

neue AKZENTE

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



- **ADHS und Depressionen**
- **ADHS und Allergie – gibt es einen Zusammenhang?**
- **Medikation bei ADHS-Erwachsenen**
- **Eckpunkte zu ADHS und Schule**
- **KBV stellt neues Versorgungskonzept vor**
- **Interventionstabelle für Lehrer – Teil II**
- **Umfrageergebnisse „ADHS-Therapie bei jungen Erwachsenen“**

So

So können sie sich ändern:

können

Zu Mark Twain kam einmal ein Siebzehnjähriger und erklärte: „Ich verstehe mich mit meinem Vater nicht mehr. Jeden Tag Streit. Er ist so rückständig, hat keinen Sinn für moderne Ideen. Was soll ich machen? Ich laufe aus dem Haus.“

sie

Mark Twain antwortete: „Junger Freund, ich kann Sie gut verstehen. Als ich siebzehn Jahre alt war, war mein Vater genauso ungebildet. Es war kein Aushalten. Aber haben Sie Geduld mit so alten Leuten.

sich

Sie entwickeln sich langsamer. Nach zehn Jahren, als ich 27 war, hatte er soviel dazugelernt, dass man sich schon ganz vernünftig mit ihm unterhalten konnte. Und was soll ich Ihnen sagen. Heute, wo ich 37 bin – ob Sie es glauben oder nicht –, wenn ich keinen Rat weiß, dann frage ich meinen alten Vater. So können sie sich ändern.“

ändern

Mark Twain

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

in dieser sommerlichen Ausgabe können Sie – wie immer – nicht nur Informatives und Nützlichendes über die Früchte wissenschaftlicher Forschung lesen. Auch die vielseitigen anderen Aspekte im Zusammenhang mit ADHS werden Ihnen nahegebracht, damit Sie – was den Umgang mit dem ADHS betrifft - auf dem Laufenden sind. Wie versprochen berichten wir über die zweitägigen Verbandsveranstaltungen zu unserem „Einjährigen“ in Friedrichsdorf. Ein besonderer Schwerpunkt aber dieser Ausgabe sind die Aktivitäten zur Vernetzung unserer Arbeit. Das zentrale adhs-netz informiert über seine Eckpunkte zu ADHS und Schule, unser Verband arbeitet mit in anderen Gremien. ADHD-Europe wurde in Brüssel gegründet, deren Vorsitz Dr. Menter hat.



Vernetzung, Zusammenarbeit, Kooperation – nie war das so wichtig wie in der Gegenwart. Ständig werden wir mit den Resultaten der Gesundheitsreform konfrontiert und müssen auf Defizite und Probleme hinweisen, damit die Bedürfnisse von Menschen mit ADHS nicht auf der Strecke bleiben. Zur Vernetzung gehört auch die Zusammenarbeit mit unseren Lesern.

Wir freuen uns, wenn Sie sich weiterhin einbringen, sei es über auch kritische Leserbriefe oder über Ihre Erfahrungsberichte zum Thema „ADHS, Alltag und Beruf“.

Ich wünsche Ihnen noch einen angenehmen restlichen Sommer mit interessanten Leseunden.

Es grüßt Sie herzlich

Ihre

Herta Bürschgens

(Redaktionsleitung)

Inhalt

Wissenschaft/Medizin/Therapie

ADHS und Depressionen	2
<i>Martin Winkler</i>	
Zusammenfassung der Umfrageergebnisse	
„ADHS-Therapie bei jungen Erwachsenen“ (red.)	7
AD(H)S und Allergie – gibt es einen Zusammenhang?	9
<i>Helga Simchen</i>	
Medikation bei Erwachsenen mit ADHS	10
<i>Steven Stes/Detlev Boeing</i>	
Eckpunkte zu ADHS und Schule	13
<i>zentrales adhs-netz</i>	
Alternative bzw. neuartige diagnostische/therapeutische Verfahren bei ADHS	14
Was können Biofaktoren wie Magnesium und Zink bei ADHS leisten?	14
<i>red./Gesellschaft für Biofaktoren e.V.</i>	

Familie/Erziehung/Gesellschaft

Traumatisierung bei Eltern und Familien mit behinderten oder chronisch kranken Kindern und Jugendlichen	16
<i>Hubertus von Voss</i>	
Kindernetzwerk e.V. Aschaffenburg arbeitet vorbildlich	18
<i>Karin Knudsen</i>	

Junge Erwachsene im Kindernetzwerk e.V. Bericht des Arbeitskreises 4	20
<i>Katja Krüger</i>	
Gemeinsame Stellungnahme zu Auswirkungen der Rabattverträge auf Patienten mit ADHS	21
<i>pm/red.</i>	
Neues Versorgungskonzept der KBV für an ADHS erkrankte Kinder und Jugendliche	22
<i>pm/red.</i>	
Interventionstabelle für Lehrerinnen und Lehrer - Vorwort Interventionstabellen II. Teil	22
<i>Cornelia Leistner</i>	23

Aus den Regionen

ADHS Infobörse Duisburg – Eigentlich doch halb so schlimm...	27
<i>Thomas Dereser</i>	
Europas psychische Gesundheit im Blickpunkt	29
<i>Detlev Boeing</i>	
Diagnostik und Einstellung medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten gehört in Expertenhand	30
<i>Frank Häusler</i>	

ADHS DE intern

Symposium – Mitgliederversammlung – Gruppenleiterfortbildung in Friedrichsdorf/Ts.	31
<i>Sabine Nicolei</i>	
Balance finden zwischen Kreativität und strukturierter Arbeit	33
<i>Max Hundelshausen</i>	
Grußwort von Ursula von der Leyen zum Kongress	
„Wider das Stigma – ADHS, Tics und Zwänge im Spiegel von Gesellschaft und Forschung“	34
Wider das Stigma – Programm des Kongresses (red.)	35
Telefonberatung aktuell	
Ein Vierteljahr professionelle Begleitung durch startsocial	36
<i>Gerhild Gehrmann</i>	
Zweite Gruppenleitertagung des ADHS Deutschland – Landesgruppe NRW	38
<i>Helga Rethmann</i>	
Coaching kommt an	40
<i>Erfahrungsbericht einer Betroffenen</i>	

Termine, Termine

Legasthenie, Dyskalkulie und ADHS im Doppel- oder Trippelpack?	41
16. Bundeskongress sorgt für notwendige Aufklärung	
<i>pm/red.</i>	
Fünf Jahre Selbsthilfegruppe ADHS Niederkassel	41

Bücher, Bücher

Doris Ryffel-Rawak „ADHS und Partnerschaft“	42
<i>Karin Knudsen</i>	
Helga Simchen „Verunsichert, ängstlich, aggressiv“	
<i>Dr. Myriam Menter</i>	
„ADHS – Der praktische Ratgeber für Schule und Unterricht“	43
<i>Christiane Ech</i>	
Detlef Träbert „Konzentrationsförderung in der Sekundarstufe“	44
<i>Karin Nießen</i>	

Forum

Leserantwort zum Thema „ADHS und Beruf“	46
Die Telefonberatungsstellen	47
Impressum	48

Titelfoto: Benjamin Knudsen – „Man muss ins Gelingen verliebt sein, nicht ins Scheitern“ (Ernst Bloch)

ADHS und Depressionen

Martin Winkler



Dr. Martin Winkler
Klinik Lüneburger
Heide
Kompetenzzentrum
für Essstörungen
ADHS-Schwerpunkt
29549 Bad Bevensen

Einleitung

In der folgenden Übersicht soll aus einer subjektiven Beschreibungsebene der Beeinträchtigungen höherer Orientierungs-, Wahrnehmungs- und Emotionsregulationsmechanismen beim Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätssyndrom (mit oder ohne erkennbare motorische Hyperaktivität) ein Zusammenhang bzw. auch Abgrenzung zur herkömmlichen Psychopathologie depressiver Störungen (und auch Angstsymptomen) versucht werden. Berücksichtigt man die hohe Prävalenz und bekannte sekundäre Auswirkung einer ADHS-Veranlagung auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung sekundärer psychischer Störungen, so liegen bisher nur vergleichsweise wenige Untersuchungen zur Differentialdiagnose und Komorbidität ADHS und Depressionen vor. Dies überrascht insofern, als ausgehend von der klinischen Beobachtung davon ausgegangen werden muss, dass gerade die derzeit stationär psychiatrisch behandelten Patienten mit kompliziertem oder „atypischem“ Krankheitsverlauf, häufigen Komorbiditäten bzw. fehlendem Ansprechen auf ambulante Therapiekonzepte und Standardmedikationen eine extrem hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer ADHS-Konstitution haben dürften.

