eine Woche vor dem ursprünglichen Termin. Wir trafen uns auch an diesem Abend wieder in sehr kleiner Runde. Bei unseren Gesprächen ging es um die ersten Schulwochen und die Erlebnisse der betroffenen Kinder in den z. T. neuen Schulen. Für viele ADHS-Kinder ist der Wechsel eine Chance, sich neu zu orientieren.

Beim Treffen der Erwachsenengruppe, am 18. Oktober, überwogen die männlichen Betroffenen. Einer der neueren Teilnehmer berichtete davon, dass nun auch bei seiner Frau der Verdacht auf ADHS im Raum stand. „Unser Jüngster“ erzählte wieder von seinen Sorgen wegen der bevorstehenden Prüfung, die wir ihm auch nicht nehmen konnten. Ein eher zurückhaltender Teilnehmer war mit seinem Nachbarn aneinandergeraten und fühlte sich nun in seiner Wohnung nicht mehr so sicher. Manchmal hilft schon das Erzählen der Schwierigkeiten, das Loswerden. Meistens diskutieren wir die eingebrachten Fragen oder Problemsituationen in der Runde. Fast immer tut das „Beleuchten“ allen gut.

Am 3. November, einem Samstag, trafen sich Teilnehmer*innen aus beiden Gruppen zum gegenseitigen Kennenlernen und zum Essen. Dank der großzügigen Spende vom Oldtimer-Treffen im Mai mussten wir nicht in die privaten Taschen greifen.

Als besonderen Gast hatten wir dazu Frau Dr. Ingrid Just aus Wolfsburg mit ihrer Tochter Karin eingeladen. Leider mussten beide kurzfristig aus persönlichen Gründen absagen. Ingrid Just ist in unserer Region eine Pionierin der ADHS-Behandlung bei Erwachsenen und eine Verfechterin der Selbsthilfearbeit.

Die Initiative Quadkinder hatte bereits Anfang des Jahres den Wunsch geäußert, etwas für die Kinder unserer Gruppe zu tun. An diesem Tag war es soweit. Die Fahrer*innen der „Quadkinder östliches Niedersachsen“ waren mit acht Fahrzeugen angereist und animierten die Kinder und auch die Erwachsenen zu kleinen Rundtouren, die gerne angenommen wurden. Das alles boten sie für Getränke und einen Imbiss, so steht es in ihren Statuten. So hatten wir einen schönen gemeinsamen Nachmittag bei strahlendem Sonnenschein.

Der Montag darauf, der 5. November, war wieder der Elterngruppe gewidmet. Dazu war ein Elternpaar gekommen, das von sehr großen Problemen mit dem ADHS-betroffenen Sohn berichtete. In dieser Situation war es gut, dass wir wieder eine kleine Runde waren. So konnten wir uns den beiden intensiv widmen. Insbesondere dem Vater ging unser Gespräch sehr nahe. Wir haben beiden zunächst zugehört und konnten ihnen lediglich wenige Empfehlungen für das weitere Vorgehen geben.

Zum Gesprächsabend der Erwachsenengruppe, am 22. November, kamen zwei Teilnehmer*innen ganz neu in die Gruppe, eine andere war nach längerer Pause wieder einmal dabei. Von ihr erfuhren wir, wie es ihr in der Zwischenzeit ergangen war. Wie jedes Mal bekamen die Neuen eine längere Redezeit zugestanden. Und wieder einmal ging es auch um die Versagensängste unseres jüngsten Teil-

nehmers hinsichtlich seiner Abschlussprüfung. Er scheint nicht zu realisieren, dass er sich im Kreise dreht und wir können es ihm anscheinend nicht vermitteln.

Der Dezember-Gesprächsabend der Elterngruppe, am 3. des Monats, fand wieder in vorweihnachtlicher Atmosphäre statt. Auch an diesem Abend ging es bei den anwesenden Müttern um das Thema „ADHS in der Schule“, nach wie vor das Thema Nummer eins in dieser Gruppe.

