

# die AKZENTE

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



■ Stationäre Rehabilitation bei ADHS-Erwachsenen

■ Begabte Mädchen und Frauen mit ADHS

■ AD(H)S-Kinder in der ergotherapeutischen Praxis

■ Bundesregierung antwortet auf Kleine Anfrage

im Bundestag zur ADHS-Behandlung

■ ADHS und Sucht

9007  
2007  
ZU NEUJAHR

Will das Glück nach seinem Sinn  
dir was Gutes schenken,  
sage dank und nimm es hin  
ohne viel Bedenken.

Jede Gabe sei begrüßt,  
doch vor allen Dingen  
Das, worum du dich bemühst  
möge dir gelingen.

*Wilhelm Busch*

Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2006 geht zur Neige und es war für unseren Verein nicht weniger turbulent als das Vorjahr. Die Verschmelzungsvorbereitungen unseres Verbandes mit dem BV AH e.V. sind weit vorangeschritten; unsere Mitglieder haben sich für die Vereinigung entschieden und wir freuen uns auf die gemeinsame Arbeit im „ADHS Deutschland“. Aus formalen Gründen verschiebt sich der Gründungszeitpunkt auf das Frühjahr 2007. Die konstituierende Mitgliederversammlung mit der Wahl des neuen Vorstandes ist für den 10. März 2007 in Helmstedt vorgesehen. Nach Ablauf der Einspruchsfrist werden wir im April „ADHS Deutschland e.V.“ sein.



Die vorliegende Ausgabe ist wieder gefüllt mit aktuellen Informationen. Wieder einmal wird ADHS in der Politik diskutiert. Lesen Sie hierzu auf den Seiten 18 ff die aktuelle Anfrage von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und die Stellungnahme der Bundesregierung.

Selbsthilfeverbände und Pharmaunternehmen – ein immer wieder diskutiertes Thema. Nicht nur in der Kleinen Anfrage, sondern auch in den Medien war in den letzten Wochen von der angeblichen Abhängigkeit der Selbsthilfeverbände von der Pharmaindustrie die Rede. Wir bewahren auch weiterhin unsere Neutralität und Unabhängigkeit und betreiben keinerlei Sponsoring. Unsere Verbandsarbeit ist nie von einer derartigen Förderung abhängig gewesen und wird es auch in Zukunft nicht sein. Wir benötigen daher auch künftig neue Mitglieder, unsere Mitglieder sind die Basis unserer Arbeit – denn: Nur gemeinsam sind wir stark.

Diese Ausgabe erhalten erstmals auch alle Mitglieder des BV AH e.V., um unsere Zeitschrift kennen zu lernen. Eine mehrmals im Jahr erscheinende Mitgliederzeitschrift soll es künftig auch weiterhin geben. Die Meinungen, ob die Verbandsveränderung auch mit einem neuen Namen für die Zeitschrift dokumentiert werden soll oder ob der Name beibehalten werden kann, sind in den Vorständen geteilt. Der BV AÜK hat sich zwar in jahrzehntelanger Arbeit – die erste Ausgabe erschien bereits 1987 – an „die AKZENTE“ gewöhnt, kann sich aber auch vorstellen, der Mitgliederzeitschrift einen neuen Namen zu geben. Denn wir wünschen uns natürlich, dass sich *alle* Mitglieder des neuen Verbandes mit der Publikation identifizieren können.

*Darum fragen wir Sie:* Wollen Sie mitmachen beim *Ideenwettbewerb* um einen neuen kurzen treffenden Namen? Wir laden Sie, die Mitglieder des BV AÜK e.V. und des BV AH e.V., dazu ein, sich kreativ einzubringen. *Bis zum 15.02.2007 werden Ihre Ideen gesammelt* und in die Beratung mit eingebracht.

Ich bedanke mich bei allen, die den Vorstand und die Redaktion in 2006 unterstützt haben, insbesondere bei unseren aktiven Mitgliedern, die unsere Zeitschrift inhaltlich mitgestalten – so auch wieder das Titelbild dieser Ausgabe.

Ich wünsche Ihnen und Ihrer Familie angenehme Feiertage, alles Gute sowie einen glücklichen und gesunden Start ins neue Jahr

Ihre

## Inhalt

### Wissenschaft/Medizin/Therapie

- Stationäre Rehabilitation bei ADHS und komorbiden Störungen im Erwachsenenalter** 2  
*Martin Winkler*
- Gut bis sehr gut begabte Mädchen und Frauen mit ADHS** 8  
*Cordula Neuhaus*
- UCB-ADHS-Förderpreis verliehen „AD(H)S-Kinder“ in der ergotherapeutischen Praxis** 14  
15  
*David Lennep*
- Stress verstärkt ADHS-Symptome** 16  
*Eva Neumann*
- Erste Ergebnisse des Präventionsprojekts „Zappelphilipp“** 17  
*PM/red.*

### ADHS in der Politik

- Bundesregierung antwortet auf Kleine Anfrage im Bundestag zur ADHS-Behandlung** 18  
*Pressedienst Deutscher Bundestag/red.*

### Aus der Rechtsprechung

- Wichtiges Urteil des Amtsgerichts Flensburg** 26  
*Magdalene Geisler*

### Politik und Gesundheit

- Verordnung zu Kinderarzneimitteln ab 2007 in Kraft** 28
- Patienteninformation/Patientenbeteiligung – Vision und Wirklichkeit** 28

### Aus den Regionen

- ADHS und Sucht – Frühe Behandlung erspart Suchtkarriere** 28  
*Peter Hartmann*
- Margarete Gatzen übergibt Leitung der SHG Gütersloh an Brigitte Wolf** 29
- Auszeichnung für unsere Vorsitzende** 30  
Kreis Aachen verlieh das Prädikat „Familienfreundlich“
- Professionelles Handeln bei ADS und ADHS** 30  
Bericht von einer Veranstaltung in Detmold  
*Margarete Gatzen*

### BVAÜK intern

- Mitgliederversammlung stimmte Verschmelzung zu** 32  
*Karin Knudsen*
- Telefonberatung sucht Mitglieder** 34  
*Gerhild Gehrman*
- NRW-Gruppenleiterschulung am 26. August in Schwalmtal** 34  
*Karin Knudsen*

### Bücher/Bücher

- Kompetenztraining für Eltern sozialauffälliger Kinder** 36  
*Karin Knudsen*

### Forum

- Achtung Satire: Pädasthenie** 37  
*Detlef Träbert*

### Leserbriefe

- Zur Tagung der Nationalen Ethikkommission in Rostock** 27
- Ursachen familiärer Katastrophen verstehen lernen** 37

### Kurz notiert

- Das neueste aus Wissenschaft und Recht** 38
- Schnarchen macht vergesslich** 38
- Diskussion um ADHS und Rauchen** 39
- Impressum**

**Titelfoto von Petra Effelberger-Dasbach: Vernetzt**

# Stationäre Rehabilitation bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und komorbiden Störungen im Erwachsenenalter

Martin Winkler



## Einleitung

Während bisher in Deutschland die Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) primär als eine auf das Kindes- und Jugendalter beschränkte Erkrankung angesehen wurde, weisen neue wissenschaftliche Erkenntnisse auf eine lebenslange Beeinträchtigung durch die syndromtypischen Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen hin. Dabei zeigt sich, dass bei Kenntnis der typischen Klinik bei zahlreichen ambulant wie stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zumindest zusätzlich die Diagnose einer bis ins Erwachsenenalter persistierenden ADHS gestellt werden kann. Die Berücksichtigung dieser Diagnose ist deshalb so entscheidend, weil sich hieraus sowohl medikamentöse wie psychotherapeutische Behandlungsalternativen ergeben, die für die Betroffenen die Aussicht auf eine bessere Lebensführung ermöglichen. Ausgehend von den aktuellen Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften (DGPPN) zur ADHS im Erwachsenenalter auf der Basis eines Expertenkonsensus bieten wir daher ein hieraus abgeleitetes Behandlungskonzept an.

Das Behandlungsangebot der Klinik Lüneburger Heide für erwachsene Patienten mit ADHS richtet sich an folgende Zielgruppen:

- 1) Patienten, bei denen neben der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung im Sinne einer Komorbidität eine weitere stationär behandlungsbedürftige seelische Erkrankung besteht, wie z.B. eine Depression oder Erschöpfungssyndrome, Adipositas und Essstörungen, eine Angststörung wie z.B. soziale Ängste, Persönlichkeitsstörungen oder Schmerzsyndrome, die für sich allein bereits eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit rechtfertigen.
- 2) Patienten mit einer so schweren

Ausprägung des ADHS, dass ambulante Maßnahmen nicht mehr ausreichen und in den meisten Fällen auch eine deutlich erhöhte Gefährdung der Arbeitsfähigkeit besteht.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei ADHS-Patienten ist weiterhin gerade dann angezeigt, wenn Probleme im sozialen Umfeld der Familie und erschöpfte oder fehlende Therapieressourcen zu einer drohenden oder bereits eingetretenen krisenhaften Zuspitzung im familiären oder beruflichen Kontext führen. Gerade bei lang anhaltenden schweren Störungen, allein erziehenden Elternteilen mit ADHS-Kindern oder anderen belastenden Familienverhältnissen sind häufig die Möglichkeiten im ambulanten Bereich begrenzt und eine räumliche Distanzierung u. a. zur Einleitung einer Autonomieentwicklung oder Entspannung von chronischen Konfliktsituationen notwendig.

In der stationären Rehabilitation

seitigem Verständnis und Unterstützung (statt Rechtfertigung und Erklärungsversuchen) ist für viele Betroffene eine grundlegend neue Erfahrung. Statt unsystematischer – nicht durchführbarer – „guter Ratschläge“ geht es zu Beginn der Behandlung um die gemeinsame Erarbeitung eines Behandlungsplanes, der vorhersehbare und kontinuierlich aufeinander abgestimmte Behandlungsoptionen verknüpft.

Für viele Betroffene ist dann die Neueinstellung oder Therapieüberprüfung einer medikamentösen Behandlung ein weiterer Grundbestandteil der Therapie. Hierbei geht es nicht allein um die Auswahl und Dosierung einer Medikation (z.B. mit Psychostimulanzien, Atomoxetin bzw. ggf. weiteren Antidepressiva), sondern um eine bestmögliche Anpassung an die situativen Anforderungen im Alltag einschließlich der Förderung einer ausreichenden Medikamentencompliance.

Die Medikation ist für viele Betrof-



Abb. 1 Integratives Therapiekonzept

werden somit verschiedene Behandlungskompetenzen gebündelt (Abb. 1).

Als wesentliche Grundlage für eine Veränderung hat sich in den bisherigen Erfahrungen der **Aufbau eines zunächst therapeutisch geführten Unterstützungssystems** erwiesen. Die Neuerfahrung von gegen-

ferne überhaupt erst die Grundlage, an einer gruppenorientierten Psychotherapie für ADHS und komorbide Störungen teilzunehmen. Diese wird sowohl die syndromtypischen Besonderheiten aufgreifen und Fertigkeiten für den Alltag (Kommunikation, Soziale Kompetenz, Selbstmanagement) praktisch im All-

tag trainieren, als auch die komorbiden Störungen berücksichtigen.

### Typische Beschwerdeschilderungen von ADHS-Patienten sind u.a.:

- ▮ als Leitsymptom im Erwachsenenalter imponiert häufig ein Gefühl von Leistungsschwäche und Unfähigkeit, gesetzte Ziele auch erreichen zu können
- ▮ stark schwankende Vigilanz. Antrieb und Ausdauerfähigkeit, rasches Nachlassen der Anstrengungsbereitschaft
- ▮ neuropsychologische Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeitssteuerung, Zeitgefühl, Handlungsplanung und Arbeitsgedächtnis (Exekutivfunktionen)
- ▮ Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, innere Ambivalenz und Probleme im Umgang mit Spannungen und Konflikten
- ▮ Schwarz-Weiss-Denken (dichotome Denkmuster)
- ▮ erhebliche Probleme bei Alltagsaufgaben und Routineabläufen
- ▮ Intoleranz von Langeweile, häufig auch als „Müdigkeit“ oder scheinbare gedankliche Abwesenheit oder Minderbegabung gedeutet
- ▮ Gedankenrasen/„Chaos im Kopf“
- ▮ unklare vegetative Beschwerden, z.B. morgendliche Antriebsminderung, Kopfschmerzen, funktionelle Beschwerden
- ▮ Reizüberflutung und leichte Erschöpfbarkeit bei Licht, Lärm, Stress
- ▮ Müdigkeit/Apathie und sehr geringes Grunderregungsniveau bei häufiger Komorbidität mit weiteren Schlafstörungen

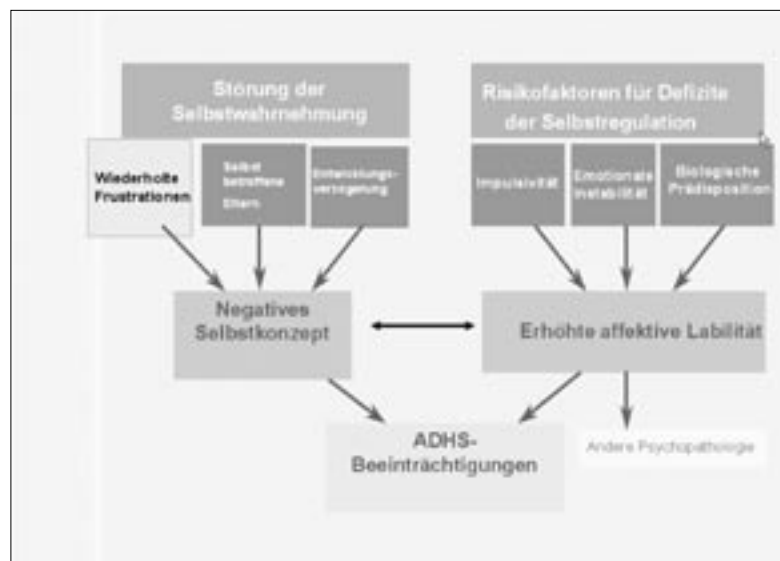
### ADHS ist häufig – kommt aber selten allein

Berücksichtigt man neben dem klassischen hyperaktiven Typus (sog. Hyperkinetisches Syndrom HKS) auch die ebenso häufigen Patienten mit einem unaufmerksamen Typus (d.h. im Vordergrund stehende Aufmerksamkeitssteuerungsprobleme und Impulsivität ohne motorische Unruhe) ist von einer ausgesprochen hohen Verbreitung des Störungsbildes auszugehen, die auf ca. 3-5 Prozent der Bevölkerung geschätzt wird und damit neben Depressionen zu den häufigsten psychiatrischen Stö-

rungen zählt. Im Gegensatz zu früheren Vorstellungen, dass sich die Problematik mit der Pubertät „auswachsen“ würde, geht man heute davon aus, dass bei ca. 60-70 Prozent der Betroffenen auch im Erwachsenenalter relevante Einschränkungen der Lebensqualität und insbesondere der Alltagsorganisation fortbestehen. Weiter wissen wir heute, dass ein Symptomwandel mit Abnahme der auffälligen (weil störenden) Hyperaktivität und Impulsivität in der Pubertät erfolgen kann, dagegen Probleme der Selbstorganisation und begleitende affektive Probleme zumeist erst bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen symptomatisch werden können. Es ist wahrscheinlich, dass allenfalls 10-15 Prozent der Betroffenen die Diagnose oder mögliche Zusammenhänge dieser Problematik bewusst sind. Selbst in den Fällen, bei denen in der Kindheit wegen Hyperaktivität oder komplexen Entwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen bereits

störung und hierdurch bestimmte Entwicklungsbesonderheiten gekennzeichnet. Dabei bestimmt eine neurobiologische Prädisposition (=Veranlagung) im Zusammenwirken mit Erziehungs- und Sozialisationsbedingungen und Lernerfahrungen die Ausprägung der Symptomatik. Neurobiologische Erklärungsmodelle der ADHS beschreiben Funktionsabweichungen in der Regulation und Verfügbarkeit von Botenstoffen (z.B. Dopamin und Noradrenalin) und deren Transporter und Rezeptoren im Gehirn. Dabei sind wesentliche höhere Handlungsfunktionen (Exekutivfunktionen), die für die Alltagsbewältigung und Planung erforderlich sind, beeinträchtigt. Hierzu gehören u.a. Reizfilterung und -verarbeitung, Daueraufmerksamkeit, Handlungsplanung und Organisation, Arbeitsgedächtnis, Vigilanzsteuerung sowie Regulation von Gefühlen und Impulskontrolle.

Aufgrund der hohen genetischen



eine Behandlung eingeleitet wurde, ist nur selten eine gezielte Behandlung bis nach der Pubertät fortgesetzt worden. Dies gilt besonders für Mädchen bzw. Frauen, deren Symptomatik noch viel seltener in der Kindheit oder im Jugendlichenalter in Hinblick auf eine mögliche ADHS-Veranlagung untersucht wird.

### Ursachen und psychosomatisches Störungsmodell

Das ADHS-Syndrom ist durch die lebenslange dynamische Regulations-

Bedingtheit des ADHS sind häufig ein oder beide Elternteile ebenfalls Merkmalsträger - nicht selten lässt sich dies über mehrere Generationen zurückverfolgen. Dies prägt bereits frühkindliche Beziehungserfahrungen und Bindungsstrukturen. Dabei reagieren Kleinkinder mit ADHS-Veranlagung häufiger ungewöhnlich auf Berührung und Nähe, sind schwieriger zu beruhigen („Schreibaby“) oder reagieren beim Stillen und Füttern auffälliger und weisen gelegentlich erhebliche Entwicklungsverzöge-

rungen und zusätzliche Wahrnehmungs- und Motorikprobleme auf. Diese Auffälligkeiten der frühkindlichen Entwicklung können auftreten – sind aber weder beweisend noch zwingend vorhanden.

Ein Individuum reguliert seine Anpassung an sein soziales Lebensumfeld dadurch, dass es den Erfolg seines Verhaltens und den Fortschritt seiner Fähigkeiten ständig anhand der eigenen Wahrnehmung überprüft, also ein fortlaufend rückgekoppelter Entwicklungs- und Lernprozess stattfindet. ADHS-Kinder erleben in verstärktem Maß eine Instabilität in ihrem eigenen Erleben, leiden vermehrt unter sozialen und emotionalen Entwicklungsstörungen, gestörten Wahrnehmungsfunktionen und wachsen häufig in einem entsprechend instabilen Umfeld mit selber betroffenen ADHS-Elternteilen auf. Es muss ihnen so ungleich schwerer fallen eine verlässliche Bindung zu Bezugspersonen aufzubauen oder höhere Lernprozesse (wie Zuwendungs- und Verstärkungsprozesse, Modelllernen oder auch sprachlich vermittelte Regeln und Rollenerwartungen) situationsadäquat anzuwenden. Häufig sind die Vorlaufbedingungen wie Vigilanzniveau und emotionales Empfinden, Anreizcharakter bzw. situative Prägnanz entscheidend für die Reaktionen von ADHS-Betroffenen. Häufig ist dann eine chronische Fehlanspassung bei deutlich erschwerten Anpassungsbedingungen die Regel, so dass eher ein Lernen über Versuch und Irrtum oder aber eine dysfunktionale Anpassung an äußere Rollenmodelle erfolgt bzw. es zu Fehlverhalten mit aggressivem oder oppositionellem Verhalten kommt. Es gelingt den Kindern so nicht, in einem sicheren Bezugssystem stabile Ressourcen zur Alltagsbewältigung und selbstbestimmten Handlungssteuerung zu erwerben.

Fehlen oder verändern sich wichtige günstige (protektive) Faktoren wie strukturiertes und stabiles familiäres Umfeld, stabiler Freundeskreis, Förderung individueller Interessen und Herausforderungen, günstige Lehrer-Kind-Interaktion so kann die Persönlichkeitsentwicklung des ADHS-Kindes damit zusätz-

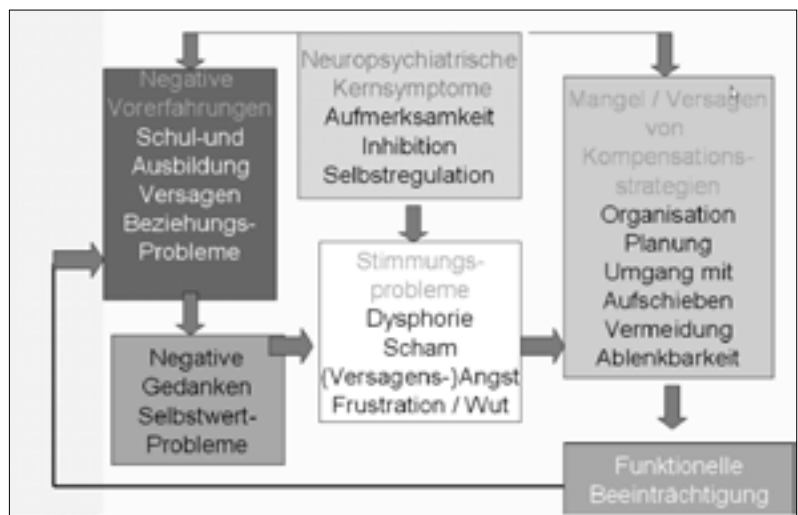


Abb.: Psychosomatisches Störungsmodell (nach Safren und Mitarbeitern)

lich nachhaltig gestört sein. Für viele Menschen mit ADHS sind insbesondere negative Lernerfahrungen (bei häufig gleichzeitig bestehenden Lern- und Teilleistungsstörungen) und negative Rückmeldungen der Familie und des sozialen Umfeldes mit ständiger Ermahnung alles andere als identitätsstiftend. Nicht Anerkennung und Erfolge, sondern wiederholte Misserfolge in der Bewältigung scheinbar trivialer Alltagsanforderungen kennzeichnen häufig ihre Entwicklung und tragen zu einer negativen Selbststeuerung und fehlenden Selbstwirksamkeitserwartung bei.

Hohe Reizoffenheit und emotionale Empfindsamkeit führen gerade in Gruppensituationen zu einem Überforderungsgefühl und sozialem Rückzugsverhalten und häufig zu sekundären sozialen Ängsten oder Suchtverhalten.

Wie dargestellt ergeben sich somit hinsichtlich eines psychosomatischen Störungsmodells unter Berücksichtigung der ADHS-typischen Besonderheiten zahlreiche Ansatzmöglichkeiten für die therapeutische Arbeit.

### Ziele der stationären Rehabilitation bei ADHS und komorbiden Störungen

Das Ziel der ADHS-Therapie liegt darin, das vorhandene persönliche Potential bestmöglichst auszuschöpfen, die oft unzureichenden sozialen Fertigkeiten der Betroffenen (z.B. in der Kommunikation und im Umgang

mit Konflikten) zu verbessern und das Selbstwertgefühl zu stärken.

Hierfür bieten wir ein Behandlungskonzept an, das auf eine Behandlungsdauer von ca 4-6 Wochen ausgerichtet ist, wobei im Einzelfall auch längere Behandlungen erforderlich sein können.

Wie auch im Kindes- und Jugendalter erfordert die komplexe Problematik der ADHS und begleitender Störungen eine **störungsspezifische** Therapie, die individuell ausgerichtete Begleitung und Hilfestellung ohne Interpretation oder Bewertung zur eigenständigen Bewältigung der Problemsituationen bietet. Dieser multimodal vernetzte Behandlungsansatz aus Medikation, Informationsvermittlung, Psychotherapie und Hilfe zur Selbsthilfe und Sozialberatung schließt auch die weitere häusliche ärztliche und psychotherapeutische Betreuung oder Anbindung an Selbsthilfegruppen vorausschauend ein. Wichtig erscheint uns dabei, dass der Patient eine aktive Rolle im Therapieprozess spielt, klare Zielsetzungen und Strukturvorgaben bestehen und er/sie transparent an allen Therapieschritten und geplanten Maßnahmen beteiligt ist.

Wir bieten also nicht nur eine 6 oder 8 mal während des Aufenthaltes stattfindende zusätzliche ADHS-Indikationsgruppe an, vielmehr finden täglich ein- oder mehrere störungsspezifische Therapieangebote in Form einer ADHS-Gruppe (3 mal wöchentlich), einem Sozialen Kompetenztraining für ADHSler (2 mal wöchentlich)

und der psychotherapeutischen Basisgruppe (4 mal wöchentlich 90 Minuten) in der Klinik statt.

### Pharmakotherapie

Auch im Erwachsenenalter kann eine Therapie mit Psychostimulanzien eine Voraussetzung zur Stabilisierung sein und durch verbesserte Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle die Mitwirkung im psychotherapeutischen Prozess wesentlich erleichtern. Wir sehen die Kombination von Pharmakotherapie mit Stimulanzien häufig als Grundlage für unsere psychotherapeutische Arbeit, da die hierfür notwendige Aufmerksamkeitsleistung, Planung und Reflektionsfähigkeit durch die Medikation deutlich verbessert und so zunächst überhaupt eine Therapiefähigkeit (z.B. für Gruppensituationen) erreicht wird.

In der Klinik ist bei entsprechender Indikation auch eine Ersteinstellung auf ein Psychostimulans (Methylphenidat oder Amphetamin) möglich oder aber auch eine Umstellung der Medikation (z.B. auf ein modernes länger wirkendes Psychostimulans (z.B. Medikinet retard, Concerta, Ritalin LA). Nach ausführlicher Aufklärung über Möglichkeiten, Grenzen und Nebenwirkungen der Medikation erfolgt dann eine schrittweise Aufdosierung nach der Titrationsmethode unter fortlaufender Selbst- und Fremdbeurteilung des Therapieeffektes. Die Ermittlung der individuellen Dosierung unter Berücksichtigung der Wirkdauer (bei kurzwirkenden Stimulanzien ca. 3-5 h) und etwaiger Rebound-Effekte (Wiederauftreten von Unruhe oder aggressivem Verhalten bei nachlassender Wirkung) erfolgen in enger Abstimmung mit unseren Patienten, um eine bestmögliche Adaptation an Alltagsanforderungen und soziale Integration zu ermöglichen.

Auch bestimmte antriebssteigernde Antidepressiva (Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer wie Atomoxetin = Strattera) können bei ADHS-Patienten indiziert sein. Selten werden auch ältere (tricyclische Antidepressiva) als Therapiemöglichkeit diskutiert, wenn starke Gegenanzeigen gegen die Mittel der ersten Wahl bestehen.

Wegen der vielfältigen Komorbidität mit anderen Erkrankungen kann auch eine Kombinationsbehandlung mit weiteren Medikamenten (z.B. Antidepressiva) notwendig werden. Dies richtet sich unter Umständen auch danach, welche klinische Symptomatik (z.B. ADHS oder Depressionen) derzeit klinisch führend ist. Vor allem neuere Antidepressiva (z.B. Mirtazapin) oder Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) lassen sich gut mit Stimulanzien kombinieren.

Für die Medikationseinstellung und Umstellung sind sehr engmaschige ärztliche Kontakte die Regel, daneben erfolgt der Erfahrungsaustausch in der ADHS-Gruppe.

### Psychotherapie

ADHS-Patienten haben häufig ein ausgeprägt geringes Selbstwertgefühl und haben es nicht (oder nicht mehr) geschafft, ihr Leben allein in den Griff zu bekommen. Erwartungen, die an sie gestellt wurden, konnten sie häufig trotz größter Anstrengung nicht erfüllen. Dies gilt leider auch in Hinblick auf vielfältige gute Ratschläge zur Verbesserung der Situation oder frustrierende Therapieerfahrungen. Daher ist eine von gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz gekennzeichnete Atmosphäre in der Klinik gerade für diese Patientengruppe die Grundvoraussetzung, den Mut aufzubringen, über Gefühle, Enttäuschungen, traumatisierende Erlebnisse und Kränkungen zu sprechen und für die Zukunft eine realistische Zukunftsperspektive und einen möglichst konkreten Handlungsplan für schrittweise Veränderungen zu entwickeln.