Neurodynamik der Emotionsregulation bei ADHS

Obwohl emotionale Auffälligkeiten nicht als Kernsymptome von ADHS in den Diagnosebeschreibungen auftauchen, gehören Stimmungsschwankungen doch zu den ganz typischen Problemen bei ADS / bzw. ADHS. Häufig haben ADHSler aber auch selber eine gestörte Selbstwahrnehmung der Gefühle bzw. „leihen sich Gefühle von Mitmenschen“ (C. Beerwerth).

Kennzeichnend für ADHS-Patienten sind neben den Leitsymptomen

der Aufmerksamkeitssteuerungsproblematik, der defizitären Impulskontrolle und der Selbstorganisationsprobleme vor allem auch eine Instabilität im Gefühlsbereich. Wie die Esslinger Psychologin Cordula Neuhaus sehr treffend beschreibt, hängt es dabei sehr stark davon ab, welche Vorfeldbedingungen stimmungsmäßig vorliegen und eine Handlung prägen. Ob eine Situation oder eine Person VORHER als potentiell positiv, interessant, herausfordernd oder aber emotional anderweitig positiv beurteilt wird, entscheidet MASSGEBLICH ob eine ausreichende Aufmerksamkeit und auch Stabilität für die Handlungen verfügbar sein wird. Anders ausgedrückt: Wenn eine Situation als potentiell kränkend, negativ kontrollierend oder sonst wie als unangenehm, langweilig oder störend empfunden wird, dann sacken die Aufmerksamkeit und auch die Stimmung schon vor der konkreten Durchführung in den Keller. Häufig erleben sich ADHSler entweder als extrem „gefühllos“ oder aber extremen Schwankungen ausgesetzt. Dabei ist das Gefühl viel stärker von den Gefühlen anderer Menschen als von der eigenen Gefühlssteuerung abhängig. Häufig präsentieren sich ADHSler gegenüber unterschiedlichen Personen in völlig unterschiedlichen Stimmungen, Einstellungen und Verhaltensmustern und sind andererseits extrem von den Stimmungen ihrer Umgebung abhängig. Neurobiologisch ist hierfür der sog. Mandelkern (lat. Amygdala) als Teil des limbischen Systems des Gehirns zuständig. Wird eine Aufgabe, eine Situation oder eine Person positiv bewertet, aktiviert dies die Bereiche im Gehirn, im Vorderhirn (cingulärer Cortex), die für Planung, Motivation und Handlungskontrolle zuständig sind. Bewertet der Mandelkern jedoch eine Situation als angstbe-

setzt, negativ oder langweilig, kann auf Grund der fehlenden Motivation und Aktivierung keine angemessene Umsetzung erfolgen.

Eine weitere in diesem Zusammenhang wichtige Hirnstruktur ist das Belohnungs- oder Suchtzentrum im Gehirn, das auch als Nucleus accumbens bekannt ist. Für das Individuum subjektiv interessante oder spannende Dinge werden hier registriert bzw. das Gehirn dazu aufgefordert, „mehr davon“ zu suchen. Immer wenn wir etwas Neues lernen, einen Highscore knacken oder Nervenkitzel suchen, ist dieser Gehirnbereich beteiligt. ADHSler sind nun häufig auf der Suche nach dem „Kick“, der dieses Belohnungszentrum „zündet“.

Letztlich kann man sich dies wie beim Bildschirmschoner eines Computers vorstellen. Bei neuen, herausfordernden oder anderweitig positiven Situationen oder Personen wird die Orientierungs- und Stimmungsstabilität ausreichend sein und kann sich bis zum Hyperfokus steigern, den viele ADHSler als „Flow“ kennen. Gerade scheinbar schwierige oder akut in letzter Minute einsetzende Aufgaben führen dazu, dass man sich in eine Aktivität regelrecht hineinsteigert und viel länger (und oft auch besser) als andere Menschen sich konzentriert oder kreative und ungewöhnliche Lösungsmöglichkeiten entwickelt.

Einige Experten sprechen im Zusammenhang mit ADHS auch von einem Belohnungs-Defizit-Syndrom (Reward-Deficit), da Erfolge nicht stabil wahrgenommen und auf die eigene Anstrengung zurückgeführt werden. Vielmehr erleben ADHSler zwar häufig ein Erfolgsgefühl, etwa nach einer bestandenen Prüfung. Dieses Gefühl ist jedoch nicht lange „haltbar“. Eine Kleinigkeit wie eine Bemerkung, ein Gesichtsausdruck oder auch nur der Vergleich zu einer anderen Person mit einer minimal besseren / anderen Leis-

tung setzt eine Abwärtsspirale in Gang. Die Aufmerksamkeits-Steuerung ist auch hier „defekt“. Es gelingt nicht, ausreichend lange ein gutes Gefühl von Stolz oder Zufriedenheit zu halten. Vielmehr sackt der Emotionszustand sehr schnell wieder ab. (Bild 1)

Andererseits werden monoton wiederkehrende, fremdbestimmte und als negativ (weil z.B. abwertend angenommene) Situationen oder Personen zu einem „Aussteigen“ bzw. Abschalten führen. Wenn das limbische System eine Situation als negativ bewertet, werden sowohl die Aufmerksamkeit als auch die Stimmungsstabilität fehlen. Häufig ist dann allenfalls ein Trotz oder aber eine „Dysphorie“ = gereizte negative Stimmung festzustellen. Die Betroffenen scheinen geradezu im „negativen Hyperfokus“ festzukleben oder sich zu „verbeißen“ und verfallen in eine Art Nihilismus, bei der sie kaum erreichbar scheinen. Typisch ist dabei auch, dass die Kritik an anderen Personen oder Umständen scheinbar viel interessanter ist als die konkrete Beschäftigung mit eigenen Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten.

Typischerweise geht es dabei gerade nicht mehr um die Wahrnehmung oder Auseinandersetzung mit der „Realität“, sondern um eine „Was wäre wenn“-Haltung, wobei in aller Regel ein völlig maßloser Beurteilungsstil mit typischen Denkfehlern, wie sie auch bei einer Depression bekannt sind, auffällt. Im Gegensatz zu einer klassischen Depression ist jedoch die „affektive Labilität“ bzw. „intermittierende Dysphorie“ zunächst durch kurze, dafür aber sehr heftige Gefühlsschwankungen geprägt. Dies wird in den Leitlinien zu ADHS im Erwachsenenalter der Fachgesellschaft DGPPN wie folgt definiert: „Gekennzeichnet durch den Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichtgradiger Erregung. Die niedergeschlagene Stimmungslage wird vom Patienten häufig als Unzufriedenheit oder Langeweile beschrieben. Die Stimmungswechsel dauern Stunden bis maximal einige Tage. (Hat das Verhalten bereits zu ernsthaften oder anhaltenden Schwierigkeiten geführt, kön-

nen sie sich ausdehnen). Im Gegensatz zur „major depression“ (endogene Depression) finden sich kein ausgeprägter Interessenverlust oder Begleiterscheinungen.“

Typisch für ADHSler ist dabei, dass sie weit stärker auf negative Signa-

nale Belastungen oder Erfahrungen zu triggern.