Am 20. Dezember begannen wir unseren Gesprächsabend der Erwachsenengruppe in entspannter vorweihnachtlicher Stimmung. Das Thema „ADHS und Partnerschaft“ fesselte uns alle so sehr, dass sich die Blitzlicht-Runde durch den ganzen Abend zog. Auch wenn wir mitunter herzlich lachten, waren doch einige vom Thema merklich ergriffen. Gerade das ist aber notwendig, um sich problematische Situationen bewusst zu machen und Änderungen herbeizuführen.

Darüber hinaus leite ich die seit Dezember 2017 bestehende Online-Selbsthilfegruppe mit monatlichen Treffen für Menschen, die keine Selbsthilfegruppe vor Ort haben bzw. die regionale Gruppe aus unterschiedlichen Gründen nicht aufsuchen können.

Die Idee, eine zusätzliche Online-Gruppe für Jugendliche und junge Erwachsene anzubieten, ist inzwischen ebenfalls umgesetzt. Ich begleite diese als Vertreterin des Bundesverbandes. Die Leitung haben zwei junge Erwachsene übernommen. Noch läuft diese Gruppe zaghaf, sie muss sich ebenso etablieren wie die länger bestehende.

Über die regulären Gruppentreffen hinaus nahm ich als Gruppenleiterin an verschiedenen Gesamttreffen der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Wolfsburg sowie der AWO-Selbsthilfekontaktstelle Gifhorn teil.

Die Sitzungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Arbeitskreises im Sozialpädiatrischen Verbund des Landkreises Gifhorn nahm ich ebenso wahr wie die Zusammenkünfte des ADHS-Forums und –Qualitätszirkels Hannover.

AUTORIN | Margit Tütje-Schlicker



MEDIENREZENSIONEN

Alexander Geist Konzentration und ADHS

C. Bühler-Rösch (StRin FS, Qualifizierte Beratungslehrkraft)



Das Buch „Konzentration und ADHS“ ist eine Sonderausgabe des Handbuchs für Schulberatung, einem bewährten und regelmäßig aktualisierten Nachschlagewerk und Praxisbegleiter für Beratungsfachkräfte aller Schularten.

Der Autor Alexander Geist arbeitet seit 30 Jahren als Schulpsychologe und Gymnasiallehrer und ist daher mit der Beratung und dem Unterricht im schulischen Setting sehr vertraut. Auf über 200 Seiten gibt der Verfasser einen Überblick über die aktuelle Forschungslage zum Thema Konzentration, Konzentrationsstörung und AD(H)S. Er referiert über sämtliche Einflussfaktoren auf Aufmerksamkeit und Konzentration und stellt die professionelle fachärztliche (Differential-)Diagnostik ausführlich dar. Im 4. und letzten Kapitel befasst sich A. Geist mit den vielfältigen Interventionsmöglichkeiten und deren Wirksamkeit.

Der Autor erklärt sein großes Interesse am Thema durch die eigene Betroffenheit und er erweist sich aufgrund seiner theoretischen Beschäftigung mit AD(H)S im Rahmen von zahlreichen Veröffentlichungen und seiner langjährigen Berufserfahrung als profunder Kenner der Materie. Er stellt wissenschaftliche Befunde und praxisbezogene Ansätze dar und hinterfragt sie kritisch. Dabei bleibt immer seine Zielgruppe, die Beratungslehrkräfte, Schulpsychologen und Schulpsychologinnen, im Fokus. Es geht A. Geist darum, bei dieser Berufsgruppe den Blick zu schärfen für die Not der Betroffenen, der Schüler und Schülerinnen und deren Eltern. Diese bestmöglich zu beraten, zu begleiten und die für den Einzelfall geeigneten Maßnahmen auszuwählen ist sein Herzensanliegen.

Meines Erachtens sollte das Buch in keiner Lehrerbücherei fehlen. Es kann auch auszugsweise mit großem Gewinn gelesen werden und liefert allen Lehrkräften hilf-

reiche Informationen zu den wichtigen Themen Konzentration und AD(H)S im Kontext Schule, Unterricht und Lernen.