Das stationäre Behandlungskonzept soll dabei einerseits eine Verarbeitung und Neubewertung der erfahrenen emotionalen Verletzungen ermöglichen, andererseits aber auch durch Bestätigung und Anleitung zur Veränderung der aktuellen Situation eine konkrete Hilfestellung bieten. Dabei sind Stimmungsschwankungen und niedriges Selbstwertgefühl mit teilweise extremen Selbstabwertungen häufige Themen in der Therapie. Andererseits verfügen diese Patienten oft über enorme Ressourcen und Kompensationsfertig-

keiten, die sie in der Vergangenheit häufig nicht frei entfalten oder nutzen konnten.

Unser Behandlungskonzept ist gruppentherapeutisch orientiert. Dies ermöglicht den Patienten einerseits soziale Unterstützung und gegenseitige Hilfestellung, insbesondere aber auch den Erfahrungsaustausch über ADHS und damit verbundene Probleme im Alltag. Allein das Wissen um ADHS führt bei vielen Patienten dabei bereits zu einer Entlastung und Reaktivierung von Ressourcen, die dann im stationären Setting optimiert und trainiert werden können.

Definitionsgemäß handelt es sich bei ADHS um eine lebenslang bestehende Grundproblematik, die zu nachhaltigen Beeinträchtigungen der alltäglichen Lebensorganisation, Selbstbild und Identität und zwischenmenschlichen Verhalten (z.B. gegenüber eigenen Kindern, Partner, Arbeitskollegen) führen kann. Eine zeitlich begrenzte stationäre Therapie kann in aller Regel eine neue Sichtweise auf bisher als eigenes Versagen, mangelnde Anstrengung oder schlechte Erziehung bezeichnete Probleme bringen und damit eine Änderung von dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern (z.B. Perfektionismus und Selbstüberforderung, wiederholte Konflikte und Eskalationen in Partnerschaft oder Beruf, Verhaltenssexzeesse) einem therapeutischen Zugang eröffnen.

### Kunsttherapie

Da Kreativität sich als eine ganz wichtige Ressource bei vielen ADHS-Patienten erweist, spielt gerade die Kunsttherapie zum Wiederentdecken von eigenen Fähigkeiten und Ausdruck von eigenen Gefühlen eine große Rolle. In der Zusammenarbeit mit den Kunst- und Musiktherapeuten kann hier auch über nonverbale Therapiemedien eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit erzielt werden.

### Sozialberatung/Berufsförderung

Leider befinden sich viele Patienten aufgrund der ADHS-typischen Probleme in sozialen Problemlagen. Unser Sozialdienst kann Informati-

onen und konkrete Beratung (z.B. Schuldenberatung, Hilfe bei Anträgen, Umschulungsmöglichkeiten und ggf. auch berufliche Reintegration) unterstützen. Dies kann auch die Hilfestellung für die nachstationäre Weiterbetreuung oder Informationen über Selbsthilfemöglichkeiten am Heimatort einschließen.

Wir streben eine enge Zusammenarbeit mit den Trägern und Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation an. Eine Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Hamburg soll im Rahmen eines Modellprojektes Möglichkeiten der vernetzten ambulanten und stationären Reintegration von Arbeitnehmern mit einem ADHS-Syndrom und komorbiden Störungen erarbeiten.

### Sport- und Physiotherapie

Bewegung und sportliche Therapieangebote eignen sich gerade für ADHSler einerseits zur körperlichen Betätigung, reduzieren die Stressbelastung und können gerade in der Gruppe soziale Neuerfahrungen und Spaß vermitteln. Ergänzend können im Haus krankengymnastische und balneo-therapeutische Behandlungsangebote bei entsprechender Indikation (z.B. orthopädische Begleiterkrankungen) genutzt werden.

Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung) haben sich bisher bei den meisten ADHS-Patienten als nicht zielführend erwiesen. Hier erweisen sich übungs- und handlungsorientierte Maßnahmen zur Reduktion eines erhöhten Stressniveaus als hilfreicher. Bei positiven Vorerfahrungen unterstützen wir jedoch das Wiedererlernen entsprechender Entspannungsverfahren.

Leider (noch) nicht im bezahlten Angebot der Klinik, dennoch für viele Patienten eine interessante Herausforderung und Neuerfahrung: Unmittelbar in der Nähe der Klinik befindet sich ein Tree-Trecking-Angebot (in seiner Art eines der größten Angebote überhaupt). Regelmäßig organisieren wir hier zusammen mit unseren Therapeuten in den Gruppen entsprechende Kurse, die in Hinblick auf kontrolliertem Adrenalin-„Kick“ wie auch vorausschauendem

Denken und Handeln, Selbstwert und Handlungskompetenzen in der Gruppe positiv sein können.

### Sozialmedizinische Beratung

Gemeinsam mit dem Patienten wird ein positives und negatives Leistungsbild erstellt, das die Einsatzmöglichkeiten und den Förderungsbedarf hinsichtlich der weiteren beruflichen Rehabilitation beschreibt und ggf. gezielte Hilfsmöglichkeiten beinhaltet. Hier streben wir für die Zukunft eine noch engere Kooperation mit entsprechenden Anbietern von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation an.

### Wann ist eine stationäre Rehabilitation möglich und wann nicht?

Gerne klären wir in einem persönlichen Vorgespräch die Voraussetzungen, Erwartungen und Therapieziele eines stationären Aufenthaltes.

Für die Behandlung haben wir ein Mindestalter von 16 Jahren im ADHS-Bereich festgesetzt. Nach „oben“ gibt es keine Grenze... Das Behandlungsangebot ist aus unserer Sicht schwerpunktmäßig bei Vorliegen von deutlichen Störungen des Sozialverhaltens/Delinquenz und akuten Sucht-

problemen nicht geeignet. Uns ist durchaus bewusst, dass es einen hohen Bedarf auch – oder gerade – für diese spezielle Gruppe von Jugendlichen und Erwachsenen gibt. Hier wären aber längerfristige und sozialpädagogisch orientierte Therapiekonzepte erforderlich.

In aller Regel ist für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in unserer Klinik ein Medizinischer Rehabilitationsantrag durch einen behandelnden Arzt erforderlich. Dieser wird an die zuständige Krankenkasse bzw. Rentenversicherer geschickt und dort geprüft. Wir halten gerade bei Vorliegen von Begleit- und Folgestörungen der ADHS eine Rehabilitationsmaßnahme für begründet.

Weitere Argumente können sein:

1. Die geplante Verordnung der Maßnahme erfolgt mit der Zielsetzung, eine Krankheit zu behandeln, zu verhüten, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mindern (§11 SGB V):
  - Nach Ausschöpfung aller verfügbaren ambulanten Mittel ist dies nur unter stationären Bedingungen möglich (man sollte aufführen, was man vergeblich versucht hat)
  - eine Herausnahme des Patienten aus dem häuslichen oder beruflichen Konfliktfeld ist ärztlich und therapeutisch notwendig,
  - um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu erhalten,
  - die Symptomatik erfordert eine ständige medizinische bzw. therapeutische Betreuung, in Form von erneuter Diagnostik, Neueinstellung der Medikation, Behandlung von Depressionen, Erschöpfung, Schlafstörungen etc.
  - der Patient kann seine Störung aus eigener Kraft nicht überwinden,
  - die kurzfristige Aufnahme des Patienten in die Klinik ist dringend erforderlich, da sonst Einweisung in das nächste Akut-Krankenhaus droht,
  - eine vorangegangene ambulante oder stationäre Behandlung, zum Beispiel in einem Krankenhaus, war nicht ausreichend (§ 40 Abs. 2 SGB V), nicht zuletzt weil eben Akuthäuser kein multimodales Therapieangebot machen können.

## Vorankündigung

**10. März 2007**

in Helmstedt

### Kleines Symposium zur Gründungsversammlung des „ADHS Deutschland (e.V.)“

Referenten u.a.

Dr. Huss, Cordula Neuhaus

Im Vormittag findet außerdem noch einmal die jährliche Mitgliederversammlung des BV AÜK und des BV AH statt. Die Einladungen erfolgen rechtzeitig im Januar.

**Diesen wichtigen Termin bitte schon jetzt in Ihren Terminplaner 2007 eintragen!**



2. Sie benötigen eine stationäre Psychotherapie, weil

- Eine psychische Symptomatik besteht, die in ambulanter Therapie zu chronifizieren droht bzw. Aufgrund der lebenslangen ADHS-Problematik bereits zu Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen führt.
- eine im psychischen Beschwerdebild begründete Indikation gegeben ist. (z.B.: der Schweregrad der Störung ist besonders stark ausgeprägt),
- die stationäre Psychotherapie als Motivierung für eine sich anschließende ambulante Behandlung dient.

Leider gibt es derzeit erhebliche Probleme, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BFA) genehmigt zu bekommen. Mit den Rentenversicherungen bestehen keine speziellen Verträge, grundsätzlich hätten aber Patienten im Rahmen ihres Wunsch- und Wahlrechtes den Anspruch auch in unserer Klinik behandelt zu werden (wenn dies fachlich bzw. wirtschaftlich zu vertreten ist).

Argumente für die Berechtigung des Wunsch- und Wahlrechtes nach (§ 9 SGB IX) sind:

- Sie haben durch Empfehlung, Vorgespräch oder vorangegangene Behandlung großes Vertrauen in die Klinik oder die Therapeuten,
- dem beantragendem Arzt ist die Klinik und deren Ärzte gut bekannt,
- die überschaubare Größe der Klinik (80 Betten) ermöglicht eine sehr individuelle Betreuung,
- Die Besonderheit der Klinik liegt in der Spezialisierung auf ADHS und komorbide Störungen, gerade Essstörungen und Adipositas können ideal mitbehandelt werden.

Für Privatversicherte Patienten gilt die Klinik als gemischte Krankenanstalt, es kann also eine Akutbehandlung erfolgen. Allerdings ist hier in aller Regel unbedingt eine vorherige Kostenzusage der Versicherung einzuholen, um unnötigen Ärger zu verhindern. Die Klinik ist als beihilfefähig anerkannt.

#### Ausblick

Wie auch in unserem Essstörungs-

bereich werden wir zukünftig in Form von Samstagsveranstaltungen (Brunch) einen Austausch über ADHS in Form von Fachvorträgen und Workshops mit der Möglichkeit des Wiedersehens und Neu-Kennenlernen organisieren. Daneben planen wir Workshops mit namhaften ADHS-Experten zu Themen wie ADHS und Partnerschaft, Coaching bei ADHS, ADHS und Beruf. Auch weiterhin werden wir regional und überregional Vorträge und Workshops zur weiteren Information über ADHS und Behandlungsmöglichkeiten wahrnehmen und stehen hier auch örtlichen Selbsthilfegruppen gerne zur Verfügung. ←

Weitere Informationen:

Auf der Internetseite [www.klinik-lueneburger-heide.de](http://www.klinik-lueneburger-heide.de) sind weitere Informationen über das Behandlungskonzept und Veranstaltungen zu finden.

Klinik Lüneburger Heide

ADHS-Schwerpunkt

für Erwachsene

Am Klaubusch 21

29549 Bad Bevensen

Tel. 05821-960-0

[info@klinik-lueneburger-heide.de](mailto:info@klinik-lueneburger-heide.de)

**Alles auf einen Blick:**

Maßnahmen  
katalog ADHD

Maßnahmen  
katalog ADHD

- ADHD-typische Symptome in Entwicklungsphasen/ im Lebensverlauf
- Was kann getan werden (med./therap. Bereich – Eltern – Erzieher – Lehrer)
- Hilfe bieten ...
- Kostenträger

**DIE Einstiegs-Orientierung zur ADHD in knapper Form für Betroffene, ihre Bezugspersonen, weitere Beteiligte**

Maßnahmen  
katalog ADHD

- macht Mut zum aktiven Umgang mit ADHD
- zeigt Ressourcen auf
- regt zur Zusammenarbeit der Beteiligten an



**Erhältlich als Poster (€ 2,50) oder als PowerPoint-CD für Vorträge und Workshops (€ 31,00) (zzgl. pauschaler Versandkosten von € 4,00) in der Bundesgeschäftsstelle des BV AÜK:**

**Bestellung per Fax 030/85 60 59 70 oder per E-Mail [info@bv-auek.de](mailto:info@bv-auek.de)**

# Gut bis sehr gut begabte Mädchen und Frauen mit ADHS

Cordula Neuhaus



C. Neuhaus hielt diesen Vortrag auf dem 1. Frauentag über ADHS in der Schweiz

Zwar ist Sari Soldens Buch „Women with Attention Defizit Disorder“ bei uns schon eine ganze Weile unter dem deutschen Titel „Die „Chaosprinzessin“ erschienen, die wissenschaftliche Forschung hat das Thema „ADHS bei Frauen“ jedoch noch nicht richtig angepackt. J. Biedermann und seine Kollegen von der Harvard Medical School stellten 1997 eine Untersuchung von 130 Mädchen vor. Die Mädchen waren zwischen 11 und 12 Jahren alt, stammten aus intakten Familien und besaßen einen IQ über 80. Die Diagnose war sorgfältig nach den DSM-IV-Kriterien erfolgt. Sie kamen zur Einschätzung, dass das Hauptsymptom bei den Mädchen die Aufmerksamkeitsstörung ist (90 Prozent), gefolgt von der „Impulsivität“ (70 Prozent), mit einem nur kleinen Anteil von Hyperaktivität (15 Prozent).

Im Vergleich zur Kontrollgruppe fanden sie bei diesen Mädchen sehr viel Angststörungen (32 Prozent), Depression (17 Prozent), oppositionelles Verhalten (33 Prozent), letzteres fast nicht auftretend in der Kontrollgruppe (!).

Die Forschergruppe schlug damals vor, die Geschlechterverteilung bei ADHS neu zu definieren und nicht mehr zu postulieren, dass 6-9mal häufiger Jungen betroffen sind als Mädchen, sondern die Verteilung wahrscheinlich eher bei 2:1 liegt.

Angesichts der Reizoffenheit und Reizfilterschwäche bei ADHS erscheint die Aufmerksamkeitsstörung als „eine Unfähigkeit, die Konzentration willentlich steuern zu können“, wie es Johanna Krause definierte, und wie es auch der Formulierung der kleinen deutschen Experten-Gruppe des ADD-Forums Berlin seit längerem entspricht.

Ist ein Kind gut begabt, fallen natürlich die vielen „einströmenden“ Reize auf „fruchtbaren Boden“. Die Beeinträchtigung der Lebensführung ist jedoch auch bei gut begab-

ten Kindern mit ADHS beachtlich, nicht zuletzt durch die Vigilanzdysregulation, die sie ebenfalls haben, die Impulskontrollstörung, die Hypersensibilität.

Derzeit versucht man immer noch und zum Teil vehement, dieses Anderssein mit allen möglichen Erklärungsmustern zu belegen. So wird vom „High-need-Baby“ gesprochen, dessen Schreien „Ausdruck eines besonderen Bedürfnisses“ oder „einer besonderen Begabung“ sei.

In den Buchläden findet man immer mehr Literatur über die „Indigo-Kinder“, die „neue und ungewöhnliche“ psychologische Merkmale sowie Verhaltensmuster zeigten, die aus „früheren Zeiten nicht belegt“ seien. Diese Kinder verlangten von den Eltern und Lehrern „einen absoluten Kurswechsel“ im Umgang und in der Erziehung, wenn man ihnen helfen wolle, das innere Gleichgewicht zu finden und Frustrationen zu vermeiden. In diesen Büchern wird postuliert, dass die „Indigo-Kinder“ möglicherweise der nächste Schritt in der Menschheitsevolution seien, Kinder, die das System zu sprengen scheinen, intelligentere Kinder, die man zur absoluten Entscheidungsfreiheit erziehen müsse – um dann von Brain-Gym, der Afa-Alge, etc. zu profitieren.

(Hier ist die Frage angebracht: Wer profitiert denn wirklich – die Kinder oder „gewisse Kreise“?)

Perfide ist, wenn man dann auch noch lesen muss: „Warum wird bei so vielen unserer hellsten Kinder die Diagnose Aufmerksamkeitsstörung (ADD oder ADS) gestellt?“

Auch in esoterischen Kreisen wird gemutmaßt, dass es „Highly-sensitive-Child-Syndrome“ bei Kindern gebe, die oft fälschlicherweise als verhaltensauffällig oder lerngestört eingestuft würden. Bei ihnen bestehe eine Lageveränderung des Keilbeins in der Schädelmitte, die aus technischen Gründen im Rönt-

genbild nicht nachweisbar sei, weil dies nur ausschließlich kinesiologischen und osteopathischen Methoden vorbehalten sei. Natürlich wird dann äußerst kritisch damit umgegangen, dass man solchen Kindern z. B. „Ritalin“ gibt, da dieses Medikament „Blockaden“ im Nervensystem verursache!

## Es ist halt immer wieder dasselbe...

Schon das ganz kleine Kind mit ADHS – besonders und stark ausgeprägt ein Begabtes – zeigt oft die typischen Symptome einer Dysregulation der autonomen Selbststeuerung. Hyperempfindlichkeit besteht bei vielen schon im Babyalter. So scheint z.B. Gesicht waschen eine barbarische Prozedur zu sein. Viele reagieren schon früh aversiv auf bestimmte Fasern wie Schurwolle oder Polyacryl. Viele scheinen große Probleme zu haben, einen zufriedenen Wachzustand erleben zu können, reagieren auf jede unerwartete Veränderung erst einmal mit Abwehr, z. B. auch auf eine neue Nahrung. Die meisten zeigen schon ganz früh eine Dysregulation des Thermoempfindens, des Hunger- und Durstbedürfnisses.

Anstrengende Babys und Kleinkinder mit hoher Begabung und ADHS zeigen daneben schon früh Schwellen- und Trennungsängste. Daher ist es bei allen (!) Übergängen notwendig, ihnen immer alles vorher anzukündigen (vgl. Neuhaus 2003).

Gerade die sehr Begabten zeigen auf eindrückliche Art und Weise, dass sie schon früh „fernsinnorientiert“ sind und wirklich alles nur interessant erscheint, was die „Großen“ machen. Solche Kinder sind aber schnell überreizt, können sich zunehmend schlecht schützen z.B. durch Schließen der Augen. Diese Kinder sind ein Seismograph der elterlichen Empfindungen, scheinen regelrecht jede sich verändernde Muskelspannung

des Elternteils wahrnehmen zu können, der sie trägt, anfasst, reagieren auf jede Tonfallveränderung, das „Timbre der Stimme“.

Schon im ersten und vor allen Dingen dann im zweiten Lebensjahr wird deutlich, dass wirklich alles registriert wird, was neu, interessant und spannend ist, und, sobald das gelingt, wird versucht zu imitieren, zu experimentieren.

Schon früh zeigt sich bei begabten Kindern mit ADHS eine oft extreme Geräuschempfindlichkeit, bei manchen auch eine deutliche Lichtempfindlichkeit. Diese Kinder wirken noch sensibler, verletzlicher und irritabler als andere Kinder mit ADHS.

Früh setzen verblüffende Leistungen ein im Bereich der Selbstständigkeit, der Kreativität und auch der Kombinationsfähigkeit. Warum soll man nicht schon mit 16 Monaten selbst einen Spaziergang unternehmen?

Das gleiche Kind kann allerdings „bei zuviel Umtrieb“ eigenwillig im Rückzug wirken, es sondert sich ab, geht auf die Seite, wirkt „scheu“ auf andere Kinder. Findet ein solches Kind etwas interessant, versinkt regelrecht die Welt um es herum. Auch das ist schon sehr früh beobachtbar. Und gerade die gut Begabten können oft ganz früh ein aversives Gefühl benennen z.B. „Angst“ (mit 21 Monaten z. B. (!) vor dem Schlittensfahren...).

Alles wird aufgenommen, was neu, interessant und spannend ist und – sobald ein solches Kind zur Verbalisierung fähig ist – mit oft sehr treffender Benennung. Diese Kinder wirken deswegen oft schon ganz früh „besserwisserisch“, überheblich, provokant, angeberisch. Und spätestens im Vorschulalter hören sie dann Sätze wie „Steig doch mal von deinem hohen Ross herunter!“ oder „Wo hast du denn das nun schon wieder her?“ oder „Wenn du schon immer alles weißt, warum lernst du dann nicht?“...

Diese sehr kreativen Kinder haben immer wieder irgendwelche „Spielideen“ und man lernt schon im zweiten Lebensjahr sehr genau darauf zu hören, was für Geräusche das Kind macht – ist es still, ist Gefahr im Verzug...!

Nach meiner Einschätzung ist die Aufmerksamkeitsstörung von der Vigilanzdysregulation und der Impulskontrollstörung gar nicht zu trennen.

Gerade das gut begabte Kind mit ADHS registriert alles, wird geradezu magisch angezogen von allem, was für es neu, spannend und interessant ist, mit oft früh schon klarer Benennung (ein Anecken durch „Kommentieren“ erscheint dann natürlich überheblich!).

Die Hyperfokussierung bei hoher Motivation, positiver Emotion und entsprechender Aktivierung wird oft früh zum Problem, ebenso wie das impulsive Reagieren und die heftigen Stimmungsschwankungen mit der ständigen Tendenz, sich in etwas „hineinzusteigern“, – wie Sari Solden treffend sagt, „ADHD just happens in the brain“, d.h. ADHS passiert einfach im Gehirn ...

Bereits im Vorschulalter wird auch bei den gut begabten Kindern deutlich, dass sie sich von anderen Kindern in der willentlichen Steuerung unterscheiden. Kann ein Kind, das kein ADHS hat, sehr wohl einmal etwas tun, obwohl es nicht gerade besonders große Lust darauf hat, gelingt das einem Kind mit ADHS leider nicht so. Es ist darauf angewiesen, dass ihm etwas ein gutes Gefühl macht, kann nur dann auf seine volle Hirnfunktion zurückgreifen – sonst hat das Gehirn leider nur „Bildschirmschoner“ an. Wird dann noch verärgert oder gereizt reagiert, wirkt das Kind sofort „bockig“, ist aber tatsächlich schlicht blockiert, da ihm nun auch noch die Stimmung rapide abfällt.

Bei großen Herausforderungen aber kann niemand so schnell reagieren und über eine so extrem hohe Aktivierung verfügen wie jemand mit ADHS, z. B. im Hinblick auf Improvisation. Und gerade den gut Begabten fällt immer noch irgendetwas ein. Sie sind für „Kreativität“ geradezu prädestiniert, gerade weil die Neubildungsfähigkeit des Stirnhirns eingeschränkt ist und sie so ganz schnell auf neue „Ideen“ kommen, da sie nicht „automatisch“ nach der Analyse eines Gedankens am Thema bleibend diesen Vorgedanken wieder zusammenbauen, sondern ganz schnell „vom Hundertsten ins

Tausendste“ kommen, sehr schnell irgendeine Assoziation aus irgendeiner früheren Beobachtung einbringen und somit „wissen“, wie ein Werkzeug anzuwenden ist.

Außer Zweifel steht, dass durch intakte Stirnhirnfunktionen die willentliche Verhaltenssteuerung deutlich besser funktioniert. Jemand mit ADHS ist seiner Motivation oder einem deutlichen (aber freundlichen!) „Druck“ von außen regelrecht ausgeliefert – die Leistungsschwankungen sind entsprechend stark und leidet immer wieder Anlaß zu für die Kinder nur abträglichen Kommentaren wie „Du könntest, wenn Du nur wolltest!“.

Auch ein sehr begabtes Kind mit ADHS **kann** „syndromtypisch“ nur hören, was ihm selbst interessant, neu und wichtig erscheint, **muß** alles hören, was subjektiv neu, interessant und wichtig erscheint, und hat entsprechend viele „Spontanassoziationen“ – die es dann auch umsetzt.

Andererseits gilt es zu verstehen, dass auch das sehr gut begabte Kind mit ADHS immer wieder wegdriftet, durch sein etwas anderes Betriebssystem des Gehirns große Probleme hat mit dem Übergang von einer Situation in die nächste (wenn diese nicht subjektiv erwünscht erscheint), auf plötzliche Veränderungen und Hektik grundsätzlich abwehrend reagiert.

### Mädchen tun sich weniger schwer

Obwohl sie wirklich „alle Antennen auf Empfang“ zu haben scheinen und implizit (d.h., „so nebenher“) sehr viel aufnehmen, scheint es auch dem gut begabten Kind mit ADHS (auch dem Mädchen) nur mühsam möglich zu sein, Regeln zu lernen. Wobei sich Mädchen nicht so schwer tun wie ein Junge. Auch das gut begabte Kind mit ADHS hat Schwierigkeiten, sofort auf Nachfrage (!) explizit aus dem Gedächtnis etwas abrufen zu sollen, „Ausgefragt zu werden“ ist problematisch, ebenso wie direkt nach einer Situation berichten zu sollen.

Kinder mit ADHS und hoher Begabung sind besonders bedroht, früh tiefe Verzweiflung über sich selbst mit entsprechenden Selbstanklagen

zu entwickeln, wenn einmal wieder irgendetwas nicht gelingt, sie etwas nicht sofort wissen, es ihnen nicht sofort einfällt.

Dabei beginnen schon Vorschulkinder mit ADHS und hoher Begabung völlig intuitiv sich selbst zu instruieren, indem sie quasi mit sich sprechen, wenn sie etwas tun, entwickeln häufig schon früh ein hohes Eigenanspruchsniveau und versuchen oft beobachtbar mit Willensanstrengung und Verstand zu kompensieren. Gelingt dies aber nicht, bezeichnen sie sich schon früh als Idiot, haben und äußern das Gefühl, niemand sei so blöd wie sie. Gelingt z. B. das Malen nicht so gut oder das Basteln oder hat so ein Kind beim Laufen durch den Flur vergessen, was es wollte, kann man schon früh entsprechende Verbalisationen hören. Je weniger sie vom Umfeld verstanden werden, je häufiger die Kinder dann auch als „Trottelchen“ o.ä. bezeichnet werden, desto früher haben sie Probleme mit ihrem Selbstwertgefühl. Manchmal fühlen sie sich gerade von ihren Eltern nicht verstanden, entwickeln früh eine Präferenz für freundlich – gelassen – direktiv mit ihnen umgehende Erwachsene. Viele der gut begabten Kinder mit ADHS, vor allen Dingen die Mädchen, habe ganz früh schon das Gefühl, dass eigentlich alles verkehrt sei, was sie tun. Viele lernen schon vor der Schule lesen und verschlingen dann Bücher, holen sich unter Umständen in der dritten oder vierten Klasse regelmäßig Lesefutter aus der Bibliothek und müssen sich anhören, lesesüchtig zu sein. Irgendwie wird wohl begabten Jungen solches Verhalten viel mehr zugestanden und auch akzeptiert und unterstützt. Aber bei Mädchen?

So wird ein Schulkind gebeten, doch mal eine „Klavierspielpause“ zu machen, das sehr genaue Malen im Hyperfokus bei großem Interesse wird mit den Worten kommentiert: „Du musst doch nicht immer alles so perfekt machen wollen“.