Der ganz normale Alltag

Klienten mit ADHS haben einen anstrengenden Alltag, der die „innere Gedankenmühle“ anheizt und

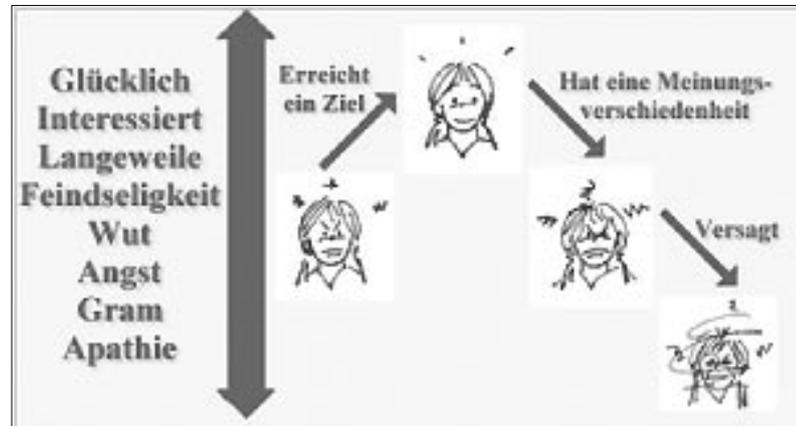


Bild 1

le wie Mimik oder Tonfall eines Gesprächspartners reagieren und dabei (häufig völlig unzutreffend) einen Zusammenhang mit eigenem Fehlverhalten vermuten. Dies wird in der englischen Fachliteratur auch als „worry“ bezeichnet, d.h. Grübeln oder eine „negative Gedankenmühle“ mit ständigen Kreiseln, mit sich ständig im Kopf durchschießenden negativen Gedanken oder Befürchtungen, Gefühlen und Wahrnehmungen. Ein Durchbrechen dieser Kreisel ist jedoch weder mit herkömmlichen Methoden (z.B. Gedankenstoptechnik) möglich, sondern kann nur durch extreme Verhaltensmuster oder aber (eher unsystematisch einsetzbar) durch andere Personen bzw. äußere positive Affekte und neue Ziele erreicht werden.

Es gibt den Ansatz, psychischen Stress bzw. eine Empfindlichkeit für Umgebungsfaktoren wie emotionale Spannungen, Konflikte, Ungerechtigkeit und andere Belastungen mit „noise“ = „innerer Lärm gleichzusetzen. Dieses „innere Rauschen“ kann man sich durchaus dann so vorstellen, dass zu viele Gedanken und Eindrücke gleichzeitig im Gehirn rum-schwirren (eben wie viele Geräusquellen, deren Ortung und „Abschalten“ nicht gelingt). Typischerweise ist dieser Lärm subjektiv und damit sehr individuell durch emotio-

das Abschalten verunmöglicht. Hier das Beispiel einer Patientin, für einen eigentlich ganz normalen Tag, der „stressig“ wie immer ist. Üblicherweise würden Psychotherapeuten nun Stressbewältigung und Entspannungstherapien empfehlen oder über kognitive Therapieansätze eine Identifikation von dysfunktionalen Annahmen, Gefühlen und Körperreaktionen bzw. Handlungskonsequenzen erarbeiten. Darin könnte eine ADHSlerin ihren Therapeuten Fortbildungen geben, da ihr die Zusammenhänge mehr als deutlich vor Augen sind. Anders formuliert: ADHS ist die Lücke zwischen Theorie und Praxis.

Patientinnen können sehr wohl die Zusammenhänge (seltener aber die Auslöser) erkennen, nicht aber wirklich verändern.

Sie erlebt sie im Gegensatz zu einer „echten“ depressiven Patientin nicht als mehr oder weniger „automatische“ und unbewusst ablaufende Handlungen, sondern eher als ein immer und immer wieder vor Augen stehender Film, den sie aber nicht wirklich beeinflussen kann. Es ist wie in dem Kinofilm „Und täglich grüßt das Murmeltier“: Selbst Veränderungen und magisches Denken oder „Anpassungsversuche“ verändern den Grundablauf und das Wiederholende nicht wirklich.

Hier das Beispiel einer Patientin:

- 8.15 Sitze im Auto: Muss ich nicht noch tanken? Habe ich die Zigaretten dabei?
- 8.55 Angst, wieder einmal zu spät zu kommen ...
- 9.00 Schon wieder zu spät.
- 9.05 Habe ich meinen Firmenausweis überhaupt dabei? Sitzt heute der nette Pförtner am Tor, der mich auch so durchwinkt?
- 9.10 Schon wieder aufgefallen, dass ich zu spät bin?
- 9.15 Habe ich eine Konferenz vergessen oder verpasst?
- 9.20 In den Emails irgendeine Hiobsbotschaft?
- 9.30 Mit was fange ich eigentlich an?
- 12.00 Mist. Schon Mittag und ich habe noch nichts geschafft ...
- 12.30 Ich bin hundemüde.
- 13.00 Kantine. Viel zu viele Geräusche und zu viele Gerüche. Ich muss hier raus, ich habe eine Glocke über dem Kopf, die gleich platzt. Sehe alles im Nebel.
- 14.00 Ich könnte nach Hause gehen, ich schaffe mal wieder gar nichts.
- 14.20 Zurechtweisung vom Chef.
- 14.45 Gedanken an Tochter. Hat sie was gegessen? Was ist da wieder in der Schule passiert? Ist sie wieder abgehauen?
- 17.25 Der Tag ist eigentlich vorbei, aber darf ich wirklich wagen zu gehen? Besser ich gehe als Letzte ...
- 18.00 Besser noch mal fragen, ob ich gehen kann oder noch was zu erledigen ist.
- 18.15 Habe ich Geld, Schlüssel, Handy dabei?
- 19.00 Muss ich wirklich noch einkaufen?
- 19.15 Was muss ich heute noch machen?
- 19.30 Was kann ich essen?
- 20.00 Müde
- 20.30 Psychotherapiestunde ... Mit folgender späteren Schilderung einer Patientin