Alexander Geist

Konzentration und ADHS

Diagnostik und Intervention bei Konzentrationsstörungen und ADHS - für Beratungslehrkräfte und Schulpsychologen aller Schularten
ISBN: 978-3-947396-87-0

Verlag: Mediengruppe Oberfranken GmbH & Co. KG, Kulmbach, 1. Auflage 2018,
Preis: 42,80 €

Prof. Dr. Caterina Gawrilow,
Dr. Lena Guderjahn,
Prof. Dr. Andreas Gold

Störungsfreier Unterricht trotz ADHS

Christiane Eich, Dipl.-Sozialpädagogin u. Lehrerin an einer
Förderschule für sozial-emotionale Entwicklung



In ihrem Lehrermanual „Störungsfreier Unterricht trotz ADHS“ stellt Caterina Gawrilow eine wissenschaftlich fundierte und evaluierte Methode vor, mit der sich Handlungskontrolle und Selbstregulation bei ADHS verbessern lassen.

Zunächst gibt sie einen guten und sachgerechten Überblick zu den Bereichen der Diagnostik und

Therapie bei ADHS, die für Pädagogen im schulischen Bereich relevant sind. Danach folgen noch ein paar spezielle Informationen zu ADHS in der Schule und eine Zusammenstellung grundsätzlicher Tipps für die Unterrichtsgestaltung, die im Wesentlichen aus dem Buch von Katrin Hoberg „Der praktische Ratgeber für Schule und Unterricht“ übernommen sind.

Gawrilow stellt fest, dass sich ADHS als Störung der Selbstkontrolle sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der kognitiven Ebene beschreiben lässt. Mit ihrem Programm setzt sie genau da an, mit dem Ziel die selbstregulativen Kompetenzen zu fördern.

Als Werkzeug werden sogenannte „Wenn-Dann-Pläne“ genutzt, die je nach Problem individuell mit dem Betroffenen erarbeitet werden. Zunächst wird ein Ziel definiert und dann Situationen gesucht, die bisher verhindern, dass man das Ziel erreicht (Auslösereiz). Nun wird ein genaues Verhalten festgelegt, welches zukünftig auf den Auslösereiz zu folgen hat und das die Erreichung des Ziels fördert. Wichtig ist, dass es in der Auslösesituation keine neuerliche Entscheidung geben darf, sondern streng der Plan eingehalten wird! Studien zeigen, dass diese Form des Planens bei ADHS-Kindern besonders effektiv und gegenüber der einfachen Zielintention vorteilhaft ist.

Zur konkreten Umsetzung des Trainingsprogramms finden sich im Anhang des Buches Kopiervorlagen und hilfreiche Beispiele aus der Praxis.

Anwendbar ist das Programm bei allen Altersgruppen, vom Vorschul- bis zum Erwachsenenalter. Für den Erfolg ist es von großer Bedeutung, dass die Motivation zur Veränderung des eigenen Verhaltens vom Schüler selbst kommt. Darin liegt nach meiner Erfahrung allerdings auch die Schwierigkeit. Oft kommt der Wunsch nach Veränderung nicht vom Betroffenen, sondern vom Pädagogen. Das Bewusstsein für die eigenen Anteile am problematischen Verhalten ist zweifellos der „Schlüssel“ für jeglichen Veränderungsprozess. Dort wo der Schüler sich auf eine Kooperation mit dem Lehrer einlassen kann, kann das Programm sicher gut unterstützen. Das Buch erklärt alles gut verständlich und gibt zuletzt Antworten auf die gängigsten Fragen, die beim Anwender auftauchen können.

Prof. Dr. Caterina Gawrilow, Dr. Lena Guderjahn,
Prof. Dr. Andreas Gold
Störungsfreier Unterricht trotz ADHS
Mit Schülern Selbstregulation trainieren –
ein Lehrermanual
ISBN: 978-3-497-02823-8
Verlag: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG,
2. Aktualisierte Auflage (2018)
Preis: 17,90 €

Manfred Hinz

Unterricht mit Inklusion in der Sekundarstufe II

Maria Zinkler



Das handliche Buch (165 Seiten) stellt in knapper, treffender Form die sonderpädagogischen Förderschwerpunkte emotionale und soziale Entwicklung, Lernen, geistige Entwicklung, Hören, Sehen, Sprache, körperliche und motorische Entwicklung in Abgrenzung zu Teilleistungsstörungen, psychische Störungen dar.