Die syndromtypische, extreme Beeinflussbarkeit kann bei einem sehr gut begabten Mädchen mit ADHS zu gefährlichen Einstellungen führen, wenn entsprechende Sätze geäußert werden wie: „Du wirst einmal Bundeskanzlerin“ (vom Opa) oder „So

kluge Mädchen bekommen keinen Mann“ (von einer Patentante). Das sind nur zwei Beispiele von unzähligen. Besonders gut begabte Mädchen mit ADHS scheinen das Umfeld regelrecht zur Polarisierung in Wahrnehmung und Bewertung aufzufordern.

### Nachhaltig traumatisierbar

Kinder mit ADHS und hoher Begabung sind jedoch leider durch ihre Hypersensibilität auf der aufnehmenden Ebene schnell und nachhaltig traumatisierbar. Werden sie mit etwas unerwartet Schrecklichem konfrontiert, gleich ob sie es sehen, hören oder fühlen, auch z. B. einen unerwartet heftigen Schmerz, bleibt die „Nachwirkung“ ein Leben lang bestehen, ist offensichtlich nicht zu löschen. Dafür entstehen nur zu leicht antizipierende Ängste, Erwartungsängste bis hin zur Phobie oder auch bei Neubelebung eine Re-Traumatisierung. Viele sehr gut begabte Kinder mit ADHS, vor allen Dingen auch Mädchen, haben schreckliche Angst vor Spritzen und dem Zahnarzt, da irgendwann jemand medizinisch eingreifen musste und die Schmerzempfindlichkeit, die große Anspannung als „Anstellerei“ empfand und entsprechend vorging.

Früh schon beobachten sehr gut begabte Mädchen mit ADHS, dass bei ihnen irgendwie alles anders ist.

So wünscht sich vielleicht eine 10-Jährige zum Geburtstag das Abonnement der „Zeit“. Und während sie eine kleine selbst gebastelte Papierpyramide mit unterschiedlichen Farben sich auf einem Bleistift drehen lässt, äußert sie, dass ihre Stimmung ebenso schnell wechsle, wie sich die Pyramide dreht und sie in jeder Stimmung leider eine Entscheidung treffen. Darum sei sie mit ihren Handlungsergebnissen so unzufrieden.

Dieses Mädchen möchte sich gern „zusammenreißen“, kommt überhaupt nicht damit zurecht, dass es auf der einen Seite nicht nur sehr gut in der Schule ist, sondern auch sehr gut reitet, schwimmt, singt – sich andererseits aber mit den Gleichaltrigen überhaupt nicht versteht und in jeder Hinsicht von diesen ausgegrenzt wird. Ihre Verzweiflung bringt sie zum Ausdruck, indem sie eine

Weile nur noch schwarz malt, ausdrucksstark, kräftig – aber für eine 10-Jährige eben wieder einmal „völlig exotisch“.

Kate Kelly und Peggy Ramundo, die beide erst jenseits des 40. Lebensjahres mit ADHS diagnostiziert wurden, betitelten ihr Buch mit „You Mean I'm Not Lazy, Stupid or Crazy...“.

Das ganz große Dilemma ist, dass Kinder mit ADHS und sehr guter Begabung immer sehr wertschätzend und gleichberechtigt behandelt werden müssen, mit vollstem Verständnis für gelegentliche Rückfälle ins „Babyalter“, auch wenn sie größer werden, denn auch sie sind hinsichtlich der Fähigkeit, Selbstverantwortung für sich zu übernehmen, entwicklungsverzögert. Sie dürfen nicht mit einem Gleichaltrigen oder einem Geschwisterkind verglichen werden.

Auch sie haben das Problem, nicht bei all dem, was so tagtäglich an Routinen abzuwickeln ist, „aus Einsicht lernen zu können“. Auch sie haben die typischen Entscheidungsprobleme, sie entscheiden sich entweder ganz spontan aus dem Bauch heraus oder eben nicht. Sie können, ebenso wie andere Kinder mit ADHS, schlecht Dinge lernen, die sie nicht interessieren, brauchen auch, wie andere Kinder mit ADHS, dafür Wiederholung, sehen dies oft aber gar nicht ein und diskutieren noch „diskussionsprofessionalisierter“ als andere Kinder mit ADHS.

Auch sie sind ihrer Stimmung, die man ihnen sofort ansieht, regelrecht ausgeliefert. Maren, 3 ½, übt jetzt schon „Grimmassen schneiden“ vor dem Spiegel, um, wie sie das bei den Großen mitbekommen hat, ein „Pokerface“ zu machen.

Auch den sehr gut begabten Kindern mit ADHS fällt es schwer, sich abgrenzen zu können, auch sie haben ein Zeitfenster im Jetzt, neigen später eher dazu, in viel zu kleine Zeiträume viel zu viel hineinzupacken.

Obwohl bei Eigeninteresse die Verbalität hervorragend ist, vor allen Dingen natürlich bei Mädchen (die ohnehin meist Sprache früher und stabiler entwickeln) imponiert, dass sie sich zwar sehr inten-

siv über ein bestimmtes Thema, das sie interessiert, unterhalten können, aber „Small Talk“ nicht gelingt, einfach nur „irgendwas“ sagen zu sollen – wozu?

Und das wirkt oft „stoffelig, mürrisch, komisch“. Über ihre Gefühle, die sie heftig und augenscheinlich haben, können sie meist etwas früher reden als ihre männlichen Leidensgenossen, aber nur zu bestimmten Zeiten und mit jemand, der ihnen vertraut ist und sicher nichts „schönreden“ will, Vorhaltungen macht, etc.

Je früher das Problem erkannt und benannt und nicht bagatellisiert wird, umso effektiver wirkt Hilfe, damit es nicht zur schädlichen, sozialen Ausgrenzung kommt und/oder der Entwicklung komorbider Störungen vorgebeugt wird.

Je früher man klar bekommt, dass auch Mädchen mit ADHS und sehr hoher Begabung bei allen Vorgaben sachlich, logische Erklärungen brauchen, mit Wertschätzung und Empathie, und eine Strategie nur anwenden können, wenn sie ihnen auch „wissenschaftlich“ begründet worden ist, desto besser. So ist es für sie nachvollziehbar, dass Üben vom Stress entlastet, ständig neu lernen zu müssen, dass es beim Hyperfokussieren einer vertrackten Aufgabe sinnvoll ist, kurz davon wegzugehen, den Blick abzuwenden, beruhigend mit sich zu reden, „dass man das schon schaffen wird...“ – Einleuchtendes wird angewandt.

Auch für sie ist es wichtig in der Schule, dass der Lehrer weiß, sie brauchen ihre Struktur, aber auch Kontrolle und ganz sicher vor allem Verstärkung ihrer Anstrengungsbereitschaft!

Gegebenenfalls müssen sie eine Klassenstufe überspringen dürfen, ohne dass die Hauptsorge der „sozialen Integration“ gilt – sehr gut begabte Kinder mit ADHS können akzeptiert oder toleriert werden, integriert nie. Kognitiv sind sie Gleichaltrigen voraus, bezüglich der Eigenverantwortlichkeit, der Selbstüberwachungsfähigkeit hinken sie hinterher. Hypersensibel, empathisch mit anderen, mitfühlend und schnell „begreifend“ wirken sie seelisch manchmal sehr reif, alt – auch wenn das Ver-

halten bisweilen „kindisch“ da sehr spontan wirkt.

Unbedingt sollte ihnen auf ihrer Entwicklungsebene erklärt werden, was mit ihnen los ist – umso besser nehmen sie Hilfe an. So sollte ihnen dann auch erlaubt werden: z. B. Druckschrift zu schreiben oder längere Texte später am Laptop zu verfassen.

### **Herausfordernde Aufgaben sind wichtig**

Natürlich müssen sie mit herausfordernden Aufgaben „gefüttert“ werden, aber möglichst nicht nur im kognitiven, sondern auch im sozialen und kreativen Bereich. Es mutet wirklich bisweilen absonderlich an, dass bei allen möglichen Symptomen, die Kinder mit hoher Begabung zeigen, von manchen Psychologen nur geraten wird, die Kinder intellektuell auszulasten.

Wenig hilfreich ist die halbherzig getroffene Entscheidung, ein solches Mädchen 3 Wochen vor den Osterferien in die vierte Klasse springen zu lassen und dann nach 6 Wochen eine Grundschulempfehlung für die Realschule zu geben, da das Kind angeblich den Stoff der vierten Klasse noch nicht so verinnerlicht habe, dass es mit seinem Wissen ein Gymnasium besuchen könne... (obwohl das Kind in der 7. Woche bereits die beste Mathematikarbeit schreibt).

Vor allem in der Schule sollte jede Anstrengung unternommen werden, Hänseleien und Spott zu unterbinden, stattdessen betroffene Kinder mit herausfordernden (v.a. sozialen!) Aufgaben einzubinden, z. B. einem jüngeren Kind zu helfen.

Für solche Kinder lohnt jeder Einsatz störungsspezifischer Therapiebausteine. Sie sind eigenwillig und oft auch schwierig, aber bei einigermaßen erhaltenem oder wiedergewonnenem Selbstwertgefühl absolute Stehaufmännchen und „Macher/Innen der Zukunft“.

Dazu gehört, dass die Eltern ihrerseits Hilfe erhalten. Sie müssen lernen, dass auch bei sehr hoher Begabung ein „automatischer“ Perspektivewechsel nicht heranreift. Die Kinder/Jugendlichen sehen alles aus ihrer Perspektive, mit einseitig polarisierter Wahrnehmung, oft vorschnell

bewertend durch die Impulssteuerungsschwäche, müssen entsprechend alles ausprobieren, können sich nichts sagen lassen und nicht aus Erfahrung genügend lernen.

Es kommt ihnen nicht in den Sinn, dass sie etwas, was sie jetzt machen wollen und was ihnen machbar erscheint, nicht tun sollten. Sie können die tatsächlichen, v.a. langfristigen Konsequenzen ihres Tuns nicht ins Kalkül ziehen.

ADHS ist auch bei sehr guter Begabung eine Anpassungsstörung.

Viele merken schon früh, dass sie von dem, was sie erreichen wollen, nur etwa 60-80 Prozent erreichen. Die Misserfolge führen gerade bei den sehr begabten Kindern mit ADHS, und insbesondere bei den Mädchen, schon früh über Enttäuschung über sich selbst und zur zunehmenden Irritation. Regelrechte Verzweiflungslöcher prägen die Befindlichkeit, hintergründige Ver lust- und Existenzängste entstehen, aber auch Erwartungsängste, z. B. nach traumatischen Erlebnissen, die durchaus auch „nur“ durch Spott von Kameraden entstehen können. Gut begabte Kinder mit ADHS sind oft chronisch angespannt und entwickeln früh z. B. Kopfschmerz als „Somatisierung“.

Die „Chaosprinzessin“ spürt schon recht früh in der Pubertät, dass Zuhören ohne Nebenbeschäftigung nicht geht, dass sie nicht aufpassen kann, wenn die Lehrerin monotone Vorträge hält. So kann sie sich später nicht an den Geschichtsunterricht erinnern, weil sie nur langweilige Lehrer hatte – und das ist ihr im späteren Leben sehr peinlich. Manchmal sieht dann das Abiturwissen wirklich aus wie ein Jengatum im Endstadium (vgl. Neuhaus 2000).

So ist dann natürlich nachvollziehbar, dass „Small-Talk“ bei diesen Hintergründen auch später schwierig ist und nicht nur, weil „zuwenig Interesse für das Gegenüber besteht“, ein häufig vermuteter und geäußelter Grund.

In der Pubertät und Frühadolescenz, einer Entwicklungsphase der Identitätssuche, hat auch das sehr schlaue Mädchen mit ADHS die Wahrnehmung, dass das „Nichtankommen“ vor allen Dingen damit zu-

sammenhängt, dass sie nicht so aussieht, wie sie das gerne möchte (d.h. „natürlich“ mit makelloser Figur!). Bei mangelhafter Selbsteinschätzung und Selbstüberwachung sowie zentraler Dysregulation von Hunger, Durst und Sättigungsgefühl entsteht im Syndrom der Extreme (bei zusätzlich bestehenden zwanghaften Tendenzen) die Gefahr, eine Anorexie zu entwickeln.

Hat das Mädchen sich allerdings angewöhnt, beim Lernen immer etwas für sein Motivationssystem zu tun, z. B. zu naschen, kann dies auch zur Bulimie führen, da sie ja auf keinen Fall ein Speckröllchen auf der Hüfte haben möchte!!!

Ein Beispiel:

Die 19-Jährige war schon immer ein hochimpulsives, sehr kreatives Kind, das schon früh Probleme mit Gleichaltrigen hatte, dabei sehr selbstkritisch wirkte, unsicher, pessimistisch, aber auch sehr fordernd. Schon früh war es ihr dabei wichtig, dass alles um sie herum penibel sauber ist. Als sehr gute Schülerin, die sie auch bleiben wollte, arbeitete sie immer mehr und wurde immer weniger fertig. Mit der Diagnose einer instabilen Persönlichkeit bei überdurchschnittlicher Intelligenz und angeblich bedingt durch elterliche Überfürsorge, wurde sie mit 15 Jahren zum ersten Mal in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen, da sie zusätzlich eine Bulimie entwickelt hatte – wenigstens mit irgendwas (= Essen) musste sie sich doch ab und an mal belohnen – wenigstens kurzfristig...

Besonders bei sehr gut begabten Mädchen und Frauen mit ADHS spielt sich schnell ein „Drama“ ab: nur zu gut nehmen sie die Erwartungen ihrer Umwelt auf, in der es dann heißen mag, dass man sich als Frau anpasst, nett ist, fürsorglich, fleißig, sauber, hilfsbereit. Vielleicht hat sie auch gehört, man müsse die eigenen Bedürfnisse zurückstellen und dürfe die Gefühle anderer nicht verletzen. „Familienmottos“ werden gerade von ihr intensiv aufgenommen. Genau so setzt sie sich aber schon früh mit dem auseinander, was „Frau“ so tut, die heutzutage gleichberechtigt ist, sehr erfolgreich sein kann, wenn sie will, weil „sie es sich wert ist“, sie „den ganzen Tag aktiv ist“.

Aber auch ihr fällt die Selbstorganisation schwer. Sie hat Mühe, die langweiligen Routinen wie Aufräumen, Putzen, Bügeln zu erledigen. Sie sammelt, aus Angst zu vergessen, Kochrezepte, Notizen, Briefe und sonstiges Liebgewonnene.

Auch ihr fällt es schwer zu planen, immer alles präsent zu haben, was sie gerade oder in nächster Zukunft braucht und läuft deswegen mit der sackartigen Handtasche herum, nimmt im Urlaub zuviel mit, hat einen Kleiderschrank voll Nichts – alles Anlass für vielfältige Vorwürfe, Ironisierungen, offenen Spott.

### Schwierige Zeiteinteilung

Auch sie sagt vorschnell zu, schiebt Unangenehmes auf bis zum letztmöglichen Punkt, hat Schwierigkeiten mit der Zeiteinteilung und Überwachung. Auch sie trödelte herum, hat ein Leben lang Schwierigkeiten mit „Zeitdruck“, fühlt sich dadurch gestresst – und ist oft schon früh entsprechend sehr kritikempfindlich. Der Kopf erscheint oft total voll oder gänzlich leer, Stapel von Unerledigtem, vor allen Papierkram, lähmen, sie fühlt sich ganz schnell von viel zu viel „überwältigt“. Und sie schämt sich dafür seit Kindertagen, als die Erzieherin immer wieder mahnend sagte „Ur – su – la!“, im Takt mit der Kirchturmuhre.

Mädchen mit ADHS und sehr guter Begabung wirken nach außen oft „stark“, „zäh“, „engagiert“ – das dahinter liegende Leiden wird nicht gesehen, nicht geglaubt. Eine „Chaosprinzessin“ versucht, mit Willen und Verstand die erkannten Makel zu kompensieren – leider auch immer wieder extrem.

In der Beziehungsgestaltung gelingt die Kontaktaufnahme (wenn keine Komorbidität besteht) in aller Regel sehr gut. Was aber die Fähigkeit zur Empathie betrifft, erzählt auch die sehr begabte „Chaosprinzessin“ viel zu schnell viel zu viel von sich. Sie will gerne dem anderen helfen, bis zur Selbstaufgabe – aber nur so, wie sie es selbst sieht.

Spontan gesteht sie oft emotional viel zu viel zu, bei mangelndem Realitätsabgleich – wobei sich nach der „Hochphase“ aber schnell auch bei ihr die kleine Vergesslichkeit einstellt.

So wird etwas Ausgeliehenes nicht zurückgegeben, eine Versprechung nicht eingehalten, ein Termin, der so wichtig erschien, kurzfristig mit irgendeiner Ausrede abgesagt.

Auch sie hat das Problem, dass sie – wenn sie Gefühle investiert eine 100prozentige Gegenerwartung hegt. Dann wird beim Telefonieren immer noch etwas gefragt oder gesagt, zuviel geredet, vielleicht auch gejammt, mit sofortigem gekränktem Rückzug und grundsätzlichem Hinterfragen der Beziehung, wenn das Gegenüber, egal ob Freundin oder Partner, gerade etwas ungeduldig wirkt – alles nur auf sich beziehend!

Auch sie legt schnell etwas fest, ohne ausreichend rückgefragt zu haben, erwartet die „Totaltreue“ und die „ausgleichende“ Gerechtigkeit. Auch sie erwartet die absolute, grundsätzliche Unterstützung und das Verständnis des Gegenübers, mit oft rigider Fixierung auf irgendeine „alte“ Aussage wie „Ich bin immer für dich da“.

Mädchen mit ADHS und sehr hoher Begabung wünschen sich im extremen Maß Perfektion und perfekt zu sein (– oder gar nichts in dieser Hinsicht nach bösen Erfahrungen). Sie wünschen sich Anerkennung und können meist nur glücklich sein und sich vollwertig fühlen, wenn sie gebraucht werden. Und entsprechend können sie schlecht Nein sagen.

In der Liebe, die sie „syndromtypisch“ überidealisieren, wünschen sie sich 100prozentige Sicherheit und Harmonie, eine Liebe, die ewig hält, belastbar ist, in der sie Rückhalt finden, immer wenn es darauf ankommt. Selbstbestimmt wollen sie dabei sein, aber dann, wenn sie nicht weiter wissen, ein Gegenüber haben, das ihnen eine Entscheidungshilfe gibt.

Als Partner suchen sie sich nicht selten gerne einen „Chaoten“ (meist zum absoluten Entsetzen der Familie), zu dem sie sich einfach „irgendwie“ hingezogen fühlen oder aber einen Vielbeschäftigten. Ihn sehen sie ja nur ab und an und entsprechend weniger Reibereien gibt es.

Erwärmen können sie sich aber auch für einen Versorger und Beschützer, der ihnen viel abnimmt –

ohne den aber alles zusammenbricht, oder durch den sie sich schnell eingeengt fühlen wie durch einen Kontrollierer und Bestimmer, von dem sie sich sicher irgendwann einmal trennen werden, obwohl er vielleicht in einer wichtigen Lebensphase die für sie positive Entscheidung traf.

Nicht selten finden sie einen „Gutmütigen“, Leidgeprüften, eine Mischung zwischen Kumpel, großem Bruder und liebem Opa, der ihnen sicher sehr gut tut, aber irgendwann langweilig wird und sicher der ist, der am ersten betrogen wird.

Sie haben die Tendenz, sich alles ideal zusammenzuträumen – das Erwachen ist oft herb. Viele begabte Frauen mit ADHS haben vor nichts mehr Angst, als vor dem Alleinsein – und finden sich, v.a., wenn sie beruflich erfolgreich sind, früher oder später im Single-Dasein wieder... Es scheint richtiggehend „vertrackt“: In der Partnerschaft landet die „Chaosprinzessin“, auch wenn sie sehr gut begabt ist, oft bei jemand, zu dem sie sich vom ersten Anblick an extrem hingezogen fühlt. Die Liebe auf den ersten Blick stimmt bei ADHS wörtlich und es entsteht blitzschnell das Gefühl, man kenne sich „seit Jahren“. „Problematisches“ wird „übersehen“, wie z. B. Drogen- oder Alkoholprobleme des Partners, eigenwillige Angewohnheiten, ggf. Schuldenbelastung, viele Vorbeziehungen, Kinder aus anderen Beziehungen, Krankheits- und Unfallfolgen, etc.. Trotz sonst bewundernswerter Auffassungsgabe scheint hier Liebe regelrecht blind zu machen – leises Anfragen wird heftigst abgewehrt!

Höchste ästhetische Ansprüche bestehen – oder gar keine, die Umgebung, der Freundeskreis rätselt.

Im Hyperfokus der totalen Verliebtheit wird sofort alles (!!) andere unwichtig und die Selbstdarstellung top – meistens natürlich auch vom Partner, zumal Menschen mit ADHS in aller Regel unter sich bleiben.

Nicht selten hat die „Chaosprinzessin“ aber so wenig Selbstgefühl, dass sie gar nicht wahrnimmt, wenn sie begehrt wird, sie stellt z. B. zu ihrer großen Verblüffung nach Jahren fest, dass früher einmal nicht nur ein Klassenkamerad sehr in sie verliebt war...

Die Beziehungsgestaltung wird rasch problematisch, wenn man alles nur aus seiner eigenen Perspektive sehen kann, alles, was man wahrnimmt, sofort bewerten **muss**. Schwierig wird, wenn man „syndromtypisch“ sofort eine Ausrede oder „Notlüge“ parat hat, eigentlich immer selbstbestimmt sein möchte, in der Not aber eine souveräne Entscheidungshilfe braucht. Uneinschätzbar wird man für den Partner, wenn man sofort dahinschmilzt und zusagt, wenn jemand einen lieb bittet, man sich nur spontan oder gar nicht entscheiden kann und bei Vorhaltungen und Zwängen von außen sofort in eine „kritische“ Stimmung gerät. Kompliziert für viele Männer ist auch, immer wieder hören zu müssen, dass man geliebt wird.

Sehr begabte Mädchen und Frauen mit ADHS denken leider schwarz/weiß, haben oft Angst, etwas zu verpassen, sind schnell eifersüchtig – dabei selbst durchaus bei entsprechender Faszination zu einem Seitensprung bereit.

### „Schiss“ vor dem Alltag

Viele entwickeln schon im jungen Erwachsenenalter in einer Beziehung den „Schiss“ vor dem Alltag. Immer deutlicher wird, dass es ganz schnell zu kleinen Missverständnissen kommt. Entweder kann man nicht planen oder muss alles planen, merkt, dass man mit dem Gegenüber Probleme bekommt sich abzustimmen, wenn der andere einen anderen Rhythmus hat als man selbst. Körperkontakt kann nur aufgenommen werden, wenn man darauf eingestellt ist. Entweder wird harmoniebedürftig alles geschluckt oder aber jede Kleinigkeit bekräftelt, wobei es für die Beziehung natürlich auch problematisch ist, wenn man die Stimmung in der Stimme und in der Mimik hat.

Verliebt bis zum Verschmelzungswunsch kommt es bei der „Chaosprinzessin“ oft sehr spontan und im emotional sexuellen Gefühlsabsturz zum Verkehr. Hier gibt es aber ein Problem der Selbstüberwachung und Selbsteinschätzung bei mangelhaftem Kennen und Erkennen der eigenen Bedürfnisse, oft auch aus Scham oder dem sich nicht richtig

Entspannen können, da man sich hässlich fühlt. Und das vielleicht wegen einem kleinen Speckröllchen am Bauch, das jetzt im Hyperfokus ist.

Ein Problem kann aber auch entstehen durch die überwertige Idee, der andere müsse zufriedengestellt werden. Dann geht man auf ungewöhnliche Wünsche ein, erträgt schwierige Angewohnheiten, etc., aus Angst, das Gegenüber zu verlieren.

Im Beziehungsverlauf wird das Nähe-/Distanzproblem oft dramatisch, wenn tageweise Nähe unerträglich erscheint, oft zyklusabhängig. Intimität nach einem Streit scheint häufig einfach unmöglich, der Partner aber wünscht sie. Irgendwann wird dann früher „Übersehenes“ gravierend und dann stößt sich die „Chaosprinzessin“ wirklich an allem, z. B. am Geräusch, das er beim Kauen macht, am Geruch, wenn er schwitzt, etc.

Jetzt müsste man sich entscheiden, kann dem Partner aber eine Trennung irgendwie nicht antun oder „liebt“ den Partner immer noch – leider aber auch einen anderen, den man so zufällig kennengelernt hat ...

Die Auswirkungen von ADHS auf Beziehung und Sexualität sind in ihrer sozial-medizinischen Relevanz leider allgemein noch viel zu wenig bekannt. Viele Menschen mit ADHS haben „Lebensabschnittspartner“. Oft hat das gewählte Gegenüber eine sehr hohe sexuelle Appetenz, die fast überfordert, phasenweise ist die Eigenappetenz vielleicht aber auch hoch?

Die Enttäuschung nach einem Bruch ist bei sehr begabten Mädchen mit ADHS bisweilen riesengroß, so dass sie kein Gefühl mehr investieren, nie wieder so verletzt werden wollen...

Besonders bei sehr begabten Frauen mit ADHS sieht man als Komorbidität vorrangig Angst, Depression oder Zwanghaftigkeit, seltener deutliches, oppositionelles Verhalten – und leider früh mit einer deutlichen Neigung zur Selbstschädigung. Darum ist es besonders nötig, so früh wie möglich die Diagnose zu stellen und entsprechende Hilfen zu geben, damit dies nicht eintritt. ←

#### Literatur:

- Kelly, Kate & Ramundo, Peggy: 1995, „You Mean I'm Not Lazy, Stupid or Crazy“  
 Neuhaus, C.: Hyperaktive Jugendliche – erwachsen werden mit ADHS, Urania Ravensburger  
 Neuhaus, C.: 2002, ADHS und die verflixte Partnerschaft (Vortrag beim Juvemus-Symposium in Koblenz, Nov. 2002)  
 Solden, Sari: 1999, „Die „Chaosprinzessin“. Frauen zwischen Talent und Misserfolg“. Bundesverband Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e. V. Forchheim

UCB-ADHS-Förderpreis verliehen

## Zwei interdisziplinäre Projekte im Bereich „ADHS und Schule“ prämiert

Im Rahmen der 102. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Mainz wurde der UCB-ADHS-Förderpreis 2005 an Dr. Wolfdieter Jenett aus Stade für das Projekt „ADS/ADHS Ärzte-Lehrer-Seminar“ sowie an Frau Cordula Neuhaus, Esslingen für das Projekt „ADHS-Mini-Notschule“ verliehen.

Die Mitglieder der Jury Prof. Dr. Harald Bode, Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm, Prof. Dr. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Köln sowie PD Dr. Dr. Jan Frölich, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Stuttgart, überreichten den

Ärzttekammer Niedersachsen sowie der Landschulbehörde. Es zeigt einen Erfolg versprechenden Weg, Pädagogik und Medizin zusammen zu bringen, so dass gegenseitig Informationen ausgetauscht und Beratungsinhalte vereinheitlicht werden können. Die interdisziplinären, d. h. von Ärzten und Grundschullehrern gemeinsam besuchten Seminare werden von den Teilnehmern gut angenommen und haben in der Region im Grundschulbereich bereits Flächendeckung erreicht. Von der Jury wird dieses Projekt insbesondere aufgrund seines interdisziplinären und flächendeckenden Ansatzes sowie der Einbeziehung der relevanten Aufsichtsbehörden als innovativ und nachhaltig angesehen.