„Hauptgesprächspunkte der heutigen Therapiestunden waren u. a. meine Unfähigkeit, meinen Haushalt in Ordnung zu halten, das ständige „Völlegefühl“ im Kopf, mein Schamgefühl über meine chaotischen Zustände in meinem Haushalt (aber auch in meinem Kopf), die Einflüsse auf meine berufliche Tätigkeit, um nur die wichtigsten zu nennen. Als Beispiel nannte ich ihr folgende Gedanken- und Verhaltensweisen: Seit Tagen steht der Wäscheständer mit (inzwischen „super“ trockenen) Handtüchern auf dem Balkon. Und ich stellte mir die Frage, wieso ich es nicht schaffe, die Handtücher abzu-

nehmen, zusammenzulegen und an ihren Platz im Badregal zu legen. Meine Gedankengänge: bevor ich die Handtücher zusammenlegen kann, muss ich den Küchentisch aufräumen und säubern, um dafür Platz zu haben. Um aber den Küchentisch aufzuräumen, muss der Geschirrspüler ausgeräumt werden. Und wenn ich dann das Geschirr in den Küchenschrank stelle, fällt mir aber wieder auf, dass ich eigentlich auch mal die Küchenschränke auswischen müsste, was wiederum (um diesen Gedankenkreis zu schließen) voraussetzt, dass ich die Schränke ausräumen und dazu der Küchentisch frei sein muss, um das ausgeräumte Geschirr darauf abstellen zu können. Außerdem fällt mir ein, dass ich auch das Badregal, in dem die Handtücher wieder ihren Platz finden sollen, reinigen müsste. Wenn ich dann aber dabei bin, das Regal zu reinigen, sollte ich auch den Fußboden unter dem Regal (und selbstverständlich im kompletten Bad) wischen, was wiederum voraussetzt, dass vorher die Ablagen, die Badewanne und die Toilette geputzt wurden. So, oder so ähnlich, passiert es mir immer wieder, was nicht selten darin endet, dass ich gar nicht erst anfangen mag, das Chaos zu beseitigen (da ich es sowieso nicht schaffe, diese Perfektion zu erreichen) und ich mich total antriebslos fühle. Nach meiner Schilderung dieser, zugegeben „gestörten“, Gedanken- und Verhaltensweisen, äußerte meine Therapeutin den Verdacht, ich könnte unter Zwängen leiden.“

Wenn man diese Beschreibung Ärzten bzw. Therapeuten ohne eigenes ADHS vorträgt, reagieren sie amüsiert oder verunsichert. Auch hinsichtlich der Zuordnung zu Diagnosen sind Psychiater und Psychologen dann sehr „kreativ“. Von Anpassungsstörungen, endogene Depressionen, manisch-depressive (bipolare) Depressionen, über generalisierte Angststörung, Zwänge oder Persönlichkeitsstörungen dürften so ziemlich alle möglichen und unmöglichen Diagnosezuschreibungen kommen. Es entstehen dann interessante „Kombinationsdiagnosen“, etwa wenn ein Psychologe von ei-

ner „zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitsstörung mit histrionischen Zügen“ spricht und gleichzeitig abhängige und narzisstische Persönlichkeitsstörungen feststellt oder andere eigentlich doch diametral entgegengesetzt zu verstehende Diagnosekategorien gleichzeitig gestellt werden.

Typisch ist, dass diese Patienten häufig über Jahre andauernde Behandlungsversuche mit verschiedensten schulmedizinischen Verfahren (Tiefenpsychologie über mehr als 100 h, Verhaltenstherapie) aber auch dann eine Zuwendung zu den diversen Angeboten der Heilpraktiker hinter sich haben. Es fällt Psychotherapeuten dann recht leicht, Deutungen oder Interpretationen wertend zu geben bzw. deskriptiv zu behaupten, WAS diese Patientin falsch macht. Aber sie können nicht vermitteln, WIE sie es anders machen KANN (Was auch ein Unterschied ist zu: „Wie sie es machen sollten“). Psychotherapie hilft durch das Feedback, die Strukturierung und die Empathie der Therapeuten. Eine Veränderung im Kern tritt jedoch meistens nicht ein. Die „Hilfestellung“ durch professionelle Therapeuten ist damit auf die Dauer meist nicht wesentlich hilfreicher als die zahlreichen gutgemeinten Ratschläge von Partnern, Familie und Arbeitskollegen. Sie verpufft in dem Moment, wenn der Patient die Praxis oder Klinik verlässt und die emotionale Fremdstrukturierung wegfällt.

Leider ist es so, dass ein Psychotherapeut meist nur danach fragt, WAS passiert ist. Vielleicht noch welche Gedanken und Gefühle oder Körpersignale aufgetreten sind. Ein kognitiver Verhaltenstherapeut würde aus dem Tagesablauf der Patientin beispielsweise schließen, dass sie zu viele negative Gedanken hat, sich zu wenig abgrenzt (assertive Defizite), kaum Pausen macht (Genussdefizit) und überhaupt mal entspannen müsste. Das jedoch weiß die Patientin selber. Hat sie über mehrere Monate probiert und es funktioniert nicht. Das „Kreisel“ wird verstärkt bei Erschöpfung und Müdigkeit, letztlich aber auch gerade bei freier Zeit wie ein Wochenende oder die erste Woche

eines Urlaubs. Auch ungelenkte Zeiten (d.h. ohne klare äußere Zeit- und Strukturvorgaben) beinhalten die Gefahr, dass sie handlungsunfähig aufgrund der inneren Kreisel wird. Daher hat sie auch ihren Tagesablauf minutiös verplant und kann mit Veränderungen schlecht umgehen. Hier reichen aber schon Zyklusveränderungen der weiblichen Periode im Sinne eines zusätzlichen prämenstruellen Syndroms oder auch jahreszeitliche Schwankungen (ähnlich einer saisonalen affektiven Störung), um schwere Krisen auszulösen. Je länger diese Symptomatik anhält, desto anfälliger wird die Klientin für äußere Störungen bzw. Stressoren, die sie sonst gut kompensieren konnte. Zwischenzeitlich hat die Klientin selber einige „Tricks“ herausgefunden, damit umzugehen. So würde z.B. ein „Hyperfokus“ mit einer intensiven gedanklichen Herausforderung helfen einen „Klick“ im Kopf mit einem Umschalten auf eine innere Aktivität zu erreichen. Arbeiten geht nur „exzessiv“ und ohne wirkliche Pausen, die Gefahr eines Burnout oder einer Mobbing-Wahrnehmung sind vorprogrammiert. Sicher, auch regelmäßiger Sport, Duschen, Nervenkitzel („Kick“) oder auch spontaner Sex können hilfreich sein, dafür ist jedoch zumeist kein Antrieb mehr vorhanden. Alkohol und Cannabis betäuben das Gehirn, während Heißhungeranfälle eher einen Kick erzeugen, dann jedoch mit Schuldgefühlen gekoppelt sind. Ähnlich einem Auto, das nur noch den 1. und 5. Gang schaltet, kann man nicht mehr wirklich dosiert in seinem Leben handeln und fährt praktisch immer zu hochtourig und kurz vor dem Burnout.

So fällt es ihr zunehmend schwerer, positive Zustände selber herbeizuholen und die spontanen positiven Zustände werden mit der Zeit immer seltener bzw. kurzzeitiger wirksam.

„ADHSler leihen sich die Gefühle von anderen Menschen“ (nach C. Beerwerth) und fallen häufig dadurch auf, dass sie sich mit abhängigen (dependenten) Interaktionsmustern bei gleichzeitiger sehr individueller Lebensgestaltung scheinbar paradox verhalten.

Safren et al haben ein grundsätzlich plausibles verhaltenstherapeutisches Störungsmodell zur ADHS-Problematik im Erwachsenenalter vorgestellt (Bild 2)

Dieses Modell geht von einer neurobiologischen Veranlagung von

wahrzunehmen, zu handeln. Besonders Entscheidungen, Umgang mit Kritik und Autoritäten und das Vorwegnehmen einer als elend langweilig empfundenen Routine führen zu Problemen.