Auf wenigen Seiten finden sich ein kurzer Überblick (Klassifizierung), Auswirkungen auf den Unterricht, Fragen der beruflichen Eingliederung mit der Zusammenstellung gängiger Hilfen oder pädagogisch-therapeutische Verfahren (z.B. bei Verhaltensstörungen) sowie wichtige Kooperationspartner im inklusiven Netzwerk.

Es ist erstaunlich, wie der Autor es in kompakter Form schafft, den Lesern bei diesem komplexen Thema einen Verständnisvorsprung und Hintergrundwissen zu vermitteln.

Außerdem finden sich Erklärungen sowie Formen der Differenzierung, Grundlegendes zu Nachteilsausgleich und Förderplanung, was sicherlich angesichts der jeweiligen Länderregelung und Schulsituation vertieft und angepasst werden muss.

„Das Buch ist ein Handbuch für Lehrkräfte in der Sekundarstufe II, die einen praxisnahen Einstieg in die Thematik Inklusion suchen.“

Sicher bleiben viele Themen nur angeschnitten, aber Literaturangaben und relevante Hinweise runden die einzelnen Kapitel ab und geben dem Lesenden die Chance, die eine oder Frage zu vertiefen.

Guten Gewissens kann hier von einem „kompakten Standardwerk“ für Lehrkräfte an Regel-Berufsschulen, Berufsfachschulen, Gymnasium und FOSBOS gesprochen werden.

Manfred Hinz
Unterricht mit Inklusion in der Sekundarstufe II
Sonderpädagogische Hilfen
ISBN: 978-3-582-57901-0
Verlag: Handwerk und Technik, 3. aktualisierte
Auflage (2019)
Preis: 24,90 €

Termine



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)
Fr 14.02.2020 – So 16.02.2020

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)
Fr 13.03.2020 – So 15.03.2020

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)
Fr 09.10.2020 – So 11.10.2020

→ Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Fr 12.06.2020 – So 14.06.2020

Fr 23.10.2020 – So 25.10.2020

→ Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg
09.–10.10.2021

→ Hambrücken

Landesgruppe Bayern
25.–26.04.2020

→ Würzburg

Landesgruppe Hessen
26.–27.09.2020

→ Bad Zwesten

Landesgruppen Niedersachsen / Bremen /
Berlin / Hamburg / Schleswig-Holstein
11. – 13.09.2020
Gemeinsame Veranstaltung

→ Springe

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen
19. – 21.06.2020

→ Münster

Landesgruppe Thüringen

Aufgrund der geringen Größe keine eigene
Fortbildung

Mitgliederversammlung/Symposium 2020

Sa 25.04.2020 – So 26.04.2020

→ Würzburg

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender:	Hartmut Gartzke vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender:	Dr. Johannes Streif vorstand2@adhs-deutschland.de
Schatzmeisterin:	Karin-Gisela Seegers seegers-berlin@gmx.de
Schriftführer:	Patrik Boerner boerner@p-boerner.de schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

Unterstützung des Vorstandes:	Herta Bürschgens adhsde.buerschgens@gmx.de
Telefonberatungsnetz:	Gerhild Gehrman telefonberatung@adhs-deutschland.de
E-Mail-Beratung:	Gerhild Gehrman email-beratung@adhs-deutschland.de
Erwachsenen-ADHS:	Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz
Kinder und Jugendliche mit ADHS:	Dr. Klaus Skrodzki
Schule:	Christiane Eich Schule@adhs-deutschland.de
Kinder und Jugend im Verband:	Kirsten Riedelbauch, lg.baden-wuerttemberg@adhs-deutschland.de
Regionalgruppen:	Bärbel Sonnenmoser baerbel@adhs-bb.de
Juristische Angelegenheiten:	Isabell Streif Isabell.Streif@web.de
Landesgruppen:	Margit Tütje-Schlicker lg.niedersachsen-bremen@adhs-deutschland.de