Das ebenfalls ausgezeichnete Projekt „ADHS-Mini-Notschule“ von Cordula Neuhaus aus Esslingen und ihrer Arbeitsgruppe stellt eine von vielen Eltern nachgefragte Zwischenstation für ADHS-Kinder dar, die eine besondere Unterstützung im schulpädagogischen Bereich benötigen. Hierdurch wird erfolgreich versucht, die bestehende Versorgungslücke des Schulsystems für besonders auffällige ADHS-Kinder zu schließen, die ohne Notschule nicht beschulbar wären. Durch die Zusammenarbeit von Pädagogen und Medizinern sowie eine positive Kommunikation auf der jeweiligen Entwicklungsstufe der ADHS-Kinder könnten Kinder von der „Minischule“ nach einiger Zeit wieder auf das Gymnasium zurückgeschult werden. Das Konzept hat nach Ansicht der Jury Vorbildcharakter und sollte dazu auffordern, für diese Gruppe von ADHS-Kindern pädagogische Lösungen auch im Rahmen des bestehenden Schulsystems flächendeckend zu etablieren. ◀



ADHS-Förderpreisverleihung: Jury und Preisträger

Beide Projekte fördern nach Ansicht der Jury in besonderer Weise die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizin und Pädagogik im Bereich der Versorgung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS).

von UCB-Pharma GmbH gestifteten und mit 5000 € dotierten Preis. Der Kinder- und Jugendarzt Dr. Jenett erhielt den Preis stellvertretend für seine Arbeitsgruppe. Das Projekt „ADS/ADHS Ärzte-Lehrer-Seminar“ läuft seit 2002 mit Unterstützung und Kooperation der

Kinder  
Lehrer

Es kann nicht früh genug darauf hingewiesen werden, dass man die Kinder nur dann vernünftig erziehen kann, wenn man zuvor die Lehrer vernünftig erzieht.

Erich Kästner



# „AD(H)S-Kinder“ in der ergotherapeutischen Praxis

David Lennep

Im Rahmen der NRW Gruppenleiter-Schulung 2006 wurde ich in diesem Jahr von Frau Bürschgens nach Schwalmtal eingeladen.

Es freut mich besonders, dass das Thema Ergotherapie immer wieder mit in die Behandlung von AD(H)S einfließt. Oftmals erscheint die Ergotherapie leider nur als wenig geeignete Therapiemethode, die kaum mit aufgeführt wird. Sie kann jedoch bei einigen Patienten eine wichtige ergänzende Therapie darstellen.

Immer wieder kommt es vor, dass Ergotherapeuten als „Bastel- und Spieltanten“ bezeichnet werden und Ärzte nichts über die Behandlungsverfahren wissen. Dies liegt jedoch nicht immer an der Unwissenheit der Ärzte, sondern leider allzu oft an der mangelnden Aufklärung seitens der Therapeuten. Eine langjährige, qualifizierte Ausbildung spricht heute für die Ergotherapie, die sich zunehmend auch mit dem Thema AD(H)S auseinandersetzt.

In Schwalmtal wurde über diesen Standpunkt diskutiert, und es war meine Aufgabe zu erläutern, was Ergotherapie mit AD(H)S zu tun hat, bzw. welche Spezialisierungen die Behandlung von AD(H)S unterstützen.

Die ergotherapeutische Ausrichtung liegt normalerweise im Wahrnehmungsbereich. Durch verschiedene Medien und Angebote werden alle Wahrnehmungsbereiche von Kindern und Erwachsenen gefördert. Schon hier finden sich erste Berührungspunkte zwischen Ergotherapie und AD(H)S, denn eine auffällige Wahrnehmung ist meist Bestandteil einer Aufmerksamkeitsstörung. Für Ergotherapeuten signifikant sind vor allem die auffällige Körperwahrnehmung (Motorik, Stifthaltung, Balance, Gleichgewicht etc.), aber auch die auffällige optische und akustische Wahrnehmung (Lese-, Schreibprobleme, Hörverarbeitung, etc.). Weitere Bereiche der Ergotherapie sind eine defizitäre Konzentra-

tion und Aufmerksamkeit bei hoher Ablenkbarkeit. All diese Symptome sind gleichfalls Behandlungskriterien eines Ergotherapeuten.

In Bezug auf die AD(H)S-Behandlung sieht die Ergotherapie u. a. folgende therapeutischen Ziele vor:

- Verbesserung und Erhalt des situationsgerechten Verhalten
- Verbesserung und Erhalt der zwischenmenschlichen Interaktions- und Kommunikationskompetenz
- Wiedererlangung von Selbstvertrauen und Handlungskompetenz
- Stärkung der Kreativität im Sinne von Problemlösungsverhalten und Entwicklung von Anpassungsstrategien
- Verbesserung und Erhalt der Belastungsfähigkeit und Ausdauer
- Verbesserung der eigenaktiven Tagesstrukturierung
- Entwicklung, Verbesserung und Erhalt der Selbständigkeit
- Verbesserung und Erhalt der kognitiven Fähigkeiten
- Stärkung der Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit

Durch den Indikationskatalog Ergotherapie ist genau festgehalten, welche Leistungen Ergotherapeuten erbringen. Für den Bereich AD(H)S zähle ich hier nur einige wichtige Leistungsbereiche auf:

- handwerkliche, gestalterische und spielerische Methoden z.B. „Insel-spiel“
- Methoden zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, des kommunikativen und interaktiven Verhaltens z. B. Rollen- und Regelspiele
- Methoden zur Verbesserung der Körper- und Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmungsverarbeitung
- Methoden zur Entwicklung von Selbstsicherheit und Bewältigungsstrategien
- Training des sozialen Verhaltens, Projektarbeiten und Gruppenfähigkeit

- Kognitive Trainingsprogramme
- Beratung zur Integration in das häusliche Umfeld

Um eine ganzheitliche ergotherapeutische Behandlung von Kindern mit AD(H)S gewährleisten zu können ist es jedoch nötig, etwas weiter über den „Tellerrand“ hinaus zu blicken. Die ergotherapeutische Behandlung ist mit Sicherheit sehr erfolgreich, was aber die Symptombehandlung in einigen Teilbereichen betrifft, kann sie eine vollständige AD(H)S Behandlung in keinem Fall vollwertig ersetzen. Es ist jedoch möglich, sich schwerpunktmäßig mehr und mehr mit dem Thema zu befassen. Im Vordergrund sollte eine ausgeprägte Elternarbeit stehen, die nicht nur bei der Behandlung von AD(H)S, sondern in jeder ergotherapeutischen Behandlung mit im Vordergrund stehen sollte. Auch besteht die Möglichkeit einer einmaligen Umfeldanpassung. Der Kontakt zur Schule, dem Elternhaus, den Ärzten und anderen Einrichtungen (Jugendamt, etc.) sollte ständig gewährleistet sein.

Über diese Leistungen hinaus ist es sinnvoll, andere Therapie-Maßnahmen anzubieten, die nicht mehr Bestandteil der Ergotherapie sind, jedoch fachübergreifend angewendet werden können. Ein verhaltenstherapeutisches Training hat sich hierbei bewährt.

Im verhaltenstherapeutischen Training nach Dr. Jansen wird nach den Lerngesetzen gearbeitet.

- Lob baut ein wünschenswertes Verhalten auf
  - Konsequenz baut ein nicht wünschenswertes Verhalten ab
- Mit dem Kind und den Eltern werden Verhaltensmuster und -abläufe trainiert und automatisiert und in den Alltag integriert. Im Zusammenhang mit Lob und Konsequenz können AD(H)S-Kinder sehr gut Regeln erlernen und diese auch einhalten. Diese Trainingsmethoden



Zur Person:  
selbständiger  
Ergotherapeut  
Diplomierter  
Legasthethietrainer  
Verhaltens-  
therapeutischer Train-  
er (nach Dr. Jansen)  
Konzentrationstrainer  
nach Krowatschek  
Elterntrainer bei  
ADS/ADHS

werden per Videoaufzeichnung dokumentiert und mit den Eltern gemeinsam besprochen. Dies führt zu einem Bewusstsein für das Verhalten der Kinder und zu einem besseren Aufbau von Eigen- und Außensteuerung.

Anhand eines Videobeispiels wurde den interessierten Teilnehmern in Schwalmatal diese Methode erläutert und näher gebracht.

An dieser Stelle möchte ich mich für diesen erfolgreichen Nachmittag bedanken. ←

Tagesablauf eingebaut werden, in denen gezielt Anspannung durch Bewegung und Toben abgebaut wird. Genauso wichtig sind Entspannungsphasen. „Kinder brauchen Zeit, um in Ruhe zu spielen, um Reize zu verarbeiten, um abzudrehen“, sagt die Pädagogin. Hier sei auch die Vorbildfunktion der Eltern gefragt.

Und schließlich gilt es, das Selbstbewusstsein des Kindes zu stärken, damit es sich weniger leicht verunsichern lässt. „Eltern können nicht nur loben, sondern auch bewusst Situationen suchen oder schaffen, in denen das Kind Erfolgserlebnisse hat“, sagt Joseph Kanders, Sprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Niedersachsen aus Delmenhorst. Erst, wenn Eltern mit diesen Ansätzen nicht weiterkommen, sollten sie weitere Angebote machen - wie Entspannungskurse in Kindergarten oder Volkshochschule, bei der Krankenkasse oder einem ausgebildeten Entspannungspädagogen.

Sie sind jedoch ein neuer Termin im täglichen Terminkalender - und damit möglicherweise ein neuer Stressfaktor.

„Kinder reagieren sehr unterschiedlich auf systematische Entspannungsmethoden wie autogenes Training. Sie sollten ausprobieren und selbst entscheiden können“, erklärt Psychologin Lohaus. Die Wirkung solcher Kurse sei jedoch begrenzt. „Zwar ist der Entspannungseffekt erwiesen, jedoch können Kinder im Grundschulalter noch nicht selbstständig erlernte Entspannungsmethoden in eine neue Situation übertragen.“ Bei akuter Überforderung seien solche Kurse kein Ersatz für eine Psychotherapie. Damit die nicht erst notwendig wird, heißt es: Vorbeugen - durch Vermeidung von Reizüberflutung, eine entsprechende Tagesplanung, gemeinsames Entspannen und eine Stärkung des Selbstbewusstseins. ←

Quelle: EZ vom 08.11.2006

## Stress verstärkt ADHS-Symptome

### Heranwachsende müssen eine Flut von Informationen verarbeiten. Viele stehen deshalb ständig unter Spannung.

Eva Neumann

Stress ist nicht nur ein Problem von Erwachsenen. Auch Kinder stehen unter Spannung. „Ob Kinder heute mehr gestresst sind als etwa vor 20 Jahren, lässt sich nicht sagen, weil es hierzu erst aus der jüngsten Vergangenheit Studien gibt“, sagt Arnold Lohaus, Professor für Psychologie an der Universität Bielefeld. „Allerdings steht fest, dass im Umfeld der Kinder heute stärker als früher Faktoren auftreten, die Stress auslösen.“ So können einschneidende Lebensereignisse wie die Scheidung der Eltern, die Geburt eines Geschwisterkindes oder der Übergang vom Kindergarten in die Schule für Kinder Stress bedeuten. Gehirn und Seele der Kleinen werden aber auch täglich unter Druck gesetzt.

#### Druck in der Schule

„Auf Kinder prasseln heute im Alltag Informationen und Reize aller Art nieder - von immer mehr und immer schneller geschnittenen Videoclips bis zu komplexen Situationen im Straßenverkehr“, erklärt Michaela Speldrich von der Techniker Krankenkasse.

Hinzu kommen der alltägliche Leistungs- und Konkurrenzdruck in der Schule und die damit schon frühzeitig verbundene Zukunftsangst. Aber auch die Häufung von Freizeitangeboten - vom Klavierunter-

richt über das Fußballturnier bis zum Kindergeburtstag - spielt eine Rolle. Und letztlich färbt auch Anspannung der Eltern auf ihre Kinder ab.

Diese Faktoren müssen jedoch nicht zwangsläufig zu Stress führen. Er entsteht, wenn Termine mit Ängsten und Sorgen verbunden sind und aus Forderung Überforderung wird. „Dann ist das Gleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung im Körper gestört“, sagt Susanne Grohs-von Reichenbach, Entspannungspädagogin aus München.

Registrieren Eltern Stress-Symptome an ihren Kindern oder klagen diese sogar ausdrücklich über Stress, ist es höchste Zeit einzugreifen. Zunächst müssen die Ursachen gefunden werden. Hier heißt es: Zuhören. Was erzählt das Kind über seine Ängste? „Als Nächstes sollte der Alltag unter die Lupe genommen und möglichst um Stressfaktoren reduziert werden“, sagt Grohs-von Reichenbach. „Ein guter Schlüssel ist Weglassen: Wo gibt es zu viel Ansprache? Zu viel Angebot? Zu viel Medien?“

#### Bewegung und Toben

Allerdings lässt Stress sich nicht einfach wegplanen. Denn die nächste Klassenarbeit kommt bestimmt. Deshalb muss das Kind lernen, mit solchen Belastungen umzugehen. Zum einen können Phasen in den

Das Verhängnis unserer Kultur ist,  
dass sie sich materiell viel stärker entwickelt hat als geistig.

Verhängnis

Albert Schweitzer

## Erste Ergebnisse des Präventionsprojekts

**„Zappelphilipp – Frühintervention bei delinquenten Kindern mit hyperaktiv-antisozialen Verhaltensstörungen“**

Antisoziale Verhaltensweisen haben in den letzten Jahren zunehmend wieder das Interesse auf pädagogische Interventionen gelenkt. Laut Kriminalstatistik der Stadt Mannheim sind 541 Kinder im Alter von 8-13 Jahren im Jahr 2005 tatverdächtig gewesen, jährlich kommen ca. 100 Kinder neu dazu. Davon werden ca. 10-20 Kinder zu sog. Intensivtätern, die sich durch besonders schwere oder häufige Taten auszeichnen. Die Gruppe der Intensivtäter weist einen hohen Anteil (60 Prozent) an Kindern mit hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens auf. Störungen des Sozialverhaltens, die vor dem 10. Lebensjahr auftreten weisen unbehandelt eine hohe Stabilität auf und können im Erwachsenenalter zu Folgeerkrankungen wie Sucht oder Depression führen.

Um frühzeitig intervenieren zu können und betroffenen Familien Hilfestellung zu geben, wurde 2005 das Projekt „Zappelphilipp“ in Kooperation zwischen Polizei und Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) ins Leben gerufen.

Erste Ergebnisse wurden nun der Öffentlichkeit vorgestellt.

Diese neuartige Kooperation hat die Aufgabe, durch Früherkennung etwaiger Störungen und gezielte pädagogisch-therapeutische Maßnahmen in betroffenen Familien Hilfen zur Selbsthilfe zu entwickeln. So soll dem Fortbestehen der Störung entgegen gewirkt werden. Im ZI steht ein fünfköpfiges Team bestehend aus einem Arzt, einer Psychologin sowie drei Familientrainern zur Verfügung.

Seit Projektbeginn im Oktober 2005 wurden über 30 Familien über das Projekt aufgeklärt. Davon willigten 26 Familien ein, am Projekt teilzunehmen. Insgesamt fünf Familien brachen vor, in und nach der Diagnostik die Maßnahme ab. Von den verbleibenden 21 Familien befinden sich aktuell fünf in der Diagnos-

tikphase, sieben in Behandlung und acht Familien haben die Intensivphase der Behandlung abgeschlossen.

Die ersten Ergebnisse zeigen eine deutliche Symptomreduktion bei oppositionellem und aggressivem Verhalten, ebenso wie bei Hyperaktivität, Impulsivität und Konzentrationsproblemen.

Für die Studie werden noch bis April 2007 Teilnehmer eingeschlossen, die dissoziale und oder hyperaktive Verhaltensmuster zeigen und im Alter zwischen 8 und 13 Jahren sind.

Die Kosten in Höhe von ca. € 400.000 für das Projekt werden durch den Verein für Sicherheit in Mannheim (SiMa e.V.) mit € 231.000 gefördert, der seinerseits finanzielle Unterstützung durch die Robert-Bosch-Stiftung (€ 113.000), die Stadt Mannheim (€ 20.000), die Landesstiftung Baden-Württemberg (€ 16.000) und die Heinrich-Vetter-Stiftung (€ 20.000) für dieses Projekt erhält. Der Differenzbetrag wird durch Eigenleistung von Polizeipräsidentium Mannheim und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit erbracht.

Der Projektablauf ist so konzipiert, dass die Eltern beim Polizeikontakt über das Projekt informiert werden und, wenn sie sich einverstanden erklären, eine Kontaktaufnahme zum ZI eingeleitet wird. Hier wird die Familie über die konkreten Inhalte und den Studiencharakter des Projektes aufgeklärt. Entscheidet sich die Familie zur Teilnahme, erfolgt eine ca. 4-wöchige intensive Diagnostik, bestehend aus einem klinischen Interview, Fragebögen, Elektroenzephalogramm (EGG), psychologischer Testdiagnostik.

Die Befunde werden anschließend in einem Auswertungsgespräch erläutert. In diesem Beratungsgespräch wird die Familie nochmals über die Behandlung und Notwendigkeit der aktiven Mitarbeit jedes Familienmitglieds aufgeklärt und

die Person des Familientrainers eingeführt.

Die Behandlung erfolgt entgegen sonstiger Behandlungsansätze im häuslichen Umfeld und berücksichtigt nicht nur das Kind, sondern auch die Eltern und letztendlich die ganze Familie. Die Familientrainer erarbeiten mit der Familie in 18 1,5-stündigen Sitzungen theoretische und praktische Grundlagen aus dem Bereich der Verhaltenstherapie und Pädagogik. Grundlage für die Behandlung bildet ein eigens erstelltes Therapiemanual, das auf die speziellen Belange der einzelnen Familien angepasst wird. Um eine optimale Behandlung anhand der familiären Bedürfnisse zu gewährleisten, wird jede Behandlungsstunde von den Familien auf einem kurzen Fragebogen bewertet.

Am Ende der intensiven Behandlungsphase wird erstmals eine Auswertung über verschiedene Verhaltensskalen vorgenommen, um zu schauen, ob sich schon erste Veränderungen messen lassen. In dreimonatigen Abständen erfolgen dann noch drei Auffrischungssitzungen. Danach wird eine vorerst abschließende Evaluation der Maßnahme erfolgen. Die Polizei ihrerseits wird die Aktivitäten der Kinder bis zum 18. Lebensjahr nachverfolgen, um eine langzeitige Wirkung der Maßnahme zu überprüfen. ←

Weiterführende Informationen erhalten Sie bei:

Dr. med. Marina Martini, M. Sc.

Leitung Referat Öffentlichkeitsarbeit,  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
68159 Mannheim

Fon: 0621/1703-1301

Fax: 0621/1703-1305

Link:

[http://www.zi-mannheim.de/presse\\_06.html](http://www.zi-mannheim.de/presse_06.html)

# Bundesregierung antwortet auf Kleine Anfrage im Bundestag zur ADHS-Behandlung

## Regierung will Verschreibung von ADHS-Mitteln zurzeit nicht einschränken

**Mehr als vier Jahre ist es her**, dass im Bundestag über das Thema ADHS ausgiebig diskutiert wurde. Zusammen mit anderen ADHS-Verbänden hatte sich damals der BV AÜK mit einer kritischen Stellungnahme zu Wort gemeldet und eine sachliche, an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Debatte angemahnt. In den folgenden Monaten und Jahren kam es dann zu der vom Bundesgesundheitsministerium organisierten Konsensuskonferenz, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veröffentlichte eine sehr informative Broschüre zu ADHS und die Bundesärztekammer hat in 2005 eine fundierte fachliche Stellungnahme zu Diagnostik und Therapie von ADHS veröffentlicht. Auch auf europäischer und internationaler Ebene wurde das Thema sowohl in Fachkreisen als auch im Bereich der Selbsthilfe und der Elternverbände mit mehr Sachlichkeit aufgegriffen.

Dass aber noch immer unzureichende Informationen und manche Vorurteile bestehen, zeigt eine kürzliche schriftliche Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an die Bundesregierung: Darin wird die Bundesregierung in einem kritischen Fragenkatalog gebeten, ihre bisherigen Aktivitäten zu einer besseren Kontrolle der Diagnose und evtl. Einschränkung der medikamentösen Therapie von ADHS darzulegen. Offenbar beeinflusst von fragwürdigen Berichten in den Medien im letzten Jahr wird in einer Frage sogar der Eindruck einer

engen finanziellen Zusammenarbeit von Elternverbänden mit der pharmazeutischen Industrie erweckt.

Erfreulich klar und umfassend nimmt die Bundesregierung zu sämtlichen Fragen Stellung. Die Antworten orientieren sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Diagnostik und Therapie dieser eigenständigen Erkrankung. So lehnt sie eine Einschränkung der Verschreibung von ADHS-Medikamenten ab und erläutert, dass Studien sogar auf einen langfristig suchtprotektiven Effekt von Methylphenidat im Rahmen einer ADHS-Therapie schließen lassen. Insgesamt bietet die nachstehend abgedruckte Kleine Anfrage und ihre Beantwortung einen aktuellen Überblick über Stand und Perspektiven der ADHS-Behandlung in Deutschland

*Zu Punkt 9 der Anfrage* möchten wir ausdrücklich bemerken, dass unser Verband seit vielen Jahren ordentliches Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) ist. Voraussetzung einer ordentlichen Mitgliedschaft ist die vorbehaltlose Anerkennung der „Leitsätze für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen, insbesondere im Gesundheitswesen“, deren Neufassung erst in diesem Jahr von der Mitgliederversammlung beschlossen worden und im Internet unter <http://www.bag-selbsthilfe.de> nachzulesen ist. (red)

**Berlin:** (hib/MPI) Die Bundesregierung sieht gegenwärtig „keine zwingende Notwendigkeit“, die Verschreibung von Methylphenidat zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen auf bestimmte Ärzte einzuschränken.

In ihrer Antwort (16/3394) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (16/3045) schreibt die Regierung, es sei davon auszugehen, dass das Medikament „insbesondere in der sensiblen Phase der Ersteinstellung bei Kindern“ von Kinderärzten und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern verordnet wird.

Die Grünen hatten auf einen rapiden Anstieg der Verschreibungen von Methylphenidat hingewiesen. Nach Informationen der Abgeord-

neten ist ADHS die inzwischen am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen.

In Deutschland sind - laut einer Stellungnahme der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2005 - zwischen 300.000 und 500.000 Kinder und Jugendliche von diesem Störungsbild betroffen.

Die Regierung unterstreicht, sie sehe hinsichtlich der biologischen Ursachen der ADHS weiteren Forschungsbedarf. Das Bundesforschungsministerium beabsichtige daher, zwei wissenschaftliche Untersuchungen mit Hilfe von genetischen Methoden und Bildgebungsverfahren zu fördern.

Zudem unterstütze das Bundesgesundheitsministerium gegenwärtig den Aufbau eines bundesweiten interdisziplinären Netzwerks ADHS.

Dessen Ziel sei es, bestehende medizinische, psychologische, pädagogische sowie physio- und ergotherapeutische Ansätze zusammenzuführen.

**Hier nun der volle Wortlaut** der Antwort seitens der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 16/3394 vom 13.11.2006 – elektronische Vorabfassung):

Antwort der Bundesregierung\*) **auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Kai Boris Gehring, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/3045 –**

\*)Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 09. November 2006 übermittelt.“

## Verschreibung von Medikamenten an Kinder und Jugendliche bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

### Vorbemerkung der Fragesteller:

Die Verschreibung von Methylphenidat in der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahren rapide angestiegen: 1990 lag die Zahl der damit behandelten Kinder noch bei 1.500, heute beläuft sie sich nach Schätzungen der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin auf 50.000 bis 100.000. Methylphenidat ist eine Psychostimulans aus der Gruppe der Amphetamine, die vorrangig zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingesetzt wird.

ADHS ist heute die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung bei Kindern. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte schätzt, dass ca. 500.000 Kinder davon betroffen sind. Die Ursache für ADHS ist noch nicht wissenschaftlich geklärt: Angeblich beruht es auf einer genetisch bedingten Stoffwechselstörung im vorderen Gehirn. Kritiker zweifeln jedoch an den biologischen Ursachen und weisen darauf hin, dass die medizinische Wissenschaft grundsätzlich vermehrt zu multikausalen und psychosomatischen Erklärungsansätzen bei Krankheiten tendiert, deren Ausprägung aufgrund von Umweltbedingungen und Erziehung unterschiedlich verläuft. Bislang gibt es keinerlei klinischen Beweis dafür, ob Veränderungen des Hirnstoffwechsels Ursache oder lediglich Begleiterscheinung von ADHS sind. Die Symptome für ADHS sind relativ unspezifisch. d.h. sie treten auch bei gängigen Verhaltensstörungen im Kindesalter auf, die andere Ursachen haben. Ebenso können körperliche Erkrankungen oder auch normales kindliches Verhalten diese Verhaltensweisen hervorrufen. Es gibt bislang kein objektives Diagnostikverfahren, mit dem eine ADHS-Stoffwechselstörung im Hirn von normaler Verhaltensauffälligkeit unterschieden werden kann.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie die frühere Dro-

genbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, gingen in früheren Erklärungen davon aus, dass viele Ärzte mit der richtigen Diagnose überfordert sind. Entsprechende Berichte von Klinikern über vorschnelle Medikation bei Kindern ohne ADHS unterstützen diese Vermutung. Aufgrund einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unterstützten Studie zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV wurde zudem ein Zusammenhang zwischen Verordnungshäufigkeit und einer großen Dichte von Elterngruppen, die medikamentöse Therapie bevorzugen, offensichtlich.

Methylphenidat mindert die Unaufmerksamkeit und Aggressivität der Betroffenen und steigert die Konzentration. Als Nebenwirkungen können allerdings Appetits- und Gewichtsverlust, Störungen des Magen-Darm-Traktes, Blutdrucksteigerungen und erhöhte Herzfrequenz sowie Schlafstörungen auftreten. Zudem kann das Präparat bei den behandelten Kindern zu einem verminderten Längenwachstum, depressiven Verstimmungen, Lustlosigkeit, Benommenheit und Persönlichkeitsveränderungen führen. Es gibt Meldungen aus den USA, dass vermehrt Todesfälle bei Kindern aufgetreten seien, die mit Methylphenidat behandelt worden waren. In der Wissenschaft wird zudem diskutiert, ob der Wirkstoff Halluzinationen verursachen und Parkinson auslösen kann. Die Langzeitwirkungen von Methylphenidat sind bislang nicht erforscht.

Verschrieben werden kann Methylphenidat durch jeden Arzt. Eine Spezialisierung im Bereich der Kindermedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht erforderlich. Auch Art und Umfang der Therapie werden vom Arzt frei entschieden. Ein hoher Anteil der Verschreibungen (ca. 35 bis 45 Prozent) erfolgt durch Fachärzte, die keiner dieser beiden Fachrichtungen angehören. Zudem werden nach einer Studie über 70 Prozent aller Verordnungen nicht durch eine/n Kinder- und Jugendpsychiater/in vorgenommen,

so dass unklar bleibt, ob diese überhaupt in die Diagnostik und Behandlungen mit einbezogen wurden. Die Verschreibung von Methylphenidat erfolgt oft schon bei Kleinkindern unter sechs Jahren, für die der Wirkstoff gar nicht zugelassen ist (so genannter off-label-use). Die frühere Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, sowie die Bundesärztekammer forderten daher eine verbesserte Qualifikation der behandelnden Ärzte.