Betroffene ADHSler versuchen nun

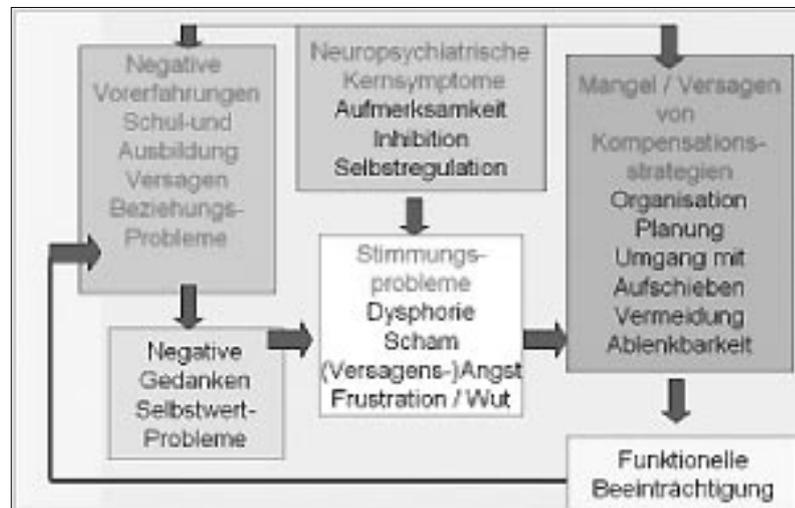


Bild 2

ADHS mit den Leitmerkmalen der Aufmerksamkeitsstörung und mangelnder Impulskontrolle (= Inhibition) sowie erheblichen Problemen der Selbstregulation aus. Diese (wohl überwiegend) angeborene Veranlagung wird jedoch durch Umfeldbedingungen bzw. Lernerfahrungen so beeinflusst, dass der subjektive Belastungsgrad der funktionellen Beeinträchtigungen wechselnd und schwankend sein kann. Das Modell geht davon aus, dass man die genetische Prädisposition letztlich nur über die Medikation mit Psychostimulanzien bzw. ggf. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (ggf. in Kombination mit anderen Medikamenten) verändern kann. Letztlich gibt es zwar einige Einflussfaktoren auf die Neuropsychiatrische Kernsymptomatik (z.B. Schlaf, ausreichende Aktivität, regelmäßiges Essen), eine ganz grundlegende Veränderung ist jedoch im Sinne der Verhaltenstherapie psychotherapeutisch nicht zu erwarten. Nun prägen negative Vorerfahrungen und auch häufigeres negatives Auffallen in Schule, Ausbildung und Beziehungen zu anderen Menschen lebenslang das Erleben der Betroffenen. Immer wieder spüren sie, „anders als die Anderen“ zu fühlen,

zunächst Kompensations- und Vermeidungsstrategien zu entwickeln, um die lebenslange Veranlagung auszugleichen. Vermeidungslernen ist bei ADHSlern durchaus zu beobachten und führt zu einer negativen Selbstwirksamkeitserwartung. Die ständige Erfahrung mit eigener Anstrengung und eigenem Willen eben nicht das gesetzte Ziel mit angemessenem Aufwand zu erreichen, führt zur Resignation. Es kann und wird durch eigenes Zutun nicht dauerhaft besser. Eher wie in einer Endlosspirale kommt der ADHSler immer wieder an einem sehr ähnlichen Punkt an.

Tatsächlich kann es jetzt zu einer zusätzlichen „echten“ reaktiven Depression kommen. Dies wäre entweder eine klassische „Erschöpfungsdepression“, weil einfach alle Reserven aufgebraucht sind und das ständige Ankämpfen nicht mehr gelingt. Wahrscheinlich würden aber Psychiater nach der herkömmlichen Psychopathologie-Klassifikation eher an eine „Atypische Depression“ (bzw. Depression Nicht näher bezeichnet) denken, da die Betroffenen eben gerade nicht typische depressive Verhaltensmuster zeigen und auch das typische Gefühl der „inneren Leere“ oder „Gefühl der Gefühllosigkeit“

fehlt. Dafür imponieren Gedankenrasen und „Aktivismus“ im Wechsel mit Erschöpfung. Auch typische somatische Begleitsymptome sind abgesehen von Schlafstörungen eher selten. Zwar kann es bei ADHSlern eine Antriebsminderung am Morgen geben, die jedoch auf nicht erholsamen Schlaf bzw. Verschiebung der Tag-Nachtrhythmik zurück geführt werden kann. Ein typisches Morgentief wie bei der Depression bzw. eine Besserung über den Tag findet sich deshalb nicht. Eher geben Patienten an, nachmittags und abends müde und erschöpft zu sein, andererseits aber auch keinen Schlaf zu finden. Allerdings kann es sein, dass bei Überlastung des „Systems“ die Klienten eher ein diffuses Nebelgefühl im Kopf, einen Druck („Taucherglocke“ um den Kopf) bzw. Spannungen (einseitige Kopfschmerzen wie bei einer Mischung aus Spannungskopfschmerz und „Migräne“ ohne Pulsieren) empfinden. Analog des oben dargestellten Vergleichs von „innerem Lärm“ (noise) reichen jetzt bereits kleinste emotional geprägte Auslöser, um das System zu stören. „Rauschfrei“ kann man dann kaum noch zurecht kommen. Dies kann sich tatsächlich in Form von Tinnitus (Ohrgeräusche) oder anderen psychosomatischen Syndromen zeigen, bei denen eine Reizfilterschwäche vorliegt. Andererseits kann eben ein Suchtverhalten eine „Rausch“-Kompensation mit entsprechenden Langzeitfolgen liefern.

Bleibt man in der Analogie der Computerwelt, so kann man diesen Zustand vielleicht mit einem Computermonitor vergleichen, bei dem zu viele Fenster auf sind bzw. Dateien falsch abgespeichert sind. Immer wieder wird man abgelenkt von eigentlich wichtigen Dingen, möglicherweise „springen alte Fenster“ noch zusätzlich auf. Die Arbeitsgeschwindigkeit sinkt rapide, die Fehlerhäufigkeit im Gesamtsystem steigt und früher oder später kommt es zum „Einfrieren“ des Bildschirms bis hin zum Absturz. Computerexperten sprechen dann davon, dass die Arbeitsgeschwindigkeit des Systems immer langsamer wird. Bei Windows-Rechner wäre das Problem in der sog. Registrierungsdatenbank („Regis-

try“) zu suchen, wo sich Dateifragmente befinden. Selber kann man (als Laie) diese Eintragungen nicht verändern oder löschen. Es gibt aber Möglichkeiten, diese „offenen Kreisel“ zu finden und zu löschen. Dazu kann man mit unserem Verfahren kleine Handlungsanweisungen für die Profis erstellen und dann sogar ein automatisch laufendes Reinigungssystem anbieten, dass der Klient dann regelmäßig selber anwenden kann.

ADHS oder bipolare Störung?

Leider denken einige Psychiater auch an eine manisch-depressive Störung: Dies sei anhand des folgenden Beispiels einer Ehefrau (aus dem Psychologie-Portal Web4health) verdeutlicht:

„Mein Mann und ich kennen uns seit 20 Jahren, wir sind beide Anfang 40 und haben 2 Söhne, die von ADHS betroffen sind. Im letzten Jahr machte mein Mann eine m.E. sehr schwere Midlife Crisis durch. Er wollte sich von der Familie trennen, kaufte erst ein Flugzeug, dann ein Cabrio und begann anschließend, über mehr als eine Handvoll Partner-Portale intensiv nach einem Ersatz für mich zu suchen. Er war in einer totalen Hochstimmung und Aufbruchphase, nahm 15 kg ab, schlief kaum. Er hätte der Familie nun genug Zeit geopfert, war seine Meinung, seine Kinder müssten das schon verkraften, da sei schließlich wichtiger, dass er glücklich sei. Ca. 3 Monate später war die Hochstimmung verfliegen, er hatte Kopfweg, Gelenkschmerzen, Konzentrationsprobleme und wohl auch Selbstmordgedanken. Er gab Fehler zu, er wolle seine Familie nicht verlieren und so weiter. Ich war bereit, mich darauf einzulassen, schon unserer Kinder wegen. Ich hatte die Kinder gerade durch umfangreiche Therapien auf einen guten schulischen Weg gebracht – das wollte ich nicht aufs Spiel setzen. Ich ahnte auch damals das Ausmaß seiner Eskapaden nur bedingt, aber als dies dann tröpfchenweise ans Licht dümpelte, warf es mich von den Füßen und ich rutschte in eine Depression. Zum Glück fand ich schnell einen guten Arzt und bekam Medikamente. Jetzt habe ich eine Therapie bei ihm begonnen, und er fragt mich natürlich nach meiner Ehe!