Unterstützung des Verbandes

Geschäftsführung:	Dr. Myriam Bea gf@adhs-deutschland.de
Europäische Kontakte:	Detlev Boeing adhs@telenet.be
Ernährung/ Stoffwechsel-besonderheiten:	Renate Meyer meyer.koeppern@t-online.de
Jugendteam:	jugendberatung@adhs-deutschland.de
Buchführung:	Antje Gartzke
Unterstützung der Geschäftsstelle:	Sieglinde Lugert

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Dieter F. Braus Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, HELIOS Kliniken, Wiesbaden
Dr. Johanna Krause Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ottobrunn
Prof. Dr. Klaus-Henning Krause Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch Universität Würzburg
Prof. Dr. Martin Ohlmeier Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
Prof. Dr. Alexandra Philipsen Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn
Prof. Dr. Tobias Renner Direktor des Universitätsklinikums Tübingen, Abt. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Prof. Dr. Marcel Romanos Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
Dr. Helga Simchen Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin, Mainz
Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst Universitätsklinikum Freiburg

Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

Prof. Dr. h. c. Hans Biegert Leitender Schuldirektor u. Schulträger, HEBO-Schule Bonn
Dr. Christina Clement Ökotrophologin, Universitätsklinikum Freiburg
Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D'Amelio Psychologische Beratung & Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes
Dr. Fritz Jansen Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Neuried
Dr. Rudolf Kemmerich Kinder- und Jugendarzt, Weinstadt
Dr. Roy Murphy Leitender Psychologe und Qualitätsbeauftragter, Schön Klinik Bad Bramstedt
Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
Dipl.-Psych. Erika Tittmann Praxis für Psychotherapie, Lörrach

Landesgruppenleiter

Baden-Württemberg	Kirsten Riedelbauch
Bayern	Claudia Aurich
Berlin	Karin-Gisela Seegers
Hamburg (kommissarisch)	Margit Tütje-Schlicker
Hessen	Astrid Bojko-Mühr
Niedersachsen / Bremen	Margit Tütje-Schlicker
Nordrhein-Westfalen	Brigitte Wolf
Sachsen-Anhalt (kommissarisch)	Monika Lehmann
Schleswig-Holstein	Kornelia Boldt
Thüringen	Andrea Wohlers

ADHS Deutschland e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Rapsstraße 61
13629 Berlin

Selbsthilfgruppen-
und Kontaktadressen,
Information, Versand:

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

Besuchen Sie uns unter www.adhs-deutschland.de

Wir...

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

...unterstützen!

... bieten
Hilfestellung!

... fangen auf!

... sind präsent!

... sind ehrenamtlich!

... klären auf!

... engagieren uns!

... ermutigen!

... setzen uns
ein!

... beraten!

... sind aktiv!

... informieren!

... vertreten
Interessen!



... können Ihre Unterstützung
gut gebrauchen!



Unser Spendenkonto lautet:

ADHS Deutschland e. V.

Pax-Bank e. G.

BIC: GENODED1PAX

IBAN: DE95 3706 0193 6010 1150 17

Telefonberatung

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



Baden – Württemberg

Karen Richter:

07720 2368770

Bärbel Sonnenmoser:

07031 287323

Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:

08152 9996499

Ingrid Kaufmann:

0911 9566351

Michaela Nagy:

09180 90 9716

Carolin Zasworka:

09542 772689

Berlin

Petra Peilert:

030 65915610

Waltraut Steinhäuser:

030 71520285

Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:

040 68915023

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:

05684 1659

Niedersachsen

Angela Schwager:

05554 995646

NRW

Karin Pick-Knudsen:

0177 – 8874037

Ulrike Vlk:

02161 - 531739

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:

0651 4637878

Saarland

Sabine Berg:

0651 4637878

Sachsen

Karin Bobsin:

03591 277435

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:

04821 4039480

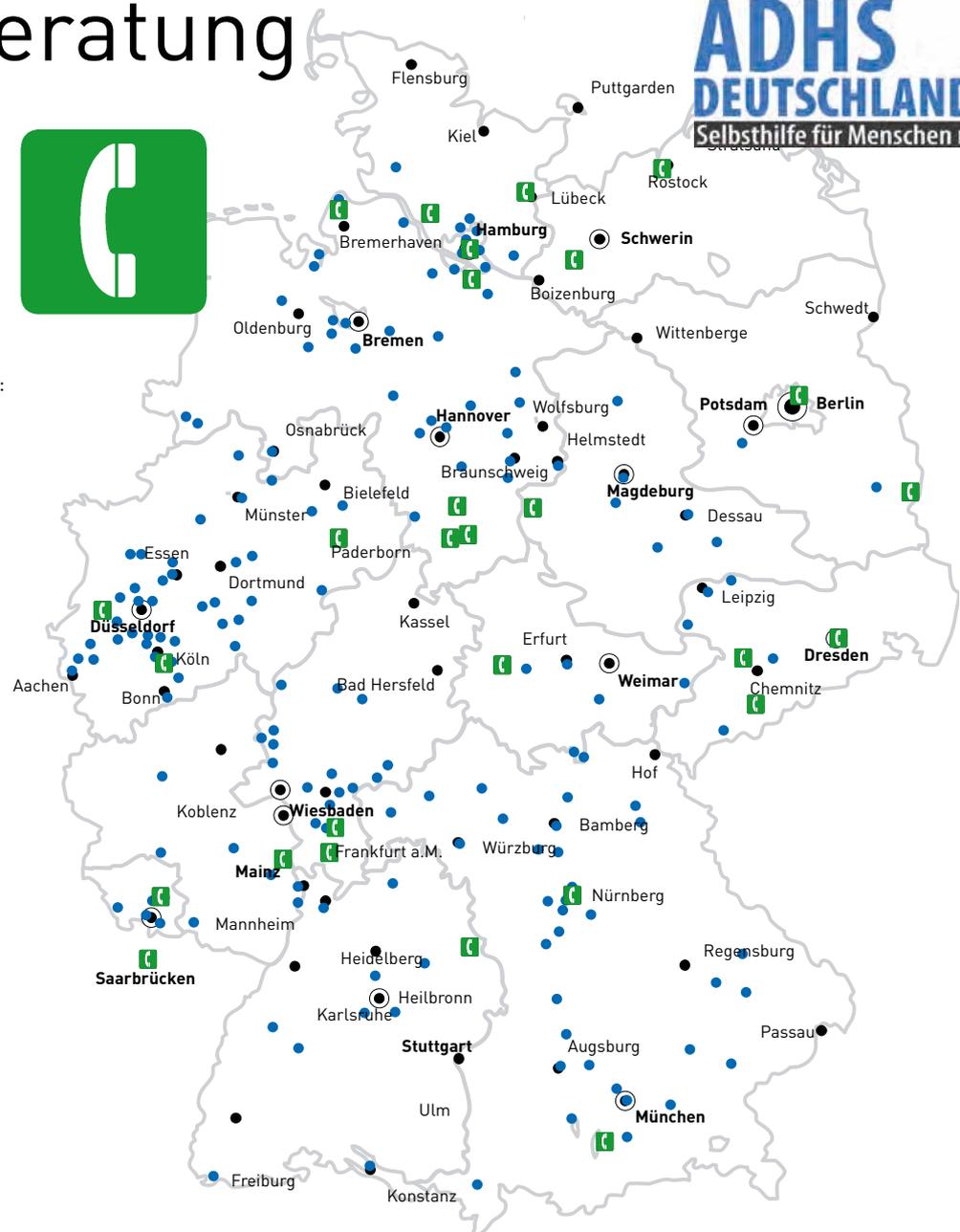
Gerhild Gehrman:

04121 807272

Thüringen

Regina Schrage:

03691 872222



**Wir benötigen noch Verstärkung,
besonders in den Bundesländern
Brandenburg und Mecklenburg-
Vorpommern.**

Unsere Gruppenleitungen und
Kontaktpersonen stehen ebenfalls
für die Beratung zur Verfügung.
Die aktuellen Adressen entnehmen
Sie bitte unseren Internetseiten
www.adhs-deutschland.de oder
fordern Sie diese bei der
Geschäftsstelle an.

ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
Tel. 030 85605902