Bislang gibt es noch keine Untersuchungen über die therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, denen Methylphenidat verschrieben wurde. Kritische Stimmen befürchten, dass entsprechende Präparate oft leichtfertig als Mittel benutzt werden, um damit Kinder ruhig zu stellen oder unerwünschtes Verhalten zu unterdrücken. Sowohl für Erziehungsberechtigte wie auch für das Gesundheitswesen insgesamt ist diese Behandlung leichter und kostengünstiger als die Suche nach möglicherweise aufwendigen, individuellen Therapiemöglichkeiten für eine zunehmende Zahl von verhaltensauffälligen Kindern.

Die frühere Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, äußerte 2002 den Verdacht, dass aufgrund des rapiden Anstiegs der Verschreibungen von Methylphenidat eine fehlerhafte Versorgungspraxis vorliegen könne. Sie forderte die Einhaltung der wissenschaftlichen Standards und kündigte an, die Verschreibungspraxis von Methylphenidat einschränken zu wollen.

### Vorbemerkung der Bundesregierung:

Die Bundesregierung hat in der jüngeren Vergangenheit diverse Forschungsprojekte auf diesem Gebiet initiiert und deren Ergebnisse sorgfältig ausgewertet. Insofern hat sich der Kenntnisstand zu der Thematik Methylphenidat und der Verordnung methylphenidathaltiger Arzneimittel fortentwickelt. Darüber hinaus ist die Bundesregierung keineswegs untätig geblieben, sondern hat eine Reihe von Maßnahmen angestoßen, die z.T. auch mittelbar zu einer Verbesserung der Versorgungssituation

beitragen bzw. in Zukunft beitragen werden.

Die Bundesregierung hat mit ihren Initiativen wie der Konsensuskonferenz im Jahre 2002 und dem derzeit im Aufbau befindlichen „Zentralen Netzwerk ADHS“ wichtige Impulse gegeben und Prozesse in Richtung einer umfassenden Versorgung von Menschen mit ADHS angestoßen. Die im Nachgang zu der Konsensus-Konferenz beschlossene Stellungnahme der Bundesärztekammer zum ADHS sowie die einschlägigen Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften weisen auf das Erfordernis standardisierter Diagnostik und eine exakte Indikationsstellung als Voraussetzung für die Behandlung mit Methylphenidat hin. Die Umsetzung der Erkenntnisse aus den Initiativen der Bundesregierung, der Stellungnahme der Bundesärztekammer sowie der medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien in die Versorgungspraxis ist Aufgabe der Partner der Selbstverwaltung und der mit der Behandlung der ADHS-Kinder befassten Personen.

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnissen (s. hier insbesondere Abschlussbericht „Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen“ – Forschungsbericht des BMG Nr. 308 – und „Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen, Projektbericht 2. Teil“ – Forschungsbericht des BMG Nr. 341) liegt die Methylphenidattherapie in erster Linie in der Hand der Kinderärzte und der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater. Diese haben einen hohen Stellenwert bei der Initiierung der Therapie. Bei der Fortführung der Therapie, den sog. Folgeverordnungen, ist erwartungsgemäß auch die Arztgruppe der Allgemeinärzte quantitativ bedeutsam vertreten. Somit ist davon auszugehen, dass Methylphenidat, insbesondere in der sensiblen Phase der Ersteinstellung der Kinder, überwiegend von besonders qualifizierten Ärzten/-innen verordnet wird.

Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung – zumindest nach jetzigem Kenntnisstand – keine zwingende Notwendigkeit, die Verschreibung dieses Arzneimittels auf bestimmte Ärzte, z. B. besondere Facharztgruppen, einzuschränken.

## Frage Nr. 1:

- a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Frage, ob ADHS eine eigenständige Erkrankung ist, die sich auf eine biologische Ursache zurückführen lässt? Sieht die Bundesregierung hier weiteren Forschungsbedarf? Wenn ja, in welcher Form unterstützt sie wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema?
- b) Liegen der Bundesregierung aktuelle Zahlen darüber vor, bei wie vielen Kindern und Jugendlichen bundesweit ADHS diagnostiziert wurde? Wenn keine solchen aktuellen Zahlen vorliegen, wieso nicht?
- c) Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren getan, um auf gleichmäßige Standards für die Diagnose von ADHS hinzuwirken? Welche weiteren Initiativen plant die Bundesregierung in dieser Hinsicht?
- d) Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren unternommen, um auf eine Verbesserung der Qualifikation von Fachärzten im Bereich der Kindermedizin sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich der Diagnose und Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung hinzuwirken?
- e) Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren getan, um auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur im Hinblick auf umfassende Diagnostikmöglichkeiten bei Verdacht auf ADHS hinzuwirken? In welcher Form ist dies erfolgt? Welchen weiteren Handlungsbedarf – auch auf Seiten der Ärztekammern – sieht die Bundesregierung in diesem Zusammenhang?
- f) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine unterschiedliche Ausformung und Symptomatik von ADHS bei Jungen und Mädchen? Wie verhält sich die Bundesregierung zur Vorgabe besonderer Diagnostikkriterien für Patientinnen?

## zu 1 a)

Bei der Einschätzung der Aufmerk-

samkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als eigenständige Erkrankung stützt sich die Bundesregierung auf die gegenwärtigen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse. Informationen darüber geben die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Danach gehen Experten heute davon aus, dass neurobiologische und psychosoziale Faktoren gemeinsam bei der Entstehung der ADHS zusammenwirken. Die Erkrankung lässt sich nach heutigem Kenntnisstand nicht auf eine einzige Ursache zurückführen. Hinsichtlich der biologischen Ursachen wird insofern weiterer Forschungsbedarf gesehen. Die Bundesregierung (Bundesministerium für Bildung und Forschung) beabsichtigt daher, zwei wissenschaftliche Untersuchungen zu den Ursachen der ADHS mit Hilfe von genetischen Methoden und Bildgebungsverfahren zu fördern.

## zu 1b)

Die Daten zur Prävalenz von ADHS bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland beruhen derzeit auf Schätzungen und Hochrechnungen. Nach der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aus dem Jahre 2005 sind zwischen 300.000 bis 500.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland von diesem Störungsbild betroffen. Die Prävalenzraten sind abhängig von den zugrunde gelegten Diagnosekriterien.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes „Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts“ erfolgte zunächst eine theoriegeleitete Schätzung der Prävalenz von ADHS. Es resultierte ein oberer Schätzwert der Prävalenz von 3,9 Prozent.

In dem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen und vom Robert Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) stehen zum Thema ADHS Items aus fünf un-

terschiedlichen Quellen und für unterschiedliche Altersgruppen zur Verfügung. Unter anderem wurde in den Elternfragebögen der Altersgruppen 3 bis 17 Jahre eine ADHS-Diagnosefrage (Lebenszeitprävalenz) implementiert. Die Daten befinden sich im Auswertungsstadium. Mit den Daten der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS wird es nun zum ersten Mal möglich sein, repräsentative Aussagen zu ADHS bei dieser Bevölkerungsgruppe zu machen. Erste Ergebnisse werden im Rahmen der Basispublikation zu KiGGS im ersten Quartal 2007 vorliegen.

#### zu 1c)

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat im Jahre 2002 auf Initiative der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, eine Konsensuskonferenz zu ADHS durchgeführt. Sie fand unter breiter Beteiligung von Experten, Berufsverbänden, Eltern und Selbsthilfeverbänden, Vertretern der Bundesärztekammer u.a. statt. Die Ergebnisse dieser Konferenz wurden Ende 2002 als Eckpunkte-Papier veröffentlicht und allen Interessierten zur Verfügung gestellt. In dem Papier wurden erstmalig gemeinsame Positionen zu verschiedenen Fragen der Diagnostik und Therapie formuliert. Anknüpfend an die Konsensuskonferenz fördert das Bundesministerium für Gesundheit gegenwärtig den Aufbau eines bundesweiten interdisziplinären Netzwerks ADHS. Ziel dieses zentralen Netzwerks ist, bestehende medizinische, psychologische, pädagogische sowie physio- und ergotherapeutische Ansätze zu ADHS zusammenzuführen und auf diese Weise die zwingend notwendige Interdisziplinarität in der Versorgung von Menschen mit ADHS zu stärken. Das Netzwerk soll damit einen Beitrag zu einem umfassenden Gesundheitsmanagement von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS leisten, dem zunehmend einheitliche und fachübergreifende Empfehlungen zu Grunde liegen.

#### zu 1d) und zu 1e)

Fort- und Weiterbildung fallen generell in die Zuständigkeit der Län-

der, die diese Aufgaben in ihren Heilberufe- oder Kammergesetzen den Landesärztekammern übertragen haben.

Die Approbationsordnung der Ärzte bietet jedoch geeignete Ansatzpunkte, z.B. in den Fächern „Kinderheilkunde“, „Pharmakologie und Toxikologie“ und im Querschnittsbereich „Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie“, um Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen zu thematisieren. Damit ermöglicht es das Bundesrecht den Universitäten, dieses Thema in ihre Ausbildungscurricula aufzunehmen und dabei auch neueste wissenschaftliche Erkenntnisse mit einfließen zu lassen.

Die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung von Ärzten liegt – so auch für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie – in der Zuständigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung. Dies gilt auch für die Qualifikation im Bereich von Diagnostik und Behandlung der ADHS. Mit der gesetzlichen Verpflichtung von Vertragsärzten zur kontinuierlichen Fortbildung hat die Bundesregierung einen wesentlichen Schritt zur Verbesserung der Qualität ärztlicher Diagnostik und Behandlung unternommen. Mit der vom ehemaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten Konsensuskonferenz im Jahre 2002 wurden die an der Behandlung der Betroffenen beteiligten Berufsgruppen, insbesondere auch die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der für die Weiterbildung der Ärzte zuständigen Landesärztekammern, sowie Selbsthilfe- und Elternverbände und andere Akteure im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Erfordernis einer adäquaten Diagnostik und Differentialdiagnostik sensibilisiert. Das im Rahmen der Konferenz verabschiedete Eckpunkte-Papier gibt wesentliche Hinweise zu diesbezüglichen Standards anhand anerkannter Klassifikationsschemata. Im Zusammenhang mit der Konsensuskonferenz hat sich auch die Bundesärztekammer nochmals detailliert mit dem Krankheitsbild ADHS befasst und am 26. August 2005 eine Stellungnahme zur ADHS auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats beschlossen.

Hier finden sich detaillierte Hinweise u.a. zu den Bereichen Diagnostik, medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien. Die Stellungnahme wurde im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und ist im Internet auf der Website der Bundesärztekammer unter [www.baek.de](http://www.baek.de) abrufbar.

#### zu 1f)

Der Bundesregierung ist bekannt, dass das klinische Erscheinungsbild der ADHS geschlechtspezifische Unterschiede aufweisen kann. Die Prävalenz der Störung ist nach vielen epidemiologischen Studien bei Jungen deutlich höher als bei Mädchen. Die Inanspruchnahme von diagnostischen und therapeutischen Diensten ist jedoch bei Mädchen und Frauen eindeutig unterrepräsentiert.

Geschlechtsspezifische Fragestellungen sind aus diesem Grunde von besonderer Bedeutung in dem gegenwärtig vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Zentrales Netzwerk ADHS“. Hier sollen die Ausprägung von ADHS bei Mädchen und Frauen in den verschiedenen Informationssystemen herausgearbeitet und spezifische Möglichkeiten zur Diagnostik dieses Störungsbildes bei Mädchen und Frauen bereitgestellt werden.

#### Frage Nr. 2:

- Liegen der Bundesregierung aktuelle Zahlen darüber vor, wie viele Kinder und Jugendliche Methylphenidat einnehmen? Wenn keine solchen aktuellen Zahlen vorliegen, plant die Bundesregierung eine solche Erhebung?
- Sieht die Bundesregierung aufgrund der Ergebnisse der Studie zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit Hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV Bedarf für eine umfassende bundesweite Analyse der Verordnungsdaten von Methylphenidat? Wenn nicht, wieso nicht?
- Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, in welcher Form sich die Zulassung von Atomoxetin auf die Verschreibungshäufigkeit von Methylphenidat ausgewirkt hat?

#### zu 2a)

Der Bundesregierung liegen dies-

bezüglich derzeit keine aktuellen Zahlen vor. Im oben erwähnten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts stehen aus dem CAPI (Computer Assisted Personal Interview) jedoch Daten aus der Arzneimittelanamnese der Altersgruppen 3 bis 17 Jahre zur Verfügung. Damit können Kinder und Jugendliche, die mit methylphenidathaltigen Arzneimitteln behandelt wurden, identifiziert werden. Die diesbezüglichen Daten befinden sich im Stadium der Kodierung und Qualitätssicherung und werden nach Abschluss der Arbeiten im Sinne von Kontrollvariablen in die Auswertung einzubeziehen sein. Diese Ergebnisse sind im Laufe des Jahres 2007 zu erwarten.

### zu 2b)

Die genannte Studie hat im Rahmen der Auswertung einer Versichertenstichprobe bereits interessante Ergebnisse gezeigt. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 2a und 2c verwiesen.

### zu 2c)

Das Verordnungsvolumen von Methylphenidat hat gemäß GKV-Arzneiverordnungsreport 2006 zugenommen. Im Jahre 2005 wurden folgende Verordnungszahlen ermittelt.

#### Methylphenidat

Arzneimittelnamen	Anzahl der Verordnungen in Tsd.	Verordnungsänderung ggü. 2004
Concerta	413,3	+ 13,4 Prozent
Medikinet	517,4	+ 38,4 Prozent
Ritalin	255,4	- 30,0 Prozent
Equasym	112,6	- 24,3 Prozent
Methylphenidat Hexal	25,1	+ 424,1 Prozent

Im Dezember 2004 wurde ein atomoxetinhaltiges Präparat (Handelsname: Strattera) in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen. Nach dem o.g. Report betrug die Zahl der Verordnungen dieses Präparates in 2005 131.900.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, ob sich die im GKV-Bereich beobachteten Entwicklungen der Verordnungszahlen der verschiedenen Präparate gegenseitig beeinflusst haben. Diese Entwicklungen bedürfen einer weiteren Beobachtung.

### Frage Nr. 3:

a) Liegen der Bundesregierung Angaben

darüber vor, über welchen Zeitraum die Einnahme von Methylphenidat im Durchschnitt erfolgt? Wenn keine solchen aktuellen Zahlen vorliegen, plant die Bundesregierung eine solche Erhebung?

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Folgen einer langfristigen Einnahme von Methylphenidat durch Kinder und Jugendliche, insbesondere über eine mögliche Abhängigkeit?

c) Plant oder unterstützt die Bundesregierung Forschungsvorhaben, die sich mit den Langzeitfolgen der Einnahme von Methylphenidat befassen? Wenn ja, welche sind dies? Wenn nicht, wieso nicht?

### zu 3a)

Im Rahmen des Abschlussberichtes „Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen“ – Forschungsbericht 308 des Bundesministeriums für Gesundheit – lag die durchschnittliche medikamentöse Behandlungsdauer im Jahr 2000 bei 202 Tagen (Median 142 Tage).

### zu 3b und 3c)

In diesem Zusammenhang fördert das BfArM derzeit eine unabhängige wissenschaftliche Studie unter dem Titel „Sind mit Methylphenidat therapierte Menschen einem erhöhten

Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko ausgesetzt?“ Charité Berlin, Prof. U. Lehmkuhl, PD Dr. M. Huss.

Die Ergebnisse des retrospektiven Studienteils dieses Forschungsprojektes geben insbesondere keinen Anhalt dafür, dass durch eine Methylphenidat-Behandlung im Kindesalter – eine indikationsgerechte Anwendung und Dosierung im anerkannten Dosierungsbereich vorausgesetzt – ein späterer Drogenkonsum begünstigt werden könnte. Vielmehr deuten die Ergebnisse der Studie auf einen langfristig suchtprotektiven Effekt von Methylphenidat in der Behandlung der hyperkinetischen Störung bzw. Aufmerksamkeitsde-

fizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Kindesalters hin. Zur Absicherung dieser weitreichenden Aussage bleibt jedoch die Bestätigung durch die Ergebnisse des derzeit laufenden prospektiven Studienteils abzuwarten.

### Frage Nr. 4:

Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine möglicherweise erhöhte Zahl von Todesfällen bei Kindern und Jugendlichen, die mit Methylphenidat therapiert werden? Sieht die Bundesregierung Bedarf, weitere Untersuchungen über eine solche mögliche Gefahr in Auftrag zu geben oder zu unterstützen?

Gemäß den im BfArM vorliegenden Informationen wird auf die bekannten Risiken (Schlaganfallrisiko bei Methylphenidat bzw. leicht erhöhtes suizidales Verhalten bei Atomoxetin) bereits in den Texten der Fach- und Gebrauchsinformation beider Wirkstoffe ausdrücklich hingewiesen.

Gemäß diesen Informationen ergeben sich bislang auch keine Hinweise auf eindeutig erhöhte kardiale Risiken bei der medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS mit Psychostimulanzien (Methylphenidat, Amphetamin) oder mit Atomoxetin. Kinder mit ADHS sowie mit Hinweisen auf kardiale Beeinträchtigungen sollten vor einer medikamentösen Behandlung körperlich untersucht werden, einschließlich Blutdruck- und Pulsmessung, sowie einer gründlichen Anamnese unterzogen werden, die explizit nach körperlicher Belastbarkeit fragt. In der Familienanamnese sollten plötzliche und ungeklärte Todesfälle und Herzerkrankungen erfragt werden. Erst wenn sich Anzeichen auf ein kardiales Risiko erhärten, sollten weitergehende Untersuchungen bzw. eine Überweisung zu einem Kinderkardiologen erfolgen.

Das BfArM wird die Situation als zuständige Bundesoberbehörde für Arzneimittelsicherheit weiter sorgfältig beobachten.

### Frage Nr. 5:

a) Auf welche Art und Weise hat die Bundesregierung in der Vergangenheit darauf hingewirkt, dass Methylphe-



nidat nicht ohne hinreichende Diagnose und therapeutische Indikation verschrieben wurde?

- b) Welche Initiativen plant die Bundesregierung, um auf eine sachgerechte Verschreibung und Dosierung von Methylphenidat durch Ärzte und Erziehungsberechtigte hinzuwirken und Fehlverordnungen zu vermeiden? Wenn keine Maßnahmen geplant sind, wieso nicht?
- c) Sieht die Bundesregierung aufgrund der steigenden Verordnungszahlen Bedarf für eine besondere Aufklärung betroffener Erziehungsberechtigter und anderer Beteiligten über die Folgen einer (vorschnellen) Verordnung von Methylphenidat? Wenn nicht, wieso nicht? Wenn ja, in welcher Form soll diese Aufklärung erfolgen?
- d) Hält die Bundesregierung die Forderung nach einer Pflichtberatung für Erziehungsberechtigte von Kindern und Jugendlichen, denen Methylphenidat verordnet werden soll, für sinnvoll (vgl. Ärztezeitung vom 17.02.2005)? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

#### zu 5a)

Methylphenidathaltige Arzneimittel sind durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Behandlung der ADHS zugelassen. Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung von ADHS im Einzelfall obliegt dem behandelnden Arzt. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

#### zu 5b)

Wichtige Faktoren, die im Rahmen einer sachgerechten Verschreibung methylphenidathaltiger Arzneimittel eine Rolle spielen, sind – wie bei jeder Verordnung eines Arzneimittels – die ärztliche Qualifikation und ärztliche Erfahrung im Umgang mit dem Erkrankungsbild des ADHS sowie eine adäquate Kommunikation mit den Eltern betroffener Kinder. Es liegt primär in der Eigenverantwortung der Ärzte selbst, im Rahmen ärztlicher Aus-, Weiter- und Fortbildung die geforderte Strukturqualität zu erwerben und zu erhalten. Auch die ärztliche Selbstverwaltung, z.B. Ärztekammern, sind in diesem Zusammenhang angesprochen. Es ist nicht in erster Linie Aufgabe der Bun-

desregierung, auf diesem Gebiet aktiv zu werden.

Das BMG fördert jedoch die Sensibilisierung und sachliche Aufklärung der Erziehungsberechtigten durch Herausgabe einer Broschüre zu ADHS durch die BZgA. Darüber hinaus wird auch das gegenwärtig im Aufbau befindliche BMG-geförderte „Zentrale Netzwerk ADHS“ evidenzbasierte Informationen u.a. für Erziehungsberechtigte – auch zum Thema Arzneimittelbehandlung – bereitstellen.

#### zu 5c)

Die Konsensuskonferenz 2002 wurde auf Initiative der damaligen Drogenbeauftragten und jetzigen Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit, Frau Marion Caspers-Merk, im ehemaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ausgerichtet. Die Einbindung von Eltern- und Selbsthilfeverbänden diene insbesondere auch der sachgerechten Aufklärung betroffener Erziehungsberechtigter und anderer Beteiligten über die Behandlungsmöglichkeiten der ADHS. Im Nachgang zu der Konsensuskonferenz wurde die BZgA beauftragt, eine Informationsbroschüre zur ADHS zu entwerfen, die sich insbesondere an von ADHS betroffene Jugendliche und Erwachsene, an Eltern und Angehörige mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS und auch an alle beteiligten Berufsgruppen richtet. Um die sachgerechte Aufklärung über das Krankheitsbild, die Möglichkeiten und Risiken seiner Behandlung weiter zu fördern, werden durch das BMG-geförderte Projekt „Zentrales Netzwerk ADHS“ auch regionale Kompetenznetze bzw. deren Aufbau unterstützt, die vor allem der Verknüpfung von Ressourcen vor Ort dienen. Das zentrale Netzwerk soll diesbezüglich die evidenzbasierte Information und den Austausch mit Ärztinnen, Therapeutinnen, Eltern, Erzieherinnen und anderen Bezugspersonen gewährleisten.

#### zu 5d)

Das Eckpunktepapier der Konsensus-Konferenz aus dem Jahre 2002, die anerkannten Behandlungsleit-

linien zur ADHS und ebenso die Produktinformationen zu methylphenidathaltigen Arzneimitteln sehen vor, dass Methylphenidat nach sorgfältiger Indikationsstellung im Kontext eines – auch nicht-medikamentöse (z.B. psychotherapeutische) Behandlungselemente umfassenden – Gesamtkonzeptes verordnet werden soll. Insofern gehört die umfassende Beratung der Erziehungsberechtigten über die notwendige Behandlung einschließlich Medikamentenverordnung und aller anderen notwendigen (psychotherapeutischen) Maßnahmen bei den Kindern und Jugendlichen zu den Pflichten und zur guten Praxis ärztlicher Tätigkeit. Diesem Zweck dienlich ist insbesondere die sachgerechte und evidenzbasierte Aufklärung der betroffenen Eltern bzw. Erziehungsberechtigten (siehe Antwort 1 zu Frage 5 c), wie sie auch durch die Initiativen der Bundesregierung gefördert wurde und wird. Aufgeklärte Eltern können besser beraten und in die medizinische Entscheidung des Arztes eingebunden werden. Die Begründung einer gesetzlichen Verpflichtung der Erziehungsberechtigten zu derartiger Beratung bringt unter diesen Umständen keinen weiteren Nutzen und läge auch nicht im Kompetenzbereich des Bundes.

#### Frage Nr. 6:

Was tut die Bundesregierung, um eine Verschreibung von Methylphenidat an Kindern unter sechs Jahren im Rahmen eines sogenannten off-label-use zu verhindern?

Gemäß vorliegenden Informationen scheint es sich bei der Verschreibung von Methylphenidat an Kinder unter sechs Jahren im Sinne eines sogenannten off-label-use nicht um ein weitverbreitetes, sondern nur vereinzelt auftretendes Phänomen zu handeln. Eine Nachuntersuchung von 9 auffälligen Behandlungsverläufen (u.a. Behandlung von Kindern unter 6 Jahre) durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen Baden-Württemberg, die im Rahmen des Projektes „Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungs-

daten der GKV, 2. Projektteil“ herausgefiltert wurden, hat ergeben, dass der Gutachter in allen Fällen eine Diagnostik gemäß der aktuellen Leitlinien, eine korrekte und vollständige Diagnose sowie regelmäßige Ausschleichversuche der Medikation im Therapieverlauf bestätigt hat. Insofern muss von einer medikamentösen Therapie ausgegangen werden, die in diesen ausgesuchten Fällen Anwendung finden musste. Auch nach dem Abschlußbericht „Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen (Forschungsbericht des BMG Nr. 308)“ erhielten im Jahr 2000 nur 3 HKS-Kinder unter 6 Jahren – von insgesamt 59.891 untersuchten Kindern und Jugendlichen der Stichprobenpopulation im Alter von 2 bis unter 20 Jahren in diesem Jahr – eine Methylphenidatverordnung.

Insoweit wird seitens der Bundesregierung derzeit kein weiterer Handlungsbedarf gesehen.

## Frage Nr. 7:

- a) Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung in den letzten Jahren ergriffen, um auf eine Verbesserung der von ihr bemängelten unzureichenden Versorgungsstrukturen hinsichtlich umfassender Therapiemöglichkeiten von ADHS hinzuwirken?
- b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, denen Methylphenidat verordnet wurde?
- c) Wie hat die Bundesregierung – wie 2002 von ihr gefordert – in den vergangenen Jahren sichergestellt, dass die Verschreibung von Methylphenidat nur dann erfolgen kann, wenn gleichzeitig ein Therapieangebot zur Verfügung gestellt wird? Warum hat die Bundesregierung in diesem Zusammenhang nicht versucht, dies auf gesetzgeberischem Wege zu unterstützen?
- d) Sieht die Bundesregierung weiteren Handlungsbedarf zur Verbesserung begleitender therapeutischer Maßnahmen? Wenn nein, wieso nicht?

### zu 7a)

Ein erster wesentlicher Schritt war es, im Rahmen der Konsensuskonfe-

renz 2002 alle beteiligten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen, Vertreter der ärztlichen Selbstverwaltung, der Länder, der Eltern- und Selbsthilfeverbände und viele andere zusammenzuführen, um eine Einigung über die Eckwerte der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu erreichen. Das dort erarbeitete Eckpunkte-Papier hat die zwingend notwendige Interdisziplinarität bei der Versorgung der Betroffenen herausgehoben, insbesondere das Zusammenarbeiten zwischen Kinder- und Jugendarzt, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und anderen Berufsgruppen. Mit dem derzeit im Aufbau befindlichen zentralen Netzwerk ADHS sollen die Aktivitäten regionaler Behandlungnetzwerke für ADHS koordiniert und die Versorgung zunehmend an einheitlichen und fachübergreifenden Empfehlungen ausgerichtet werden. Dort, wo noch keine Behandlungnetzwerke existieren, soll deren Initiierung gefördert werden. Damit wird die breite Umsetzung eines multimodalen, an vorhandener Evidenz ausgerichteten Behandlungskonzeptes für Menschen mit ADHS unterstützt.

### zu 7b)

Gemäß dem bereits oben genannten Abschlussbericht des Forschungsvorhabens „Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen“ empfehlen die Leitlinien zur Hyperkinetischen Störung ein multimodales Therapiekonzept. Psychotherapeutische Maßnahmen – als ein Element der Therapie – waren bei rund 50 Prozent der HKS-Kinder dokumentiert. Der Anteil lag bei mit Methylphenidat behandelten Kindern bei 66 Prozent und damit signifikant höher als bei den HKS-Kindern ohne Methylphenidattherapie.

Zu dieser Fragestellung wird seitens der Fachwelt auch erheblicher grundsätzlicher Forschungsbedarf gesehen. Daher fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung innerhalb des Förderschwerpunktes Psychotherapie einen Forschungsverbund mit dem

Thema „Effects and mechanisms of psychotherapy in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adults“. Hierfür werden insgesamt rund 2,8 Mio. Euro über einen Zeitraum von zunächst 3 Jahren (1. September 2006 bis 31. August 2009) zur Verfügung gestellt. Sprecher des Verbundes ist Prof. Warnke - Universität Würzburg.