Ja, sage ich, mein Mann ist jetzt supernett, hilft mir im Haushalt und mit den Kindern, versucht Vertrauen aufzubauen, indem er Zuverlässigkeit beweist. Könnte eigentlich kaum besser sein, wenn dieses letzte Jahr nicht wäre, und es ist mir nicht klar, wie jemand der intelligent ist, so den Kopf abschalten kann.

Da fragt er mich, ob mein Mann schon früher Stimmungsschwankungen mit Höhenflügen und Tiefen gehabt hat – ich sage: ja, eigentlich war er schon immer sehr stimmungslabil. Wenn ihm eine fixe Idee in den Kopf springt, kauft er schnell mal eben z.B. 10 dicke Bücher über Börsen-Investment oder 20 über Militärflyer im 1. Weltkrieg, die ihn nicht mehr interessieren, sobald sie im Schrank stehen. Wie ein Drachen an der Schnur, dachte ich schon früher manchmal: solange man die Schnur festhält, fliegt er super – ein bisschen zuviel Wind und er reißt sich los, und dann passiert nichts Gutes.

Dann wieder hat er Phasen, da sitzt er wie eine Salzsäule bewegungslos und start Löcher in die Luft. Da sagt mir mein Arzt, dass mein Mann vielleicht eine bipolare Störung oder eine Zykllothymie hat, gibt mir ne Broschüre mit – ich soll mal mit ihm reden, dass er sich behandeln lassen sollte.

Mein Gott - wie soll ich das denn nun machen? Ich dachte immer, da wir zwei ADHS-Kiddies haben und mein Mann auch als Kind in diese Richtung auffällig war, dass es sich hier um die typische Impulskontroll-Schwäche handelt.

Ich weiß jetzt wirklich nicht, wie ich vorgehen soll, immer kriege ich die schwierigen Aufgaben. Gibt es einen Tipp, den man mir oder ihm geben kann. Ich bin mit der Sache überfordert, ihn zum Arzt zu bringen, habe eigentlich genug mit mir zu tun. Andererseits könnte es vielleicht auch eine Chance sein?“

Dies ist nun sicher keine manisch-depressive Störung (vielleicht könnte man alternativ auch psychopathologisch eher eine narzisstische Persönlichkeitsstörung vermuten?). Egal, wie man das nun bezeichnet. Es ist eine sehr passende Beschreibung, wie sich ein unbehandeltes ADHS nicht nur auf den Mann, sondern auch auf seine Ehefrau bzw. das

Familiensystem auswirken kann und wird. Häufig sieht man in einer derartigen Situation auch die Ehefrau „depressiv“ dekompensieren, da sie letztlich neben zwei ADHS-Kindern auch noch einen sich kindlich-regressiv verhaltenden Mann mit extremer affektiver Labilität und Neigung zu extremen Verhaltens- und Gefühlsschwankungen zu „dressieren“ hat.

Typisch für ein lang anhaltendes ADHS ist durchaus, dass die Betroffenen scheinbar in zwei (oder mehr) Zuständen leben und diese Zustände aus scheinbar heiterem Himmel „kippen“. Auch wenn sich die Verhaltensweisen vielleicht „submanisch“ oder sogar „manisch“ in der Meinung von Laien darstellen, so fehlt es doch an den typischen Kennzeichen einer entsprechenden Störung. Wenn nun ein Patient bzw. Angehörige einen Arzt oder Psychologen aufsuchen, wird dieser allein aus der Schilderung eine Erhebung der Psychopathologie bzw. eine beschreibende Diagnostik vornehmen und in seine bekannten „Schubladen“ einordnen

Wenn sich eine besorgte Ehefrau zusammen mit einem derartigen „Patienten“ in einer Klinik oder Praxis vorstellt, sind Vorurteile und bekannte Schemata der Therapeuten naheliegend. Dies wird durch das Verhalten der Ehepartner bzw. der besorgten (aber durchaus auch aufdringlich ungezügelt) Nachfrage der Frau und häufig für Außenstehende extreme Verhaltensmuster zwischen intensiver Sorge und rigidem Abgrenzen noch verstärkt. Tatsächlich beeinflussen sich gerade in einer derart emotional belasteten Situation die Gefühlsschwankungen bzw. auch Wahrnehmungsprobleme sowohl des Patienten, der Angehörigen – aber natürlich auch der Therapeuten (zumal, wenn diese nichts von einer möglichen ADHS-Konstitution wissen). ←

Zusammenfassung der Umfrageergebnisse „ADHS-Therapie bei jungen Erwachsenen“

*In **neue AKZENTE Nr. 77** sowie über unsere Webseiten hatten wir unsere Mitglieder gebeten, sich an einer Umfrage zum o. g. Thema zu beteiligen und den in der Zeitschrift befindlichen Fragebogen auszufüllen, da uns hier sehr unterschiedliche Meldungen seitens der Betroffenen vorlagen. Hier nun das Ergebnis. Ausführliche Daten zu der nachfolgenden Zusammenfassung können in der Geschäftsstelle Berlin angefordert werden.*

An der Umfrage haben sich 32 Personen beteiligt, der größte Teil im **Alter** von 19 bis 22 Jahren.

In der gesamten Befragung gab es immer wieder Mehrfachnennungen, somit übersteigen die Gesamtzahlen oftmais die Zahl 32.

Es stellte sich heraus, dass die überwiegende Mehrzahl der Befragten vor ihrem 18. Geburtstag **gesetzlich mitversichert** war; dies änderte sich nach ihrem 18. Geburtstag bis auf eine Ausnahme nicht.

Behandelt wurde bei 15 Befragten vor und bei 12 Befragten auch nach ihrem 18. Geburtstag durch einen **Kinder- und Jugendpsychiater**. Die zweite große Gruppe wurde als Kind durch den Kinderarzt betreut (13) und wechselte nach dem 18. Geburtstag zum Erwachsenenpsychiater. Was sich auch in der Aussage der „über 21jährigen“ widerspiegelt: ca. ein Drittel der Befragten waren über 21 und wird mittlerweile vom Erwachsenenpsychiater behandelt.

Die Vielfalt der **Therapien** ist ziemlich ausgeprägt. Jedoch überrascht es, dass immerhin 14 von 32 Kindern/Jugendlichen vor ihrem 18. Geburtstag KEINE Therapie erhielten. Weniger überraschend ist dann die Entwicklung NACH dem 18. Geburtstag, dort steigt die Anzahl derjenigen OHNE Therapie auf 25.

Anschließend an „keine Therapie“ folgt dann zahlenmäßig bei beiden Altersgruppen die Verhaltenstherapie.

Auch bei der **Medikamentengabe** unterscheiden sich beide Altersgruppen kaum: Bis auf eine Ausnahme haben alle vor und nach ihrem 18. Geburtstag ein Medikament bekommen. Hierbei wurde in der Mehrzahl vor und nach dem Geburtstag dasselbe Medikament verwendet.

Bei der Frage nach der **Zuzahlung** haben sich die Werte VOR und NACH dem 18. Geburtstag fast umgekehrt! Musste vor dem 18. Geburtstag kaum jemand eine Zuzahlung leisten, musste es nach dem 18. Geburtstag fast jeder.