Das Hauptprojekt des Verbundes ist eine klinische Studie bei erwachsenen Patienten mit ADHS, in der in einem vierarmigen Design die Effektivität einer störungsspezifischen Psychotherapie gegenüber einer medikamentösen Therapie bzw. der Kombination der Therapien verglichen wird. In einer weiteren Studie wird die Frage untersucht, ob in Mutter-Kind Paaren, bei denen beide ADHS haben, eine Behandlung der Mutter auch zu einer Verbesserung des Therapieerfolges des Kindes beiträgt.

### zu 7c)

Die Kopplung der medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat an ein weiteres Therapieangebot wird in den Eckpunkten der Konsensuskonferenz, in der Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ADHS und auch in den einschlägigen Leitlinien der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur ADHS empfohlen. Leitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für eine qualitativ hochwertige Versorgung auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz. Auch die Produktinformationen methylphenidathaltiger Arzneimittel verweisen auf diesen Punkt. Dies bedeutet, dass dem behandelnden Arzt aufgegeben ist, sein Therapiekonzept den individuellen Bedürfnissen des Kindes anzupassen und die Einbindung in weitere passende Therapieangebote zu prüfen.

Eine gesetzgeberische Verpflichtung – etwa in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMV) – scheint vor dem Hintergrund der nunmehr vorliegenden Erkenntnisse (s. auch Antwort zu 7b) aus Sicht der Bundesregierung der Situation nicht angemessen, zumal damit ein erheblicher Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit verbunden wäre.

**zu 7d)**

Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Psychotherapie (siehe Antwort zu Frage 7b) sollen therapeutische Maßnahmen weiterentwickelt werden.

**Frage Nr. 8:**

- Wie verhält sich die Bundesregierung zu der Forderung, Methylphenidat nur durch besonders qualifizierte Ärzte verschreiben zu lassen? Wieso hat sie nicht darauf hingewirkt, die entsprechende, von ihr angekündigte Einschränkung der Verschreibung umzusetzen?
- Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich der Ausbildung und Qualifikation der Methylphenidat verschreibenden Ärzte? Plant die Bundesregierung die Initiierung oder Unterstützung einer wissenschaftlichen Studie zu dieser Frage? Wenn nicht, wieso nicht?
- Was hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren unternommen, um die Qualifikation der behandelnden Ärzte im Umgang mit Methylphenidat zu verbessern?
- Wie beabsichtigt die Bundesregierung darauf hinzuwirken, dass die Aus- und Fortbildung der ADHS behandelnden bzw. Methylphenidat verordnenden Ärzte verbessert wird?
- Auf welche Weise will die Bundesregierung auf eine ausreichende und flächendeckende Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychiatern hinwirken? Welche Initiativen hat sie in den vergangenen Jahren bereits ergriffen, um auf das Problem der Unterversorgung hinzuweisen?

**zu 8a)**

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

**zu 8b)**

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Weitere gesonderte Forschungsprojekte scheinen derzeit nicht erforderlich.

**zu 8c und zu 8d)**

Aufgrund der Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung ist davon auszugehen, dass bei dem überwiegenden Teil der behandelnden Ärzten bereits aufgrund ihrer Weiterbildung besondere fachliche Kenntnisse vorausgesetzt werden können, die es diesen ermöglicht, qualifizierte Verordnungen von methylphenidathaltigen Arzneimitteln vorzunehmen. Darüber hinaus wird auch auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 1d und 1e verwiesen.

**zu 8e)**

Gemäß dem Forschungsbericht „Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen, 2. Projektteil“ - Forschungsbericht BMG Nr. 341 - existiert eine unterschiedliche regionale Verteilung der Kinder- und Jugendpsychiatern in der Bundesrepublik Deutschland. Es ist allerdings nicht Aufgabe der Bundesregierung, eine möglicherweise regional vorhandene Unterversorgung mit dieser Facharztgruppe zu korrigieren. Dies ist Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung, für den ambulanten Bereich im Rahmen der Bedarfsplanung insbesondere die regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlichen Krankenkassen.

**Frage Nr. 9:**

- Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Zusammenarbeit

von pharmazeutischen Unternehmen und Fachärzterverbänden bzw. Elternverbänden, die Beratungen zur (medikamentösen) Behandlung von ADHS anbieten?

- Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, dass diese Verbände und Gruppen eine finanzielle Unterstützung durch pharmazeutische Unternehmen offen legen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

**zu 9a)**

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, nach denen pharmazeutische Unternehmer in direkter Weise mit Facharztverbänden bzw. Elternverbänden zusammenarbeiten, die Beratungen zur medikamentösen Behandlung von ADHS anbieten.

**zu 9b)**

Wenn diese Verbände und Gruppen eine finanzielle Unterstützung durch pharmazeutische Unternehmen erhalten sollten, sollten diese aus Sicht der Bundesregierung im Sinne einer verbesserten Transparenz offen gelegt werden. Dies geht konform mit den Grundsätzen über die Partnerschaft zwischen pharmazeutischer Industrie und Patientenorganisationen, die von der „European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations“ (EFPIA) veröffentlicht wurden ([http://www.efpia.org/7\\_patient/patientsprinciples.doc](http://www.efpia.org/7_patient/patientsprinciples.doc).) Nach diesen Grundsätzen soll Ziel und Umfang einer Partnerschaft transparent sein, die finanzielle und nicht-finanzielle Unterstützung durch die pharmazeutische Industrie soll ausgewiesen sein.

Quelle: Deutscher Bundestag (Presse- dienst, Parlamentsarchiv) [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de)

Körper  
Nur wo Körper- und Geistestätigkeit in lebendiger Wechselwirkung stehen,  
ist wahres Leben  
Geist  
Friedrich Wilhelm August Fröbel

## Wichtiges Urteil des Amtsgerichts Flensburg Elterliche Sorge im Teilbereich Gesundheitsvorsorge wurde der Mutter eines ADHS-Kindes allein übertragen.

Magdalene Geisler

Das Amtsgericht Flensburg hat kürzlich in einer Familiensache ein Urteil gefällt, das für Eltern mit ADHS-Kindern von großem Interesse ist.

Es entschied, dass die elterliche Sorge für den gemeinsamen Sohn der geschiedenen Ehepartner in einem Teilbereich, nämlich Gesundheitsfürsorge der Antragstellerin allein übertragen wird.

Diese Entscheidung beruht auf § 167(1) BGB. Nach dieser Vorschrift kann bei gemeinsamer elterlicher Sorge jeder Elternteil beantragen, dass ihm das Familiengericht die elterliche Sorge oder einen Teil der elterlichen Sorge allein überträgt. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn zu erwarten ist, dass die Aufhebung der elterlichen Sorge und die Übertragung auf den Antragsteller dem Wohl des Kindes am besten entspricht. Diese Voraussetzungen, so das Gericht, liegen in diesem Falle vor.

Hintergrund des Gerichtsverfahrens ist der jahrelange Streit eines geschiedenen Ehepaares um die Frage, ob der Sohn aus der geschiedenen Ehe mit dem Medikament Methylphenidat (Mph) bzw. Ritalin® zu behandeln ist.

Die Ehe wurde im September 2000 geschieden, eine Sorgerechtsentscheidung für die gemeinsamen Kinder wurde aber nicht getroffen.

Deshalb hatte die Ehefrau den Antrag gestellt, die Zustimmung des Ehemanns betreffend der Behandlung mit Mph zu ersetzen und ihr die elterliche Sorge im Teilbereich Gesundheitsfürsorge/Krankenbehandlung allein zu übertragen.

In diesem Verfahren, das im April 2002 mündlich verhandelt wurde, einigte man sich dahingehend, dass es bei der gemeinsamen elterlichen Sorge verbleiben soll.

Im damaligen Vergleich heißt es dazu: „Wir sind uns auch darüber einig, dass (der Sohn) möglicherweise durch weitere Gaben von Mph unterstützt werden soll, sollte er schulische

Schwierigkeiten haben. Wir werden uns dann gemeinsam mit der behandelnden Ärztin absprechen.“

Die Antragstellerin erklärte, dass bei ihrem Sohn ADHS diagnostiziert ist. Er benötige das Medikament. Darum sei es in der Vergangenheit immer wieder zu Zerwürfnissen zwischen ihr und ihrem geschiedenen Ehemann wegen der Medikamentengabe gekommen. Auf sein Verlangen hin sei das Medikament im Zeitraum 30. September 2004 bis 5. Februar 2005 abgesetzt worden. In dieser Zeit sei es bei ihrem Sohn zu einem massiven Einbruch bei den Noten und im Verhalten gekommen.

Darum beantragte die Ehefrau die wegen dieser Vorkommnisse am 10. März 2005 ergangene einstweilige Anordnung, aufrechtzuerhalten und ihr auch in der Hauptsache die elterliche Sorge im Teilbereich Gesundheitsfürsorge allein zu übertragen.

Der Antragsgegner beantragte die einstweilige Anordnung aufzuheben und den Antrag zurückzuweisen. Er lehnt eine medikamentöse Behandlung mit der Begründung ab, bei dem Kind liege keine behandlungsbedürftige Aufmerksamkeitsstörung vor. Er ist der Auffassung, die Antragstellerin müsse sich mehr um ihren Sohn kümmern, sich verstärkt der Hausaufgabenbetreuung widmen oder ihm Nachhilfe zukommen lassen, statt ihm Medikamente zu geben. Er regte außerdem die Anhörung des Kindes zu der Frage, ob er die Tabletten nehmen wolle, an.

Das Gericht verwies – was die Einzelheiten des Parteienvorbringens betraf – auch auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die Protokolle der vorangegangenen mündlichen Verhandlungen und stellte fest:

„Die elterliche Sorge im Teilbereich Gesundheitsfürsorge war, da eine Einigung zwischen den Eltern nicht möglich war, der Antragstellerin zu übertragen.“

In der Urteilsbegründung heißt es: Das Gericht hat die Parteien mehrfach darauf hingewiesen, dass es die Frage ob der Sohn eine medikamentöse Behandlung benötigt, nicht entscheiden kann und wird. Deshalb hat es auch den Sohn nicht angehört da seine Anhörung durch das Gericht für ihn nur zur Verschärfung seines Konfliktes zwischen den Eltern führen kann. Er selbst kann die Frage, ob er das Medikament nehmen soll oder nicht, nicht verantwortlich entscheiden oder beurteilen. Andererseits geht das Gericht davon aus, dass die Antragstellerin einen 15jährigen ohnehin nicht zwingen kann, ein Medikament zu nehmen, das er nicht nehmen will.

Die Entscheidungsbefugnis war auf die Antragstellerin zu übertragen, da der Sohn seinen Lebensmittelpunkt bei ihr hat, sie sich bislang ganz überwiegend um seine schulischen und gesundheitlichen Belange gekümmert hat und mit der Frage, ob der Sohn das umstrittene Medikament nehmen soll oder nicht, ersichtlich verantwortungsbewusst umgeht. Sie hat sich diese Entscheidung keineswegs – wie der Antragsteller darzustellen versucht – leicht gemacht.

Aus der vorgelegten Dokumentation der verschiedenen Arztbesuche, Untersuchungen und Begutachtungen lässt sich vielmehr entnehmen, dass sie die Entscheidung immer wieder in Frage gestellt und überprüft und auch in der Vergangenheit immer wieder versucht hat, den Bedenken des Antragsgegners Rechnung zu tragen und eine gemeinsame Lösung zu finden.

Wegen der sich wiederholenden erfolgten Proteste des Antragsgegners gegen die Behandlung ist mit dessen Einverständnis im Juni 2005 in der Villa Paletti, Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bei ihrem Sohn ein Doppel-Blind-Placebo-Versuch durchgeführt worden.

Die Zusammenfassung und Empfehlung lautet: „Die Ergebnisse des Placeboversuchs und die Verhaltens- und Leistungsverbesserungen des Sohnes (in den Hauptfächern mindestens Eine Note verbessert, die Versetzung nicht gefährdet) sprechen dafür, dass er von einer Therapie mit Methylphenidat stark profitiert.“

Nachdem das vorangegangene Verfahren mit der Rücknahme der wechselseitigen Anträge auf Übertragung der elterlichen Sorge geendet hat, wobei sich die Parteien darauf verständigt hatten, gemeinsam erneuten ärztlichen Rat einzuholen, scheint es in der Auseinandersetzung der Parteien in den vergangenen vier Jahren keinerlei Fortschritte gegeben zu haben, begründet das Gericht seine Entscheidung.

Darum habe es keine Chance mehr gesehen, eine Verständigung der Eltern in diesem Punkt herbeiführen zu können, zumal die Einwände des Antragsgegners sich nicht verändert haben.

Bezeichnend sei in diesem Zusammenhang auch, dass der Antragsgegner von der Antragsstellerin verlangt, sich verstärkt um ihren Sohn und seine schulischen Probleme kümmern zu sollen, während er für sich den Standpunkt vertritt, es sei völlig altersgerecht, dass der Junge etwas faul sei und auch keine Lust zum Lernen habe. Aus den von der Antragsstellerin eingereichten diversen Unterlagen und Zeugnissen ergibt sich aber etwas anderes. Ihr Sohn zeigt unter der Gabe von Mph deutlich bessere Leistungen in der Schule, aber auch im Sozialverhalten. Demgegenüber lassen sich aber altersbedingte Faulheit und Schulunlust sicherlich nicht durch Medikamentengabe beheben.

Der genaue Wortlaut des Gerichtsbeschlusses kann bei der Geschäftsstelle unseres Verbandes angefordert werden. ←

## Leserbrief zum Artikel „Expertin: Wenig Arznei für hyperaktive Kinder“ vom 23.11.2006

*Kürzlich tagte der Nationale Ethikrat in Rostock zum Thema „ADHS und Depressionen“. In einer dpa-Meldung über die Tagung, die in vielen Tageszeitungen verwendet wurde, standen die Aussagen der Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts, Frau Leuzinger Bohleber im Mittelpunkt. Sie forderte, dass bei der Behandlung hyperaktiver Kinder möglichst wenig Medikamente zum Einsatz kommen sollten. Studien hätten den Nutzen einer Kurzzeit-Psychotherapie gezeigt. Es müsse bedacht werden, dass sich die Symptome nur durch eine Änderung der sozialen Verhältnisse, etwa durch mehr Zuwendung bessern können.*

*„Die Medikamente stellen die Kinder nur ruhig, sie werden pflegeleicht“, sagte Leuzinger Bohlinger. Die Aussagen anderer Referenten auf dieser Tagung blieben bei der Berichterstattung weitgehend unberücksichtigt.*

*Diese Aussage blieb bei ADHS-Betroffenen nicht ohne Protest und Widerspruch, wie auch der folgende Leserbrief von Gerhild Drüe an die Ludwigsburger Kreiszeitung, die ebenfalls die dpa-Meldung abdruckte, dokumentiert: (red.)*

„Eltern von Kindern mit ADHS, die wie ich an der Veranstaltung des Nationalen Ethikrates u.a. mit der Psychoanalytikerin teilgenommen haben, wie auch vermutlich die ebenfalls referierenden wirklichen Experten in diesem schwer zu verstehenden Problem ADHS, können sich angesichts solcher Äußerungen nur wundern. Wieso meint Frau Leuzinger-Boh-

leber: „Die Medikamente stellen die Kinder ruhig, sie werden pflegeleicht“? Weiß sie denn nicht, wie sehr entsprechend betroffene Kinder selbst mit medikamentöser Therapie noch erziehungsschwierig und lernschwach trotz guter Intelligenz bleiben können, und dass ihren Eltern täglich sonderpädagogisches Geschick abverlangt wird? Ahnt sie denn nicht, wie oft Eltern für die genetisch bedingte, ganz früh sich zeigende und oft hochproblematische ADHS von ahnungslosen Therapeuten die Verursachung zugeschrieben wird, und dass gerade eine psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Einstellung oftmals verhindert, die Störung ADHS zu erkennen? Ahnt sie, dass die teuren psychoanalytischen Therapieverfahren bei ADHS nicht nur nicht helfen, sondern wegen der falschen Ursachenerklärung sogar schaden?

Von C.G. Jung, Psychoanalytiker und einst Vertrauter von Sigmund Freud, ist überliefert: „Man versteht in der Psychologie überhaupt nur das, was man selbst erlebt hat“. Man wünscht Frau Leuzinger-Bohleber nicht die traurigen Erlebnisse, wie sie Eltern mit ihrem ADHS-Kind und mit psychoanalytisch denkenden „Experten“ so oft widerfahren.

Doch eine Bitte: Sie möge Eltern nur vorurteilsfrei und nicht „analysierend“ zuhören.“

Gerhild Drüe  
Bundesverband Arbeitskreis  
überaktives Kind e. V.,  
Regionalgruppe Osnabrück  
49638 Nortrup

Anzeige

<p style="text-align: center;">Rechtsanwältin Ulrike Fürstenberg</p>  <p style="text-align: center;">Am Waldrand 10/1 71111 Waldenbuch Tel. 07157 / 88 04 77 Fax 07157 / 88 04 66 E-Mail: kanzlei@ra-fuerstenberg.de</p>	<p style="text-align: center;"><b>Ihr Kind hat ADHS?</b></p> <p>Sie haben Probleme mit ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● der Schule</li> <li>● dem Jugendamt</li> <li>● der Krankenkasse</li> <li>● dem Unterhalt?</li> </ul> <p style="text-align: center;">Bei mir finden Sie fachlichen Rat und kompetente Hilfe!</p> <hr/> <p style="text-align: center;">www.ra-fuerstenberg.de</p>
---	---

## Verordnung zu Kinderarzneimitteln ab 2007 in Kraft

Rat stimmt dem Änderungspaket des Parlaments zu /  
Längerer Patentschutz für kindergerechte Medikamente

Vom kommenden Jahr an werden in ganz Europa bessere Arzneimittel für Kinder auf den Markt kommen. Der Rat hat heute den Änderungen des Europäischen Parlaments zugestimmt und die EU-Verordnung verabschiedet. „Hier ergibt sich ein klarer europäischer Mehrwert. Die Entwicklung von Arzneimitteln für Kinder lohnte sich bisher nicht, da nationale Märkte zu klein sind“, sagte der Europaabgeordnete und Arzt Peter Liese (CDU). Während alltäglich verschriebene Arzneimittel wie Antibiotika gegen Mittelohrentzündung oder Hustensaft eine Zulassung speziell für Kinder haben, fehlt diese bei Medikamenten gegen schwerwiegende Erkrankungen wie Krebs, Herzerkrankungen oder AIDS. Bei Kindern auf Intensivstationen sind neunzig Prozent der für sie verwendeten Arzneimittel nicht entsprechend zugelassen. „Die Folge dieser Situation ist, dass oft vermeidbare Nebenwirkungen auftreten oder dass den Kindern die Arzneimittel gar nicht gegeben werden, weil die Ärzte das Risiko scheuen. Dadurch ist es schon zu Todesfällen gekommen“, so Liese. Hersteller von neuen Arzneimitteln werden künftig dazu verpflichtet, auch die Wirkungen und Nebenwirkungen im Hinblick auf Kinder zu untersuchen. Im Gegenzug wird als Kompensation und als Anreiz für bereits zugelassene Arzneimittel eine zusätzliche sechsmonatige Marktexklusivität gewährt. Damit kommen billigere Nachahmerprodukte (Generika) erst sechs Monate später auf den Markt. Für die Unternehmen mit den Erstrechten ergeben sich zusätzliche Gewinnmöglichkeiten. Die wesentliche Änderung in der Zweiten Lesung betraf die Fristen für die Gewährung des Anreizes. Der Rat hatte vorgesehen, dass Anträge auf die sechsmonatige „Patentverlängerung“ schon zwei Jahre vor Ablauf des Patents gestellt werden müssen. Dies hätte bedeutet, dass erst 2009 die ersten Medikamente aufgrund der Regelung für Kinder

zugelassen worden wären. Das Parlament hat die Frist auf sechs Monate verkürzt, so dass schon 2007 die ersten verbesserten Arzneimittel auf den Markt kommen können. Die Verordnung tritt nächstes Jahr in Kraft.

Dr. Peter Liese MdEP, Tel. +33 388 17 7981EVP-ED-Pressestelle, Thomas Bickl, Tel. +33 388 17 7306 oder +32 478 215372

### Patienteninformation/ Patientenbeteiligung – Vision und Wirklichkeit

Unter diesem Motto stand eine große bundesweite Tagung, die die Organisation „Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft e.V.“ Mitte 2005 in Mainz initiiert hatte. Die Ergebnisse dieser Tagung liegen nun in einer 6seitigen Dokumentation vor, die das Kindernetzwerk im Eigenverlag herausgegeben hat. Darin werden die heute erforderlichen

Notwendigkeiten für eine zeitgemäße Patienteninformation und -beteiligung aus Sicht der Politik und insbesondere aus Sicht der Betroffenen und der Ärzteschaft sowie weiteren Akteure im Gesundheitswesen beleuchtet.

In einer Zeit, in der gerade die Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen politisch und strategisch eine immer größere Rolle spielt, liefert die Broschüre des Kindernetzwerks wertvolle und innovative inhaltliche Inputs für den derzeit laufenden Diskussionsprozess. Auch visionäre Sichtweisen kommen in der Dokumentation zur Sprache.

Abgerundet wird die Dokumentation mit dem Diskussionspapier „Das Kindernetzwerk bezieht Position“, das den Diskussionsprozess unter den 50 an der Tagung beteiligten Organisationen und Selbsthilfegruppen sowie allen anderen an der Thematik Interessierten anregen soll. Die Broschüre des Kindernetzwerks ist direkt beim Kindernetzwerk zum Selbstkostenpreis von 5,00 Euro zzgl. Versand zu beziehen. ↩

Kontakt: Kindernetzwerk e.V.,  
Hanauer Str. 15, 63739 Aschaffenburg  
Mail: info@kindernetzwerk.de

---

## ADHS und Sucht – Rechtzeitige Behandlung erspart Suchtkarriere

Peter Hartmann

BVAÜK beteiligte sich an Veranstaltungen im Rahmen der Aktionswochen „Sucht hat immer eine Geschichte“:

*Nicht durch die Medikamente, sondern durch den Verzicht auf eine Therapie kann bei Menschen, die von der Hirnstoffwechsel-Störung ADHS betroffen sind, eine Suchtgefährdung entstehen.*

Die Krankheit hat einen langen Namen. ADHS steht für Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom, im Volksmund oft auch Zappelphilipp-Syndrom genannt. Bei einem Vortrag im Pädagogischen Zentrum der Waldschule schilderte Dr. Rolf Peters, Psychiater und Suchtmediziner aus Jülich und anerkannter Experte für ADHS, diese Störung als Herausforderung und Denkanstoß auf dem Weg zu Veränderungen

in Familien, in Erziehungseinrichtungen, in Schulen und im Ausbildungsbereich.

Herta Bürschgens vom Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind hatte zu dieser Veranstaltung in Zusammenarbeit mit den Jugendämtern der Städte Eschweiler und Stolberg eingeladen.

Unter den Besuchern in der Waldschule waren viele Eltern von ADHS-betroffenen Kindern. ADHS wur-

de lange als Kinderkrankheit gesehen, weil sie sich bei Kindern deutlich bemerkbar macht. Inzwischen weiß man, dass auch viele Erwachsene an dieser Hirnstoffwechsel-Störung leiden.

„ADHS und Sucht“ war die Überschrift dieses Treffens mit der Feststellung, dass die rechtzeitige Behandlung eine spätere Suchtkarriere erspare. Dr. Peters widersprach vor allem den Medienberichten, nach denen „bestimmte Therapien – und damit auch Medikamente – ein hohes Suchtpotential beinhalten“. Anders herum sei es richtig: eine spezifische Medikation ergebe eine bessere Steuerung für den Betroffenen, damit sinke die Suchtgefährdung.

Es ging in der Waldschule um Menschen, die trotz vieler liebenswerter Eigenschaften rastlos in Aktion oder auch antriebsarm, stimmungslabil, distanzlos oder kontaktscheu, leicht ablenkbar, konzentrationschwach, risikofreudig, ohne Gefühl für Gefahren, schnell entmutigt, übermäßig laut und oft aggressiv sind. Sie haben Probleme mit den täglichen Anforderungen in Familie, Kindergarten und Schule. Sie irritieren durch ihr Verhalten, geraten in Isolation. Auffälligkeiten im Sozialverhalten und Lernstörungen entwickeln sich in der Folge immer stärker. Als Schulversager enden sie nicht selten bereits früh im gesellschaftlichen Abseits.



Dr. Peters und Herta Bürschgens machten unmissverständlich deutlich: ADHS ist kein Erziehungsfehler, es ist keine von den Betroffenen gewollte Marotte und erst recht keine Modekrankheit. Es sei vielmehr eine Störung mit neurobiologischen Besonderheiten bei der Informationsverarbeitung im Gehirn, die akzeptiert werden sollte – Zappelphilippe können nicht anders. Der Versuch, sich in das Denken und Fühlen des Betroffenen hinein zu versetzen, sei wohl die beste Möglichkeit für erfolgreiche Hilfen und Therapiemöglichkeiten.

Quelle: EZ und EN vom 28.10.2006

Irmgard Braun,  
Dr. Rolf Peters,  
Herta Bürschgens,  
der Eschweiler  
Suchtberater Jörg  
Selgies, Yvonne  
Mußler und Schulleiter  
Manfred Niehoff  
(von links)  
Quelle:  
EZ und EN vom  
28.10.2006

## Margarete Gatzen übergibt Leitung der Selbsthilfegruppe Gütersloh an Brigitte Wolf



Margarete Gatzen      Brigitte Wolf

Margarete Gatzen vom Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind (BV AÜK) hat nach mehr als 20 Jahren die Leitung der Selbsthilfegruppe Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) an Brigitte Wolf abgegeben. Brigitte Wolf ist ebenfalls Mitglied im BV AÜK. Gatzen bedankte sich jetzt bei den El-

tern und allen Beteiligten für das ihr entgegengebrachte Vertrauen. Sie wünschte der Gruppe auch weiterhin viel Erfolg bei der Bewältigung der vielen Probleme, die ADHS für die Betroffenen und ihre Angehörigen mit sich bringt. Als Telefonberaterin steht die Gütersloherin weiterhin für Ostwestfalen zur Verfügung. In kleinerem Rahmen ist sie als Referentin bis Ende 2007 noch aktiv.

Brigitte Wolf ist Lehrerin am Carl-Miele-Berufskolleg. Sie hat zwei Kinder, eines davon mit ADHS. Sie wird die Treffen wie gewohnt an jedem dritten Donnerstag im Monat fortsetzen.

Quelle:  
Die Glocke vom 14.10.2006

### XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) in Aachen

vom 14. bis 17. März 2007

„Prävention, Früherkennung und Entwicklungsneurologie“  
u.a. mit Schwerpunktsymposium zu ADHS.

Alle Informationen rund um den Kongress finden Sie auf der Kongresshomepage  
<http://www.dgkjp-kongress.de>

## Auszeichnung für unsere Vorsitzende

Kreis Aachen verlieh das Prädikat „Familienfreundlich“

Zum dritten Mal seit 2004 hat der Kreis Aachen das Prädikat „Familienfreundlich“ verliehen. Mit der Auszeichnung werden Initiativen,



Projekte und Einzelpersonen ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt, die sich besonders für Familien einsetzen und mit ihrem Engagement Vorbild für andere sein können.

Unter Leitung von Landrat Carl Meulenbergh hat eine interdisziplinär zusammengesetzte Jury aus 37 Kandidaten neun Preisträger ausgewählt.

Zu den Preisträgerinnen in diesem Jahr gehört auch unsere Bundesvorsitzende Herta Bürschgens, die seit fast 20 Jahren in der Region Aachen in der Selbsthilfe aktiv ist.

Die offizielle Verleihung fand am 30.11.2006 in Baesweiler im Rahmen einer Feierstunde statt. ↵

## Professionelles Handeln bei ADS und ADHS

Bericht von einer Veranstaltung in Detmold am 15. 11. 06 zu dem Thema

„Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will...“

*Margarete Gatzert*

Detmold rief und alle, alle kamen... Nein, ganz so war es nicht. Aber immerhin waren 220 Teilnehmer der Einladung des „Arbeitskreises Suchtprävention und Gesundheitsförderung“ bei der Bezirksregierung Detmold gefolgt. Diese hatte über 1000 Schulen, Kindergärten, Kitas, Jugendämter und Beratungsstellen in Ostwestfalen angeschrieben. Wenn man jetzt bedenkt, dass es keine Unterrichtsbefreiung gab und die Leute zum Teil längere Anfahrtswege hatten, dann ist die Zahl durchaus zufriedenstellend. Die Tagung fand von 14.00 bis 19.00 Uhr im Regierungspräsidium in Detmold statt.

Das Programm enthielt ein Hauptreferat und 9 Workshops, die alle 2mal durchgeführt wurden, so dass jeder Teilnehmer zwei verschiedene Themenbereiche wahrnehmen konnte. Das Referat von PD

Dr. Christian Wolff, Kinderarzt und Psychotherapeut aus Hagen, hatte den Titel: „Neues zu einer alten Geschichte: Diagnostik, Neurobiologie und Behandlung von ADHS“. Es enthielt in seiner Dichte und Konzentration so ziemlich alles, was man in 60 Minuten zu diesem Endlosthema sagen kann. Nach seinen Ausführungen zu den hirneuropathologischen Vorgängen und der Wirkung von Methylphenidat kam die leidige alte und immer neue Frage: „Warum ein Medikament?“ Wolff fast wörtlich: „Methylphenidat hat in seiner Zusammensetzung Ähnlichkeit mit Dopamin und führt den Kindern genau die Substanz zu, die ihnen fehlt.“ Dies sei vergleichbar mit Insulin bei Diabetes und Hormongaben bei Schilddrüsenerkrankungen. Auf die Frage, ob man stattdessen auch mit Homöopathie arbeiten könne, kam

die lakonische Rückfrage: „Würden Sie ein zuckerkrankes Kind mit Homöopathie behandeln?“

In dieser Deutlichkeit habe ich das lange nicht gehört. Wolff forderte die Zuhörer auf, in Zukunft energisch zu widersprechen, wenn wieder mal von „ruhig stellen“ und „unter Drogen setzen“ der ADHS-Kinder die Rede sei. Dies sei nichts weiter als das Ergebnis von Uninformiertheit und Ignoranz.

Wolff ging aber auch auf pädagogische Fragen ein und bat die Lehrer, sich diesen Kindern aus einer anderen Perspektive zu nähern, indem man ihre Stärken und Begabungen fördert. Wolff wies am Ende seines Vortrages auf Untersuchungen hin, deren Ergebnis mich überraschte: ADHS kommt in allen Ländern und Kulturen vor mit nur geringfügigen Unterschieden in der Zahl der Fäl-



le und zwar unabhängig von äußeren Faktoren wie Ober- oder Unterschicht, Krieg oder Frieden.

Die Themen des Workshops boten ein breites Spektrum, das die ganze Bandbreite der AHDS-Problematik und der therapeutischen Möglichkeiten abdeckte.

1. Frühfördermöglichkeiten bei ADHS
2. Aspekte einer bewegungsorientierten Förderung bei ADHS
3. Spiel - und theaterpädagogische Möglichkeiten im Umgang mit ADS und ADHS
4. Fallstudien aus der Praxis anhand von mitgebrachten Fällen der Teilnehmer
5. Pädagogik als der Weisheit vorletzter Schluss
6. Präventivansätze aus Kinder- und Jugendpsychiatrischer Sicht (Dieser Workshop wurde kurzfristig von Dr. Wolff übernommen, weil der ursprünglich vorgesehene Workshopleiter erkrankt war.)
7. Schulpsychologische Hilfen bei ADHS
8. Ist ADHS ein befristetes Krankheitsbild?

9. Hyperaktiv, aber nicht leistungsfähig. Therapie mit dem Pferd bei ADHS

Die Teilnehmer kann ich leider nur aus der Sicht des Workshops Nr.5, den ich geleitet habe, beurteilen. Es waren Grundschullehrerinnen, zwei männliche Vertreter dieser Spezies, Erzieherinnen und Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen. Die meist sehr jungen Leute waren gut vorinformiert, sensibilisiert für das Thema und fragten nach Frühsymptomatik, Präventionsmaßnahmen und pädagogischen Tricks im Unterricht. Quer durch die Gruppe war man sich einig, dass ADHS oft noch als Symptom für Unerzogenheit gilt. Hier die Unterscheidungsmerkmale herauszufinden und die Eltern der betroffenen Kinder zur Mitarbeit zu motivieren, war ein Hauptpunkt in der Diskussion. Beide Workshops verliefen in angenehmer und angeregter Atmosphäre. Bleibt noch anzumerken, das wie üblich bei solchen Veranstaltungen die zeitliche Struktur aus den Fugen geriet. Außer bei dem Kongress in Aachen im April 2002 habe

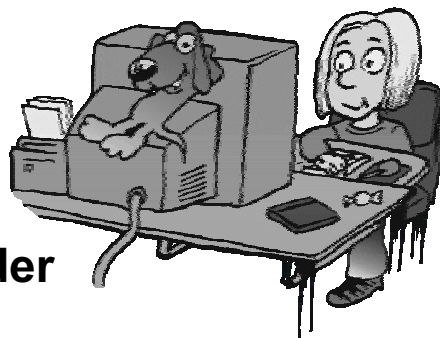
ich das noch nie anders erlebt. Man fing schon unpünktlich an, weil viele Nachzügler in der Anmeldung standen, vermutlich wegen längerer Anfahrtswege – 14.00 Uhr ist keine gute Zeit für Lehrer. Der Hauptreferent überzog seine Zeit, wen wundert's bei diesem Thema. Und die zwei jeweils 30minütigen Pausen schrumpften zusammen auf die Zeit, die man braucht, um seine Papiere zusammenzuraffen, einen Kaffee herunterzuspülen, auf 00 zu verschwinden und den nächsten Raum zu suchen. In dem weitläufigen Regierungsgebäude gab es ganz schöne Wege zurückzulegen. Aus diesem Grunde hatte ich keine Gelegenheit, auch nur einen der anderen Workshopleiter kennenzulernen, wofür die Pausen eigentlich vorgesehen waren.

Schade, denn um 19.00 waren alle plötzlich wie vom Erdboden verschwunden. Feierabend. Trotzdem, die positiven Rückmeldungen, die ich bekommen habe, zeigen, dass die Veranstaltung „angenommen“ ist. Dank an die leitende Medizinaldezerntin und an den Arbeitskreis. ←

Anzeige



## Konzentrations-Training für aufmerksamkeitsgestörte Kinder



Aufmerksamkeit kann man erlernen! Staddy® hilft dabei.

Staddy ist ein kindgerechtes Computerprogramm zum Training von Konzentration, Handlungsplanung und Ausdauer. Staddy wurde in Anlehnung an die Therapieansätze von Lauth/Schlottke entworfen.

Die Kinder lernen durch das Staddy-Training, dass sie bei der Lösung ihrer Aufgaben Arbeitsanweisungen beachten, planvoll vorgehen und viel Geduld bei der Überprüfung ihrer Lösungen aufbringen müssen, und werden dafür unmittelbar belohnt. Durch die Übertragung der gewonnenen Fertigkeiten auf den Alltag profitieren die Kinder auch im schulischen und außerschulischen Bereich vom Staddy-Training.

Staddy gibt es als Homeversion für das Training zu Hause und als Profiversion mit statistischer Auswertungskomponente für Therapeuten, Pädagogen und interessierte Eltern.

Weitere Informationen und Bestellung:

[www.staddy.de](http://www.staddy.de) oder [info@staddy.de](mailto:info@staddy.de) oder Tel. 07533/934828

# Mitgliederversammlung stimmte der Verschmelzung einstimmig zu

Karin Knudsen

Am 7. Oktober war es soweit: In einer außerordentlichen Mitgliederversammlung in Königswinter ging es um die Frage, ob unser Verband sich nach über 25 Jahren erfolgreicher Selbsthilfearbeit neuen Herausforderungen stellen und sich mit dem BV AH e.V. zu „ADHS-Deutschland (e.V.) vereinigen soll.

Zu Beginn erinnerte die 1. Vorsitzende, Herta Bürschgens, an die verschiedenen Anläufe in den letzten Jahren zu einer engeren Zusammenarbeit der deutschen ADHS-Verbände. Bemühungen zur Gründung eines Dachverbandes durch die in der (vom BV AÜK seinerzeit ins Leben gerufenen) IG-ADHD zusammenarbeitenden Verbände waren bekanntlich vor zwei Jahren gescheitert. Da angesichts der zunehmenden Be-

deutung des Themas ADHS an einer Bündelung der Ressourcen und besserer Nutzung der Synergieeffekte kein Weg vorbei führt, haben die großen bundesweit tätigen Verbände Beratungen über eine Verschmelzung aufgenommen. Nach langwierigen und nicht immer einfachen Diskussionen der Vorstände über alle verbandspolitischen, organisatorischen und juristischen Aspekte der Verschmelzung war man jetzt endlich soweit, die Mitglieder um Zustimmung zu bitten.

Die meisten Mitglieder, die zum Teil von weit her den Weg nach Königswinter gefunden hatten, waren mit dem Thema und der Vorgeschichte gut vertraut. Auf mehreren Mitgliederversammlungen war ausgiebig über die Vorteile, aber auch

manche Vorurteile und Bedenken gesprochen worden.

Herta Bürschgens erläuterte den aktuellen Sachstand: Auf der Grundlage des Vereinsrechts und des den Mitgliedern vorab zugesandten Entwurfes des Verschmelzungsvertrages und seiner Anlagen beabsichtigen BV AÜK und BV AH im kommenden Jahr miteinander zu verschmelzen. Die Mitglieder des BV AH e.V. hatten bereits einige Wochen zuvor mit der erforderlichen Mehrheit ihre Zustimmung gegeben.

Annähernd 140 Mitglieder unseres Verbandes haben auf unsere Einladung reagiert und sich teilweise schriftlich für einen Zusammenschluss ausgesprochen. Bemerkenswert ist, dass wir keine kritischen Rückmeldungen oder gar ablehnende Stellungnahmen erhielten.

Beide Verbände haben sich darüber verständigt, ihre „Flaggschiffe“ in den neuen Bundesverband ADHS Deutschland e.V. einzubringen und so für Kontinuität zu sorgen: Unsere Verbandszeitschrift „die AKZENTE“ soll weiterhin erscheinen, eventuell unter neuem Namen und nur noch dreimal jährlich. Der BV AH wird seinen Verlag in den gemeinsamen Verband integrieren. Auch die von uns betriebene bundesweite Telefonberatung soll fortgeführt und intensiviert werden.

Die Gründungsversammlung des neuen Verbandes wird am 10. März 2007 in Helmstedt (bei Braunschweig) stattfinden.

Es folgten einige Wortmeldungen aus dem Vorstand: Darin wurde nicht nur die bisher geleistete Arbeit aller ehrenamtlich aktiven Mitglieder im BV AÜK hervorgehoben, sondern auch Zuversicht und Vertrauen in die künftige Zusammenarbeit mit den MitstreiterInnen vom BV AH geäußert.

Anschließend folgte die entscheidende Abstimmung, auf Antrag der Vorsitzenden in geheimer Wahl.

Der Vorstand: Karin Seegers, Renate Meyer, Herta Bürschgens, Horst Diecks, Karin Knudsen, Detlev Boeing (v.l.n.r.)



Am Vorabend der Mitgliederversammlung: Mit dem Vorstand des BV AH in gemütlicher Runde

Die Mitglieder studieren interessiert den Verschmelzungsflyer



Karin Knudsen, Horst Diecks, Herta Bürschgens und Renate Meyer (v.vorn)



Das Ergebnis war eindeutig: Die anwesenden Mitglieder befürworteten einstimmig – ohne Gegenstimme und ohne Enthaltung – die Verschmelzung mit dem BV AH im Jahr 2007.

Allen Teilnehmern, vom Vorstandsmitglied bis hin zu so manchem altgedienten engagierten Mitglied, fiel damit „ein Stein vom Herzen“.

Durch ihren Zusammenschluss zu einem größeren Bundesverband werden die zwei größten ADHS-Selbsthilfeverbände in Deutschland im kommenden Jahr verstärkt als Lobby für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS in Erscheinung treten können.

Positiv wurde seitens der anwesenden Mitglieder der Hinweis aufgenommen, dass sich fast alle derzeitigen Vorstandsmitglieder unseres Verbandes auch für den Vorstand des „ADHS Deutschland“ wieder zur Verfügung stellen werden.

Dem Dank des Vorstandes an Her-



Ein Dankeschön von Herzen für Herta Bürschgens von Karin Seegers überreicht

ta Bürschgens für ihr überdurchschnittliches Engagement, den unsere Schatzmeisterin, Karin Seegers, mit einem Blumenstrauß übermittelte, schlossen sich alle Anwesenden mit zustimmendem Applaus an.

Zum Schluss wurde der „Verschmelzungs-Flyer ADHS Deutsch-

land“, an alle Anwesenden verteilt. Darin wird im Einzelnen ausgeführt, welche Aufgaben wir auf dem gemeinsamen Kurs ansteuern und verstärkt thematisieren werden. Wir alle sind überzeugt, dass ein gemeinsamer Verband MEHR ist als die Summe der einzelnen Verbände! ☞

Hallo liebe Vorstandsmitglieder vom AÜK, einen

**herzlichen Glückwunsch zum Zusammenschluss zu:**

**ADHS Deutschland e.V.!**

Dies ist eine gute Nachricht für alle ADHS-Patienten in unserem Land und eine besondere Leistung des Vorstandes des AÜK, dessen besonnene und kompetente Leistung in den letzten beiden Jahren wir sehr schätzen. Viel Glück weiterhin, Harmonie in der Zusammenarbeit und Kompetenz in den vielfältigen Aufgaben, dies wünschen Ihnen allen von Herzen

Gunther und Sabine Bernau

Hambergen, den 6.10.06

# NRW - Gruppenleiterschulung am 26.08.2006

Karin Knudsen



Ein kleiner Kreis der „unermüdlichen“ Gruppenleiter und -leiterinnen traf sich in diesem Sommer wieder einen Tag lang in der Grundschule Hehler in Schwalmatal, um Aktuelles aus unserem Verband zu erfahren und Fragen/Antworten zur Gruppenarbeit zu diskutieren.

Als Referent stellte uns David Lennep, Alsdorf, die Arbeit in einer ergotherapeutischen Praxis vor, insbesondere die Möglichkeiten der Unterstützung von ADHS-Kindern. Verhaltenstraining, Videodiagnostik



Martin Egger,  
Brigitte Wolf,  
Frau Podzusz,  
Dagmar Polmann,  
Marion Petrow und  
Thomas Dereser  
(v.vorn n.hinten)

und Elternarbeit räumen Herr Lennep und sein Team einen besonderen Stellenwert ein (s. hierzu auch sein Beitrag auf Seite 15).

Herr Lennep ließ uns wissen, dass er selbst Erfahrung mit ADHS hat, d.h., er kennt die Besonderheiten und bringt sich daher authentisch in die Behandlung ein.

Für alle Anwesenden ein ermutigender Vortrag, der zeigte, dass mit entsprechendem Engagement gezielte und qualitativ gute Hilfen für Menschen mit ADHS unter einem Dach angeboten und durchgeführt werden können.

Nach einem gemeinsamen Mittagessen wurde die von Thomas Dereser, Leiter der SHG Duisburg, auf der Mitgliederversammlung in Königswinter angesprochene „Supervision“ thematisiert.

## Was ist Supervision?

Supervision soll dazu dienen, dass Helfende in einer selbstgewählten Form und mit selbstgewählten Themen lernen, ihr eigenes Handeln und Fühlen – hier z.B. in unseren Selbsthilfegruppen – zu überdenken, emotionale und kognitive Hintergründe aufzudecken und – wenn möglich – die eigene Geschichte mit einzu beziehen.

Ein Prozess der Selbst- und Fremdreflexion, der nicht gedacht ist als eine Art Überwachung, der aber dennoch eine gewisse Kontrolle des Handelns innerhalb und außerhalb der Gruppe einschließt. Supervision ist nicht hoch genug einzuschätzen, weil sie eine Methode des Lehrens und Lernens ist.

Probleme, Fragen und Anliegen einzelner Gruppenmitglieder können von der gesamten Gruppe besprochen werden. „Heiße Eisen“ können aufgedeckt, auf „blinde Flecken“ kann hingewiesen werden. Sogenannte Gruppentabus und Mythen können aufgedeckt werden und die Balance zwischen arbeitsbezogenen und selbstbezogenen Bedürfnissen ist leichter herzustellen. Aber auch Rivalisieren kann manchmal im Mittelpunkt stehen.

Unser Brainstorming zeigte auf, dass Supervision

- ▮ der persönlichen Entwicklung dient
- ▮ Ressourcen aufdeckt
- ▮ Angst mindert
- ▮ Die Kooperations- und Konfliktfähigkeit stärkt
- ▮ Entlastung bringen kann
- ▮ Stress reduziert
- ▮ Burnout-Prophylaxe ist
- ▮ der inneren Emigration vorbeugt
- ▮ zur Verbesserung des Klimas untereinander und der Kommunikation beitragen kann
- ▮ Entwicklung von Visionen fördert
- ▮ Reflexion von Werten, Spielregeln, Zielen i. d. Selbsthilfe voranbringt
- ▮ deutlich macht, dass andere auch Probleme haben
- ▮ gegenseitige Unterstützung gibt
- ▮ zu einer Optimierung der Arbeit führt
- ▮ manchmal Krisenmanagement ist
- ▮ Rollenklärung, Teambildung, Kollegialität fördert
- ▮ hilft Visionen zu entwickeln
- ▮ sich an den Wünschen der Teilnehmenden orientiert und ihre Ressourcen nutzt.

Insofern können in der Gruppensupervision festgefahrene Meinungen immer wieder beweglich gemacht werden.

Jedoch standen nicht alle Teilneh-



Staatl. anerkannte Ergänzungsschule

## ABITUR MITTLERE REIFE

Auch bei Versetzungs- und Aufnahme-problemen an öffentl. Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.  
KLEINE KLASSEN, FÖRDERUNTERRICHT, HAUSAUFGABENBETREUUNG, AG's, INDIV. FÖRDERUNG + BETREUUNG, INTENSIVFÖRDERUNG BEI ADHS und TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN, SCHULPSYCHOLOGISCHE TESTUNG und BERATUNG, JOB COACHINGKURSE, MITTAGESSEN, auf Wunsch soz. pädag. Wohneinrichtung/ Internat  
Am Büchel 100, 53173 Bonn-Bad Godesberg  
Tel. 0228-748990 Fax 0228-7489923  
info@hebo-schule.de www.hebo-schule.de

menden vorbehaltlos einer Supervision gegenüber.

Wir hatten unterschiedliche Erwartungen. Ein Vorschlag aus diesem Kreis, im kommenden Jahr eine Schulung in „Gesprächsführung“ für die Gruppenleitungen anzubieten, wurde aufgegriffen und die angedachte Supervision (damit auch der Mut, ggf. an's „Eingemachte“ zu gehen ?) wanderte erst mal in die Schublade.

Nun gut, - die „Gesprächsführung“ in heiklen Situationen will auch gelernt sein. Dennoch ist es hilfreich, wenn wir in der Lage sind zu reflektieren und damit Kommunikation, Kontaktfähigkeit und Vertrauen in uns selbst und in andere fördern.

Wir können die konstruktive Anregung von Thomas Dereser ja jederzeit wieder hervorholen, wenn die gesamte Gruppe dazu bereit und die Zeit reif ist.

Abschließend blickte Herta Bürschgens zurück auf das vergangene Jahr – Finanzen 2006, Bericht der Kassenprüfer. Sie machte noch einmal deutlich, dass die Homepage der LG NRW dringend intensiver bearbeitet werden müsste.

Informationen über regionale ADHS-Netzwerke sowie über Termine und Aktivitäten in NRW rundeten den Tag ab.

Der Informations- und Gedankenaustausch in der Gruppe bringt's, – das stellten wir beim Abschied wieder einmal fest.

Ein besonderes Dankeschön sagen wir Ulrike VlK und Frau Wolfram-Podszus für die fürsorgliche Bewirtung während des ganzen Tages.

Auch Herta Bürschgens sei herzlich gedankt für die gute Vorbereitung und Moderierung der Schulung. ←

## Telefonberatung sucht Mitarbeiter

Unser bundesweit eingerichtetes Telefonberatungsnetz besteht inzwischen zwei Jahre. Es hat sich bisher deutlich gezeigt, wie viel Hilfe auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Bereichen (Information, KJHG, Krisenintervention etc.) nötig ist. Wir wollen deshalb weitere Mitarbeiter aufnehmen und ausbilden. Hierbei sind besonders Mitglieder in den neuen Bundesländern sowie in Rheinland-Pfalz und dem Saarland angefragt, aber natürlich auch aus anderen Bundesländern willkommen. Der Zeiteinsatz für die Beratungstätigkeit kann individuell bestimmt werden.

Um in der Beratung so sicher wie möglich zu werden, treffen wir uns zweimal jährlich zur Fortbildung. Eine regelmäßige Teilnahme an diesen Fortbildungen ist Voraussetzung für die Be-

ratungsarbeit. Es hat sich außerdem gezeigt, dass an diesen Wochenenden nicht nur unser Wissensstand erweitert wird, sondern dass gleichzeitig gute und intensive Begegnungen stattfinden, die niemand von uns missen möchte.

Die erste Fortbildung im Jahre 2007 wird vom 13. bis 15. April in Plön sein. Sollten Sie sich durch diesen Aufruf angesprochen fühlen und weitere Informationen wünschen, rufen Sie mich gerne an. Ich freue mich darauf.

*Gerhild Gehrman*

Beratungstelefon:  
04121-807272  
Privat:  
04121-92149  
eMail:  
GuJGehrmann@aol.com



Gerhild Drüe

### ADHS kontrovers

Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit

2007. 268 Seiten. Kart.

€ 24,80

ISBN 978-3-17-019086-3

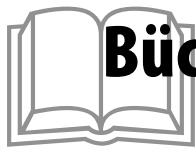
Eltern suchen oft jahrelang vergeblich Hilfe für ihr lernschwaches und verhaltensauffälliges Kind. Immer häufiger wird die Diagnose ADHS gestellt und medikamentös behandelt. Kritiker warnen vor der medikamentösen Therapie und sehen die Ursachen für ADHS in mangelnder Erziehung und ungünstigen Umwelteinflüssen.

Vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen aus der Selbsthilfearbeit geht die Autorin den Gründen für diese oft tiefenpsychologisch motivierte Kritik nach. Sie stellt die Ursachen und Folgen der ADHS in einen Zusammenhang mit der Diskussion um erzieherische, schulische und gesellschaftliche Probleme. Zahlreiche Fallbeispiele stellen die Probleme in ADHS-Familien dar und geben betroffenen Eltern wertvolle Informationen.

[www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)

Kohlhammer

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart



# Bücher, Bücher ...

Gerhard W. Lauth,  
Bernd Heubeck

## Kompetenztraining für Eltern

### sozialauffälliger Kinder (KES)

Hogrefe-Verlag, Göttingen 2006  
ISBN-10:3-8017-1829-8, 34,95 €

Eine Reihe von Programmen zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenz haben wir inzwischen zur Auswahl. Das von Prof. Lauth und Dipl.-Psych. Heubeck entwickelte Training richtet sich an Eltern, die im Alltag mit sozial auffälligen Kindern Grenzerfahrungen machen und häufig überfordert sind.

In der psychosozialen Beratung ermöglicht das vorliegende Buch zunächst eine korrekte Kenntnis über ADS/ADHS und damit auch eine sorgfältige Diagnostik, indem auf Klassifikation und Diagnosekriterien sowie Epidemiologie und Verlauf der Störungen hinreichend eingegangen wird.

Ein gut strukturiertes Manual, das detailliert dargestellte Trainingseinheiten enthält, die jeweils unter einem eindeutigen Thema stehen und klare Angaben zu den benötigten Materialien sowie zahlreiche Vordrucke von Protokoll- Auswertungs- und Informationsblättern vorgibt.

Das Training beruht auf einem stress- und ressourcentheoretischen Ansatz. Danach entstehen die elterlichen Erziehungsschwierigkeiten nicht aus allgemeiner Unfähigkeit, sondern aus Überlastung und durch ungenutzte Verhaltensmöglichkeiten. Dementsprechend setzt das Training an den Hauptbelastungen der Familie an. Tägliche Hausaufgaben-situation, die abendliche Situation beim Zu-Bett-Gehen u.v.m.

Die Eltern werden in sechs Sitzungen darin angeleitet, wie sie ihr Kind in den wichtigsten „familiären Standardsituationen“ effektiver begleiten können. In der Gruppe lernen sie beispielsweise ihre eigenen Stärken zu sehen, genaue Anweisungen zu geben, das Kind durch Lob und Tadel zu lenken und die Hausaufgaben nach einem vorgegebenen Plan machen zu lassen. Schließlich werden sie darin beraten, wie sich die Familie neu und besser zusammenfinden kann. (Siehe auch hierzu den ausführlichen Bericht von Prof. Lauth in Heft 73/2006 „die AKZENTE“)

So wurde schon Anfang des letzten Jahrhunderts der polnische Arzt und Pädagoge Janusz Korczak nicht müde, darauf hinzuweisen, dass Erziehung vor allem Selbsterziehung und Eigenreflexion bedeutet und dass es nicht darauf ankommt, keine Fehler zu machen, sondern sie zu erkennen und zu korrigieren.

Und gerade das kann sehr erfolgreich mit Hilfe dieses Kompetenztrainings für Eltern sozialauffälliger Kinder (KES) erfahren werden, – z.B. im Rollenspiel, in der Wahrnehmung eigener Gefühle und Gedanken (ABC der Gefühle) oder auch bei der Bearbeitung von Wochenaufgaben, die die gezielte Auseinandersetzung mit den anstehenden Problemen in der Familie erfordern.

Sehr positive Rückmeldungen innerhalb der Selbsthilfegruppe von Eltern, die ihre Ressourcen nach erfolgreichem Training (wieder)entdeckt und diese Arbeit als hilfreich angesehen haben, lassen mich hoffen, dass dieses Konzept durch zahlreiche Multiplikatoren möglichst breite Anwendung in der Beratung von Familien finden wird.

Karin Knudsen

Wenn man unzufrieden mit sich selbst ist,  
richtet man den Stress gegen die Schwächeren.

Aiko Shibata, Yokohama

## Lernprobleme verstehen und bewältigen



Mit einem Vorwort von Franz Petermann.  
2006. 284 S., Abb., Tab., Kt € 19.95 / CHF 32.00  
(ISBN 3-456-84350-X)

Margarete Liebrand

### Lernprobleme: ADHS?

#### Fallanalysen aus der Lerntherapie

Weltweit sollen Millionen von Kindern unter Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität leiden. Doch gegenüber vorschnellen Schlüssen ist Vorsicht geboten. Nicht alles, was auffällt am Verhalten von Kindern, besonders wenn es um das Lernen geht, ist einzig dem Syndrom ADHS zuzuschreiben.