Jedoch gibt es hierbei eine Reihe verschiedener Modelle der Zuzahlung: Rezeptgebühr und voller Preis halten sich bei Medikamenten die Waage, hinzu kommt noch 50% der Gebühren oder „bis Zuzahlungsgrenze“ bei Therapien.

AD(H)S und Allergie – gibt es einen Zusammenhang?

Helga Simchen



Dr. Helga Simchen
Kinderarzt / Kinder-
neurologe / Kinder-
und Jugendpsychiater
/ ADS-Spezialist
Psychotherapie /
Verhaltenstherapie /
Familientherapie /
Neurobiologische
Lerntherapie

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) mit und ohne Hyperaktivität führt bei ausgeprägter Symptomatik bei den Betroffenen und ihrer Familie zu Belastung mit negativem Stress, der Körper und Psyche noch zusätzlich belastet und psychosomatische Erkrankungen auslösen oder verstärken kann. Beim AD(H)S besteht eine durch Reizüberflutung ausgelöste stressassoziierte psychische Belastung über einen längeren Zeitraum, die das Immun(Abwehr)system des Körpers schwächen kann. Deshalb kommt es bei genetisch bedingter allergischer Veranlagung unter anhaltender psychischer Belastung häufig zu allergischen Reaktionen oder zur Verstärkung einer bereits vorhandenen allergischen Erkrankung.

Die Praxis zeigt immer wieder, dass sich eine erfolgreiche Behandlung des AD(H)S mit Verbesserung von Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz günstig auf den Verlauf von allergischen Reaktionen auswirkt. Dieses Zusammenspiel von negativem Stress, Psyche und Immunsystem kann man bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S in der Praxis immer wieder beobachten, wenn man nach Allergien fragt und deren Verlauf beachtet. Das erfordert eine langfristige Betreuung der Kinder oder Jugendlichen mit dieser Komorbidität von Allergie und AD(H)S über mehrere Jahre und eine Behandlung mit einem individuell ausgerichteten multimodalen Therapieprogramm, das auch Betroffene mit einem ADS ohne Hyperaktivität einbezieht. Denn dieser Subtyp leidet psychisch mehr und hat nach eigener Beobachtung vermehrt eine Allergie, denn diese Betroffenen reagieren sich nicht wie die Hyperaktiven nach außen hin ab, sondern nach innen gekehrt, introvertiert, geben sie sich für alles selbst die Schuld.

Das AD(H)S ist eine genetisch bedingte Störung in der Informations-

verarbeitung, die mit einer emotionalen Steuerungsschwäche, einer unzureichenden Daueraufmerksamkeit und motorischer Unruhe einhergeht. Selbstwertproblematik und mangelnde soziale Kompetenz bei zu großer Empfindlichkeit verstärken die durch Reizüberflutung bereits vorhandene Stressbelastung.

Diese, in der Praxis der AD(H)S-Behandlung auffallend häufig beobachtete Kombination (Komorbidität) von einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit einer allergischen Erkrankung, wird bisher noch zu wenig beachtet. Nach meiner Statistik aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis leiden von den Kindern und Jugendlichen mit ADS (mit oder ohne Hyperaktivität) etwa doppelt so viele an einer allergischen Erkrankung, wie die Kinder und Jugendlichen, die kein AD(H)S haben, wobei das ADS ohne Hyperaktivität dabei bisher noch zu wenig diagnostiziert und berücksichtigt wird. Aber gerade dieser Subtyp zeigt häufig diese Kombination von ADS und Allergie.

Beim ADS ohne Hyperaktivität steht eine Dysbalance der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin im Vordergrund, was die Symptomatik mit sozialen Ängsten, Panik und rezidivierenden depressiven Verstimmungen zeigt.

Wenn Kinder mit AD(H)S häufiger allergische Erkrankungen haben, würde das auch bedeuten, dass Kinder und Jugendliche mit einer Neurodermitis, einem Heuschnupfen, einer Hautallergie oder einem Bronchialasthma überdurchschnittlich häufiger ein AD(H)S haben müssten. Dabei bedeutet ADS nicht gleich Hyperaktivität, sondern ADS ist als eine neurobiologisch bedingte veränderte Steuerungsdynamik der kognitiven, emotionalen und motorischen Verarbeitung zu sehen. Daraus resultiert eine veränderte Reaktions- und Verhaltensbildung.

ADS und allergische Erkrankungen beeinflussen sich in ihrer Schwere gegenseitig, eine Tatsache, für die es in der Praxis immer wieder Beweise gibt. Was könnten mögliche Ursachen dafür sein?

Bekannt ist, dass sowohl starker und anhaltender Stress als auch dauerhafte psychische Belastungen das körpereigene Immunsystem schwächen. Eine psychische Stabilität dagegen verbessert die Immunabwehr und somit auch die Symptomatik allergisch bedingter Krankheiten.

Ein Kind mit einem ausgeprägten AD(H)S lebt von Anfang an im Stress. Aufgrund seiner angeborenen Regulationsstörung mit Reizoffenheit, seiner emotionalen Steuerungsschwäche mit veränderter Wahrnehmung, seinen Besonderheiten im Verhalten mit manchmal gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus, seinen nächtlichen Schreiatacken und seiner Impulsivität irritiert es manchmal schon als junger Säugling seine Eltern. Diese reagieren darauf hilflos und unangemessen, was die psychische Belastung des Kindes noch verstärkt. Ein Kreislauf fehlgesteuerter Reaktionen wird in Gang gesetzt, was bei der Mutter zu Schuldgefühlen und Hilflosigkeit führt. Wenn sie selbst dann auch eine AD(H)S-Disposition hat, kann die Mutter-Kind-Beziehung leiden. Diese wird für den Säugling belastend, weil er seine Mutter als nicht vorausschaubar und somit für ihn als unzuverlässig erlebt. Die Beziehung leidet von beiden Seiten.

Das genetisch bedingte und ausgeprägte AD(H)S bedeutet nicht nur für den Säugling Dauerstress, sondern auch für seine Mutter, besonders, wenn sie nicht über AD(H)S informiert ist und dem Verhalten ihres Kindes hilflos gegenüber steht.

Infolge einer sich ständig wiederholenden Stress-Situation kann es schon in der frühen Kindheit zur vermehrten Cortisolausschüttung kommen, die über die Nebennierenrinde

zu einer Adrenalinabgabe in die Blutbahn führt. Das wiederum verstärkt und verlängert den schon vorhandenen Stress, der dann zum Dauerstress werden kann.

Ein erhöhter Cortisolspiegel im Blut führt wiederum zum Abfall des Serotoninspiegels, was Stimmungsschwankungen und emotionale Steuerungsschwäche noch verstärkt. Serotoninmangel führt wiederum zur vermehrten Cortisolausschüttung, somit wird ein Kreislauf in Gang gesetzt, an dessen Ende Dauerstress mit Schwächung der Immunabwehr steht.

Andererseits kann eine allergische Erkrankung über den Juckreiz auch zu motorischer Unruhe, verbunden mit Verhaltens-, Konzentrations- und Lernproblemen, führen. Aber hierbei zeigt sich niemals die für AD(H)S typisch veränderte Wahrnehmungsverarbeitung mit ihrer kognitiven, emotionalen und motorischen Problematik. Die Stärke der Symptomatik kann sich durchaus nach Besserung der Allergie abschwächen, aber die Grundstörung AD(H)S kann von ihrer Ursache her niemals durch eine Diät allein beseitigt werden. Wäre das der Fall, sollte man die Diagnose AD(H)S hinterfragen. Dass sich einzelne AD(H)S-Symptome unter einer antiallergischen Diät vorübergehend bessern können, bedeutet nicht, dass AD(H)S eine allergisch bedingte Störung ist, die dauerhaft mit einer Diät behandelbar ist.