Oft stehen hinter Aufmerksamkeitsdefiziten komplexe Lernprobleme, die nicht allein mit Medikamenten in den Griff zu bekommen sind. Im vorliegenden Buch wird anhand von Fallanalysen anschaulich dargestellt, wie Lernprobleme verstanden und bewältigt werden können.

[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

HUBER



**Nach den jüngsten erschreckenden Fällen von Kindesmisshandlung und Kinderverwahrlosung** hat Bundesfamilienministerin von der Leyen kürzlich das Modellprojekt eines Frühwarnsystems zur Prävention vorgestellt. Sie verteidigte dabei das bestehende Regelsystem erklärte aber, Ziel des Frühwarnsystems sei es, aus den begangenen Fehlern zu lernen, Risiken früher zu erkennen. „Es sind die kleinen Fehleinschätzungen, die in Summe zur Katastrophe führen“, erklärte die Bundesministerin bei der Vorstellung ihres Konzeptes.

Neben der Diskussion, um den Nutzen dieser Initiative gab es in den Medien eine breite Debatte um die negativen Einflüsse von Computerspielen – vor allem wenn sie brutal und gewaltverherrlichenden Charakter haben – auf das Lernverhalten vor allem von Jungen.

Zwei Beiträge in der „Neuen Osnabrücker Zeitung“, die sich mit diesen Themen beschäftigten, waren Anlass für einen Leserbrief, den Gerhild Drüe an die NOZ schrieb und den sie uns auch für „die AKZENTE“ überließ. (red)

## Ursachen familiärer Katastrophen verstehen lernen

*Zu den Artikeln „Mehr Schutz für Kinder“ und „Gewaltspiele verbieten“ (Neue OZ vom 4.11.2006)*

Leider sind es oft nicht nur „kleine Fehleinschätzungen, die in der Summe zur Katastrophe führen“, wie Frau von der Leyen das Funktionieren des „Regelsystems“ zur Erkennung von Kindesmisshandlungen“ bewertet. Im Zusammenhang mit Kindesvernachlässigung und Verwahrlosung (evtl. auch des gesamten Haushalts) kommen die verpflichteten Behörden nicht umhin, eine sehr häufige Grundlage derartiger familiärer Katastrophen verstehen zu lernen, um

sie erkennen zu können: eine (schwere) Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS) mit stark verminderter Selbststeuerung, evtl. mit begleitenden Störungen wie Aggressivität, Depression, Suchtverhalten jedweder Art sowie deren Folgen.

Es gilt zu erkennen, dass nicht nur „benachteiligte Mütter“ mit diesen auch „benachteiligt“ genannten Kindern überfordert sind, weil sie selbst unter ähnlichen Problemen leiden wie ihr Kind, sondern auch psychisch stabile Eltern, sogar Profieltern. Schreibabys und hyperaktive Kinder oder Heranwachsende mit einer (oppositionell-aggressiven) Störung des Sozialverhaltens stellen im-

mer eine Höchstbelastung dar. Kirsten Stollhoff hat viele dieser Zusammenhänge in ihrem Buch „Hochrisiko ADHS“ geschildert – es sollte eine Pflichtlektüre für Ärzte und alle in sozialen Diensten Tätige sein.

Ein spezielles ADHS-Elterntaining, von den Krankenkassen finanziert wie eine Diabetes-Schulung, und die angemessenen(!) Therapien für Kinder und Eltern mit ADHS sind angezeigt, sowie Lehrerfortbildung. Prävention muss zuerst die biologischen Gesetze der ADHS-Probleme akzeptieren, um die sekundären Schäden verhindern zu helfen.

Hier ist auch die Politik ist gefordert. Der Gesetzgeber muss aber allen Eltern, auch den „starken“, eine Chance geben, wie früher ihre älteren Kinder schützen zu können, sei es beispielsweise vor dem Zigarettenautomaten um die Ecke, der Übermacht der (bewegten) gewalttätigen oder pornografischen Bilder im Fernsehen oder im Laden nebenan. Kinder und Jugendliche mit ADS/ADHS sind leider nicht nur mit Worten, Konsequenz und per Vorbild, sondern auch pragmatisch zu erziehen.

Gerhild Drüe  
BV AÜK e.V.,  
Regionalgruppe Osnabrück

## Achtung – Satire! Pädasthenie

In letzter Zeit häufen sich die Anzeichen für die weite Verbreitung einer Teilleistungsschwäche, die nicht Schülerinnen und Schüler, sondern die Lehrerschaft betrifft. Es geht um Pädasthenie.

So wie es unter Schülern einige Prozent Legastheniker gibt, scheint es unter Lehrerinnen und Lehrern einige Prozent Pädastheniker zu geben.

Definition: Pädasthenie (griech.: päd für „Erziehung“, a für „ohne“, sthenos für „Stärke“) bezeichnet die Schwäche von Lehrkräften, trotz guter intellektueller Begabung verständnisvoll, ermutigend und individuell fördernd mit Lernenden umzugehen.

In der Regel haben Pädastheniker (schülersprachlich: „Arschpauker“) keinen Leidensdruck. Ihre Schwäche wirkt sich im Unterschied zur Legasthenie meistens auch nicht karrierefördernd aus.

Symptomatik: Der Unterricht von Pädasthenikern wird bei angekündigten Unterrichtsbesuchen zu meist als gut „beurteilt“. Sie stellen ihre Leistungsorientierung gerne plakativ heraus und pflegen den Anspruch, alle Schüler absolut gleich zu behandeln. Sie setzen überdurchschnittlich viele Arbeitsblätter ein und sprengen damit den Kopieretat jeder Schule. Besonders an weiterführenden Schulen bewahren sie konsequent die Tradition des altbewährten Buchunterrichts. Legasthenie, Dyskalkulie und ADS halten sie für modische Ausreden verantwortungsloser oder versagender Eltern.

Prognose: Bisher hat sich die Pädasthenie der Forschung weitgehend entzogen, weshalb therapeutische Verfahren noch nicht entwickelt und die Heilungschancen nicht zu beziffern sind. Weil die Schulmedizin bislang keine medikamentösen Möglichkeiten kennt, gelten alternativmedizinische Ansätze derzeit als aussichtsreicher. Vereinzelt wird von pädagogischer Seite auch die Intensivierung von Fortbildung vorgeschlagen, doch ist die Wirksamkeit dieser Maßnahme zur Behebung der Teilleistungsschwäche empirisch noch nicht abgesichert. ←

© 27. Oktober 2006 by  
Dipl.-Päd. Detlef Träbert  
53859 Niederkassel



# Das neueste aus Wissenschaft und Recht

Zusammengestellt von Renate Meyer

## Junge Colatrinker oft hyperaktiv

Zucker und Koffein lösen mentale Probleme aus

Das Wissenschaftsteam um Lars Lien der Universität Oslo hat herausgefunden, dass Kinder, die viele Softdrinks trinken oft hyperaktiv sind oder Konzentrationsprobleme haben.

Die Forscher konnten einen direkten Zusammenhang zwischen dem Konsum von Softdrinks und Hyperaktivität sowie einen komplexeren Zusammenhang mit anderen mentalen und Verhaltensstörungen feststellen.

Je höher der Konsum dieser Getränke ist, desto ausgeprägter werden die Symptome. Ursächlich hierfür sollen lt. den Wissenschaftlern die großen Mengen Zucker und das Koffein sein, das sich in den Getränken befindet.

Quelle: *American Journal of Public Health*, Oct 2006; 96: 1815 - 1820.

„Consumption of Soft Drinks and Hyperactivity, Mental Distress, and Conduct Problems Among Adolescents in Oslo, Norway“

Internet: <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/96/10/maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=lars+lien&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

## Sehstörungen durch unzureichende Flüssigkeitszufuhr bei Schülern

Der Augenarzt und Vorsitzende der Bürgerstiftung Göttingen, Dr. Peter Cordes, hat darauf hingewiesen, dass immer mehr Schulkinder an Sehstörungen leiden, weil sie zu wenig trinken oder morgens nicht frühstücken.

Gem. einer Studie des Paderborner Ernährungswissenschaftlers Prof. H. Hesecker nehmen 30 Prozent der Haupt- und Realschüler ohne ausreichende Flüssigkeitszufuhr am Unterricht teil.

Hierdurch sinke nicht nur die Leistungsfähigkeit der Kinder, auch neurologische Beschwerden wie Schwindel und Seh- und Hörstörungen könnten auftreten, so Dr. Cordes.

Quelle: *Ärzte Zeitung* vom 15.9.06

Internet: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/09/15/164a0504.asp?cat=/medizin/ernaehrung>

## Schulrechtliche Regelungen für Legastheniker sind verfassungswidrig

Der Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. hat am 20.10.06 eine Pressemitteilung herausgege-

ben, wonach die schulrechtlichen Regelungen für Legastheniker verfassungswidrig sind und Legastheniker in unserem Bildungssystem diskriminiert werden.

In mehreren Verfahren sprechen Gerichte Legasthenikern das Recht, abgeleitet aus Art. 3 Abs.1 Grundgesetz, auf Nachteilsausgleich in den Prüfungen zu.

Ein Gutachten von Frau Prof. Dr. Langenfeld, Lehrstuhl für Öffentliches Recht an der Georg-August-Universität Göttingen, zur Klärung der Rechte von Legasthenikern, untermauert die Argumentation der Gerichte.

Hierzu wurde vom BVL ein Sonderheft Recht in das Internet gestellt:

[http://www.legasthenie.net/content/presse/artikel/Pressebeitrag\\_Recht\\_20.\\_Oktober\\_2006\\_Endv.pdf](http://www.legasthenie.net/content/presse/artikel/Pressebeitrag_Recht_20._Oktober_2006_Endv.pdf)

[http://www.legasthenie.net/content/temp/Sonderheft%20Recht%2010\\_2006.pdf](http://www.legasthenie.net/content/temp/Sonderheft%20Recht%2010_2006.pdf)

Weitere Informationen über:  
Bundesverband  
Legasthenie und Dyskalkulie e.V.  
Postfach 1107  
30011 Hannover  
Tel.: 0700/ 31 87 38 11

## Schnarchen macht vergesslich

Mediziner erklärt Gedächtnisdefizite bei Atemstörungen im Schlaf  
*Uni Rostock/red.*

Menschen, die schnarchen und die unter Atemstörungen im Schlaf leiden, haben zu wenige Wachstumsfaktoren für Nervenzellen. Zu dieser Erkenntnis kam der Rostocker Arzt Dr. Paul Stoll. Der Mangel des Wachstumsfaktors ist es, der die bei Schnarchern häufig auftretenden Gedächtnisstörungen bewirkt. Allerdings könne der Defekt durch eine Behandlung im Schlaflabor behoben werden. Stoll untersuchte die Erkrankung im Schlaflabor des Universitätsklinikums Rostock und publizierte seine Forschungsergebnisse jetzt in der Fachzeitschrift „Thorax“.

Für seine Arbeit, die er als Dissertation einreichte, bekam er den Doktorandenpreis der Gesellschaft der Internisten Mecklenburg-Vorpommerns.

„Es gelang mir durch aufwendige klinische Arbeit zu zeigen, dass Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen, wie dem Schlaf-Apnoe-Syndrom, ein Defizit an Wachstumsfaktoren für Nervenzellen aufweisen“, erklärte Dr. Paul Stoll von der Abteilung für Pneumologie am Universitätsklinikum Rostock. Damit sei es erstmals möglich zu erklären, warum Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen an Defiziten ihrer geistigen Leistungsfähigkeit leiden. Derartige Defizite reichen von Gedächtnisstörungen, Konzentrationschwierigkeiten, und Reizbar-

keit bis zu schweren Einschränkungen der Hirnfunktion. Dr. Stoll konnte zudem zeigen, dass eine effektive Therapie in einem Schlaflabor den Mangel an diesen Wachstumsfaktoren ausgleichen kann.

„Die Ergebnisse sind wichtig, weil etwa 10 Prozent der Menschen unter Atemstörungen im Schlaf leiden“, so Prof. J. Christian Virchow, Leiter der Abteilung für Pneumologie am Universitätsklinikum Rostock.

Ansprechpartner:  
Professor Dr. J. Christian Virchow  
Abteilung für Pneumologie  
Klinik für Innere Medizin  
Ernst-Heydemann-Straße 6  
18057 Rostock  
Tel. 0381/4947460



# Beginnen ADHS-Kinder früher zu rauchen?

## Neue Studie über Suchtverhalten von ADHS-Patienten

*Die ADHS-Verbände in Deutschland und Österreich sind sich einig. ADHS-Menschen sind hochgradig suchtfährdet. Die Palette der Süchte ist dabei vielfältig. Alkohol und Nikotin spielen in der Selbstmedikation und Kompensierung der ADHS-Symptome wohl die größte Rolle.* (red)

New York/Wien/Neuwied (pte/17.11.2006/09:30) - Die Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird zu jener Gruppe von psychischen Störungen gezählt, die sich primär durch leichte Ablenkbarkeit, geringes Durchhaltevermögen und Hyperaktivität definieren. Auf Grund dieser Eigenschaften von ADHS-Patienten wird immer wieder ein Zusammenhang mit verschiedenen Suchterkrankungen vermutet. Das Medical Center der Columbia University <http://www.cumc.columbia.edu> versucht nun den Zusammenhang zwischen ADHS und dem Rauchverhalten zu beleuchten. Die Meinungen über eine eventuelle Verbindung gehen jedoch weit auseinander.

Ausgangspunkt der Studie ist, dass in den USA etwa sieben bis acht Mio. Erwachsene an ADHS leiden. Wie Lirio S. Covey vom Medical Center der Columbia University feststellt, wird in dieser Teilpopulation zweimal häufiger geraucht als in der Gesamtbevölkerung. Aus diesem Grund wollen nun Covey und sein Team den Zusammenhang zwischen Rauchverhalten und ADHS wissenschaftlich nachweisen. Einen wichtigen Teilbereich der Studie soll die Nikotin-Entwöhnung darstellen. So soll der regelmäßige Nikotinkonsum durch die Einnahme eines über den ganzen Tag wirkenden ADHS-Medikamentes ersetzt werden, das ähnliche Gehirnreaktionen wie Nikotin hervorruft und somit ebenfalls die Symptome lindern soll.

Über eine tatsächliche Verbindung von Rauchverhalten und ADHS gehen die Meinungen weit auseinander. Gabriele Jansky-Denk, Psychotherapeutin in Wien, beschäftigt sich intensiv mit dem ADHS-Syndrom und kann keinen praktischen

Zusammenhang bestätigen. „Suchtverhalten steht eher in Verbindung mit psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen. Angst kann auch ein Suchtauslöser sein“, erklärt Jansky-Denk auf Anfrage von presstext. Um einen wirklichen Zusammenhang feststellen zu können, müsste eine langfristige Studie angelegt werden, wobei das Verhalten vom Kindes- bis in das Erwachsenenalter überwacht wird, damit die Ursache für eine Nikotinsucht definiert werden kann.

Ute Erve vom Verein zur Förderung von Kindern und Erwachsenen mit Teilleistungsstörungen <http://www.juvenus.de>. hingegen sieht hier einen Zusammenhang. „Das Rauchen stellte für Menschen mit ADHS eine Art Selbstmedikation dar. Anfangs versuchen sie mit Nikotin ihre Aufmerksamkeit zu steigern und irgendwann stellt sich dann das Suchtverhalten ein“, so Erve im Gespräch mit presstext. Daher sei es auch nachvollziehbar, dass Kinder mit ADHS öfters und vor allem früher zu rauchen beginnen als andere. Wenig Zusammenhang sieht Erve zwischen rauchenden Müttern und ADHS-Kindern. „Nikotinkonsum in der Schwangerschaft kann zu Frühgeburten führen, wobei das Gehirn des Kindes noch nicht voll ausgebildet ist. Dann kann es zu ADHS-Symptomen kommen“, erklärt Erve. Dabei sei auch die Frühgeburt die Ursache für eine Erkrankung aber nicht das Rauchen an sich. Mit einer ADHS-Erkrankung des Kindes sei aber zu rechnen, wenn ein Elternteil selbst an ADHS leidet.

Ebenfalls eine Verbindung zwischen Rauchen und ADHS sieht Anne Tischlinger von der Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen von ADHS und Teilleistungsstörungen <http://www.adapt.at> im Gespräch

mit presstext. „Es gibt einen signifikanten Zusammenhang, dass ADHS-Kinder öfters und früher zu rauchen beginnen“, erläutert Tischlinger. In ihrer Annahme stützt sie sich dabei auf Ergebnisse des Medical Centers of the University und der Psychiatrischen Abteilung der Medical University of South Carolina, Charleston, USA, die beide diesen signifikanten Zusammenhang nachgewiesen haben. ←

Aussender: [presstext.austria](mailto:presstext.austria)

Redakteur: Victoria Danek

email: [danek@presstext.com](mailto:danek@presstext.com)

Tel. +43 1 81140 - 300

**BVAÜK**  
INTERN

Wir bedanken uns für folgende Spenden zur Unterstützung von Projekten unseres Verbandes im Jahre 2006:

<b>Lilly Deutschland</b>	<b>4.800 EUR</b>
<b>Medice</b>	<b>500 EUR</b>
<b>UCB</b>	<b>1.000 EUR</b>
<b>Janssen-Cilag</b>	<b>1.000 EUR</b>

Wir erklären ausdrücklich, dass unsere kontinuierliche Vereinsarbeit nicht von Pharmageldern abhängig ist. Es ist uns wichtig, stets unsere Neutralität zu bewahren.

**die AKLENTE**

Nr. 75

erscheint im April 2007

Der Redaktionsschluss

ist am 15.2.2007

Sie sind umgezogen oder Ihre Bankverbindung hat sich geändert?

Bitte teilen Sie uns dies möglichst umgehend mit.

Sie ersparen uns damit erhebliche Kosten und Arbeitszeit.

Danke!

## Vorstand

1. Vorsitzende: **Bürschgens, Herta**  
Leo-Meuser-Str. 5, 52249 Eschweiler  
Fon 02403-50 64 66, Fax.02403-513 38  
auek.buerschgens@gmx.de
2. Vorsitzende: **Knudsen, Karin**  
Aachener Str. 489, 50933 Köln  
Fon 0221-3 56 17 85  
auek@knudsen-online.com
2. Vorsitzende: **Schneidt, Kornelia**  
Weidacher Hauptstr. 45, 82515 Wolfratshausen  
Fon 08171-48 14 01  
kornelia.schneidt@freenet.de
- Schatzmeisterin: **Seegers, Karin**  
Zikadenweg 1, 14055 Berlin  
Fon 030-301 97 14, Fax 030-30 12 16 44  
seegers-berlin@t-online
- Schriftführer: **Diecks, Horst**  
Königsberger Str. 3, 49716 Meppen  
Fon 05931-143 67 und 05931-40 61 23  
horst.diecks@ewetel.net
- Beisitzer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: **Boeing, Detlev**  
Brusselsesteenweg 151, B-3080 Tervuren  
Fon/Fax +32(0)2-767 04 86  
adhs@telenet.be
- Beisitzerin, Telefonberatungsnetz: **Gehrmann, Gerhild**  
Von-Aspern-Str. 31, 25336 Elmshorn  
Fon 04121-80 72 72  
gujunghermann@aol.com
- Beisitzerin: **Meyer, Renate**  
Am Wolfsloch 31, 61381 Friedrichsdorf  
Fon 06175-76 70, Fax 06175-94 15 95  
meyer.koepfern@t-online.de

## Kuratorium

- Bernau, Gunther**, Hambergen, Arzt für Allgemeinmedizin, von 1987–1997 Vorsitzender des BV AÜK
- Egger, Prof. Dr. Joseph**, Neurologe, Kinderspital Meran
- Ettrich, Prof. Dr. med. Christine**, Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik f. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kinder- und Jugendalters
- Herpertz, Prof. Dr. med. Sabine C.**, Universitätsklinikum Rostock, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Huss, Dr. med. Dipl.-Psych. Michael**, Charité Virchow-Klinikum Berlin
- Kinze, Dr. Wolfram**, Landesklinik Lübben, Klinik f. Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
- Knölker, Prof. Dr. med. Ulrich**, Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Uni Lübeck
- Krowatschek, Dipl.-Psych. Dieter**, Schulpsychologischer Dienst Marburg
- Lauth, Prof. Dr. Gerhard W.**, Universität Köln
- Ludwig, Prof. Dr. Gudrun**, Fachhochschule Fulda
- Opp, Prof. Dr. Günther**, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Rabatsch, Manfred**, ehem. Fachdienstleiter, Bezirksamt Pankow, Berlin
- Reibisch-Fiesel, Dr. med. Wiebke**, prakt. Ärztin, Kiel
- Reinicke, Dipl.-Psych. Claudia**, Dresden
- Schlottke, Prof. Dr. Peter**, Universität Stuttgart

## BUNDESVERBAND

### Arbeitskreis

### Überaktives

### Kind e.V.



Bundesgeschäftsstelle  
Postfach 410724, 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,  
Information, Versand:  
Fon 0 30/85 60 59 02, Di. und Do. 10–12 Uhr  
Fax 0 30/85 60 59 70  
e-mail: info@bv-auek.de  
Besuchen Sie uns unter [www.bv-auek.de](http://www.bv-auek.de)

## die AKLENTE

Zeitschrift vom BUNDESVERBAND  
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND E.V.

ISSN 0948-4507

### Herausgeber und Verleger

BUNDESVERBAND  
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND e.V.  
Postfach 410724, 12117 Berlin  
Fon 030/85 60 59 02  
Fax 030/85 60 59 70  
e-mail: info@bv-auek.de  
Internet: [www.bv-auek.de](http://www.bv-auek.de)

### Redaktionsleitung und redaktionelle Mitarbeit

Herta Bürschgens (Leitung)  
Detlef Boeing  
Margarete Katzen  
Magdalene Geisler  
Renate Meyer  
Kornelia Schneidt

### Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK  
Poschinger Str.16  
12117 Berlin  
Fon 030/85 60 59 02  
Fax 030/85 60 59 70  
e-Mail: [redaktion.akzente@bv-auek.de](mailto:redaktion.akzente@bv-auek.de)

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

### Anzeigenverwaltung

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK  
Petra Festini  
Poschinger Str. 16  
12157 Berlin  
Fon 030/ 85 60 59 02  
e-mail: [info@bv-auek.de](mailto:info@bv-auek.de)

### Layout und DeskTopPublishing

Irene Fischer  
Pappelallee 4  
10437 Berlin  
Fon 030/4 42 20 78  
e-mail: [fischerdesign@gmx.de](mailto:fischerdesign@gmx.de)

### Druck

Brandenburgische Universitäts-Druckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam  
Karl-Liebkecht-Str. 24-25  
14476 Potsdam (OT Golm)

die AKZENTE erscheint 4x jährlich

Auflage: 2500 Stück

### Bezugspreise

Für Einzelhefte a.A., Jahresabo (nur für Institutionen.) € 45,00 inkl. Versandkosten, für Mitglieder des BV AÜK kostenlos

### Bankverbindung

BV AÜK, Postgiroamt Frankfurt am Main,  
Kto-Nr. 74 926 603, BLZ: 500 100 60  
BV AÜK, Volksbank Hannover,  
Kto-Nr.:0 221 438 500, BLZ : 251 900 01

### Copyright

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

### Redaktionsschluß

jeweils Mitte des Quartals

In eigener Sache:

# AKTIVE MENSCHEN

## Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHD/ADHS

Sie sind bereits Mitglied in unserem Selbsthilfeverband? –  
Wenn ja, haben Sie sicher gute Gründe dafür:

- Sie sind immer am Puls zum Thema ADHD/ADHS – durch aktuelle Informationen, Kontakte, Erfahrungsaustausch.
- Sie leisten Unterstützung unserer ehrenamtlichen Hilfe zur Selbsthilfe
- Sie sparen durch Verbilligungen bei Veranstaltungen und Publikationen des BV AÜK
- Sie beziehen **die AKTIVLENTE**, Zeitschrift des BV AÜK – jährlich viermal kostenlos
- Der Vereinsbeitrag ist steuerlich absetzbar

### **Bringen Sie sich ein und werben Sie neue Mitglieder, denn nur *gemeinsam* sind wir stark.**

**Warum** ist die Mitgliedschaft gerade in einem ADHD-Bundesverband besonders sinnvoll?

In der Selbsthilfelandchaft gibt es Gruppen, Vereine und Verbände. *Gruppen* sind örtlich tätig. *Vereine* meist regional aktiv. *Selbsthilfeverbände* haben überregionale Strukturen und sind bundesweit tätig.

Was zeichnet sie aus?

#### Selbsthilfeverbände

- Selbsthilfeverbände bündeln die Interessen einer besonders großen Zahl Betroffener und verschaffen ihnen politische Präsenz sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene.
- Sie sorgen für Wissenstransfer in die Öffentlichkeit. An der Verbreitung allgemeiner Kenntnisse über ein Krankheitsbild sind sie maßgeblich beteiligt.
- Sie bilden Schnittstellen zu professionellen Fachgruppen und vertreten auch dort die Belange Betroffener. Sie wirken modifizierend auf diagnostische und therapeutische Modelle ein.
- Selbsthilfeverbände schulen und beraten Gruppenleiter. Sie geben Standards für die Basisarbeit vor, die sich am aktuellen Wissensstand orientieren.

Der Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. ist gemeinnützig und leistet Lobbyarbeit für Menschen mit ADHD/ADHS.

Alle Aktiven – bis auf die Teilzeitkräfte in der Geschäftsstelle Berlin – arbeiten ehrenamtlich. Die Personalkosten sind somit auf ein Minimum reduziert. Sie werden genauso wie die anfallenden Sachausgaben durch die Haupteinnahme Mitgliedsbeiträge finanziert. Durch öffentliche Zuschüsse seitens der Krankenkassen werden höchstens 15 % unserer Kosten gedeckt.

### **Logisch, dass wir Sie brauchen. Genug gezögert – helfen Sie mit.**

Ein Anmeldeformular erhalten Sie über unsere Geschäftsstelle  
oder über unsere Website: [www.bv-auek.de](http://www.bv-auek.de)

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

*Die Aktiven des BV AÜK e.V.*



„Meine Mutter aber hatte große, hochfliegende Dinge mit mir im Sinn, und alle Erziehungspläne zielten darauf hin. Sie spielte die Hauptrolle in meiner Entwicklungsgeschichte, sie machte die Programme aller meiner Studien, und schon vor meiner Geburt begannen ihre Erziehungspläne. Ich folgte gehorsam ihren ausgesprochenen Wünschen, jedoch gestehe ich, daß sie schuld war an der Unfruchtbarkeit meiner meisten Versuche und Bestrebungen in bürgerlichen Stellen, da dieselben niemals meinem Naturell entsprachen. Letzteres, weit mehr als die Weltbegebenheiten, bestimmte meine Zukunft.

*Heinrich Heine (1797 – 1856) in seinen „Memoiren*

## die AKZENTE ist:

- Informationsquelle über mögliche Krankheitsursachen, Therapien, wissenschaftliche Forschung, Pädagogik, Erziehungsfragen, Hilfen im Alltag
- Medium für die Diskussion rund um das Thema ADHD/ADHS
- „Transportmittel“ für Namen und Nachrichten, Ratschläge, Fragen und Meinungen
- Eine Zeitschrift, die für alle interessant ist: Betroffene und ihre Angehörigen, Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Pädagogen