Aber nicht nur über Stress, sondern auch vom zentralen Nervensystem aus wird über den Hypothalamus und über das limbische System (beides wichtige Zentren für die Gefühls- und Verhaltenssteuerung) das körpereigene Abwehrsystem gesteuert. Arbeitsgruppen von Besedovsky und Livnat konnten nachweisen, dass eine Dysbalance im noradrenergen System eine immunsuppressive (abwehrschwächende) Wirkung auf Thymus, Milz und Lymphknoten zur Folge hat. 1983 konnte eine andere Arbeitsgruppe um Besedovsky im Tierversuch nachweisen, dass eine noradrenerge hypothalamische Störung während einer experimentell induzierten Immunreaktion bei Ratten zu einer erhöhten Allergiebereitschaft führt. Auch beim AD(H)S des

Menschen besteht diese Dysbalance im noradrenergen System.

1986 begann eine Forschungsgruppe an der Klinik für Psychiatrie und Neurologie für Kinder und Jugendliche der Medizinischen Akademie Magdeburg, der ich damals auch angehörte, mit der Erforschung des Zusammenhanges von hyperkinetischen Störungen und allergischen Erkrankungen. In ersten Untersuchungsergebnissen konnte damals eine überzufällig häufige Kombination vom hyperkinetischen Syndrom mit allergischen Erkrankungen nachgewiesen werden. Infolge des politischen Umbruchs konnte die Forschungsarbeit nicht fortgesetzt werden.

In der Vergangenheit widmeten sich also schon mehrere wissenschaftliche Arbeitsgruppen dem Zusammenhang von Störungen des Zentralnervensystems auf der Ebene der Botenstoffe, der Immun- und Infektabwehr und deren Beeinflussung durch das zentrale Nervensystem. Das ist ein Thema, dessen Aktualität mit der AD(H)S-Forschung wieder an Bedeutung gewinnt, denn in der praktischen Tätigkeit zeigt sich immer häufiger eine Komorbidität von AD(H)S und Allergie, wenn man danach fahndet. Es sollte in Zukunft bei allen AD(H)S-Betroffenen nach einer allergischen Bereitschaft (Diathese) oder nach bestehenden oder durchgemachten allergischen Erkrankungen gezielt gefragt werden. Bei der großen Bedeutung, die die Allergien in allen Altersstufen einnehmen, könnte schon im frühen Kindesalter bei Vorliegen der Kombination von AD(H)S und Allergie die Therapie durch die gleichzeitige Behandlung beider Störungen verbessert werden.

Das bedeutet, die stressbedingten Folgen des AD(H)S für das Abwehrsystem möglichst gering zu halten, um eine weitere Schwächung des Immunsystems möglichst zu verhindern und Infektionen und Allergien besser behandeln oder gar verhindern zu können.

Vereinzelt gibt es Hinweise, dass Betroffene mit AD(H)S auch vermehrt eine Autoimmunerkrankung haben. In der Praxis spielen dabei der Diabetes Typ 1 und die Hashimoto-

Thyreoiditis eine Rolle als Komorbiditäten von AD(H)S.

Besteht bei einem AD(H)S-Kind schon eine Allergie, so kann sich diese durch eine andauernde und zunehmende psychische Belastung noch verstärken. Erhält dieses Kind keine rechtzeitige und ausreichende Hilfe, kann es noch zusätzlich zu Ängsten, Aggressionen, sozialer Ausgrenzung, Schulversagen und depressiven Verstimmungen kommen. Das Schlimmste für das Kind ist dabei seine erlebte Hilflosigkeit mit dem sich entwickelnden Gefühl, nicht verstanden und nicht geliebt zu werden.

Eine erfolgreiche Behandlung des AD(H)S dagegen führt zur psychischen Stabilisierung, wobei die Allergie sich vorübergehend oder ganz bessern kann oder manchmal sogar ausheilt. Eine Beobachtung, die man bei der Behandlung von Kindern mit AD(H)S immer wieder macht, wenn man nur darauf achtet. Die Allergiker, die gleichzeitig noch ein AD(H)S haben – und das sind nicht wenige – profitieren in doppelter Hinsicht von einer erfolgreichen AD(H)S-Behandlung. Deshalb sollte man dieser Komorbidität in Zukunft mehr Beachtung schenken. Sie ist ein gutes Beispiel dafür, dass Körper und Psyche immer eine Einheit bilden und die Haut als ein „Spiegelbild der Seele“ fungieren kann.

Nur wenn viele Therapeuten das gleichzeitige Bestehen von AD(H)S und Allergie nachweisen, wird sich in Zukunft auch wieder die Neuroimmunologie intensiver mit dieser Problematik beschäftigen und ergänzende Therapiestrategien entwickeln, die eine Komorbidität von Allergie und AD(H)S einbeziehen. Es sind bestimmt nicht wenige, deren Lebensqualität sich dadurch verbessern würde. ←

nichts
als
Bedenken

Wenn einer nichts hat,
Bedenken hat er!

Unbekannt

Medikation bei Erwachsenen mit ADHS

Auszug aus dem überarbeiteten Medikamentenführer „ADHS: Pillen & Plaudern, Tun & Lassen“ (Zentrum Zit Stil, Antwerpen – Belgien)

Steven Stes

Einleitung

Lange hat man geglaubt, dass ADHS in der Jugend verschwindet. Bei einigen Kindern ist das in der Tat so. In ihrem weiteren Leben sehen sie sich keinen Problemen mehr wegen mangelnder Aufmerksamkeit, Ruhelosigkeit oder Impulsivität ausgesetzt. Aber seit den 80er Jahren gibt es vermehrt Untersuchungen, in denen Kinder mit ADHS bis ins junge Erwachsenenalter hinein regelmäßig neu evaluiert wurden. Es wurde dabei deutlich, dass 40–60 Prozent von ihnen auch als Erwachsene immer noch an verschiedenen typischen ADHS-Symptomen leiden. Eine große Gruppe scheint daneben auch andere Probleme zu entwickeln wie z.B. Substanzmissbrauch, antisoziales Verhalten, Angststörungen oder Stimmungsschwankungen. Vor allem seit den 90er Jahren, zunächst in den USA, später in der ganzen Welt, erschienen Studien über Erwachsene mit ADHS, welche erst in einem späteren Lebensabschnitt diagnostiziert wurden (d.h. nicht im Kindesalter). Bei ihnen finden sich viele Hinweise darauf, dass sie an der gleichen Störung leiden wie sie bei Kindern beschrieben wird. Entweder hatten sie als Kind noch keinen Zugang zur Gesundheitsfürsorge oder es gab gewisse Schutzfaktoren, die dafür sorgten, dass sie erst später in Probleme gerieten und Hilfe nötig hatten.

Gegenwärtig erscheinen in vielen führenden wissenschaftlichen Zeitschriften Veröffentlichungen über ADHS bei Erwachsenen, über ihre Behandlung und über die zugrundeliegenden Hirnfunktionen. Die Zeiten sind definitiv vorbei, in denen ADHS lediglich eine andere Umschreibung für hyperaktive Kinder war. Auf der Grundlage einer aktuellen Untersuchung weiß man, dass weltweit ungefähr 3 Prozent der Erwachsenen die eine oder andere Form von ADHS hat. Nur ein Bruchteil von ihnen bekommt entsprechende Hilfe.

ADHS hinterlässt Spuren

Erwachsene mit ADHS-Diagnose haben Probleme in verschiedenen Lebensbereichen. ADHS drückt mitunter dem Leben eines Betroffenen einen schweren Stempel auf. So haben Erwachsene mit ADHS im Vergleich zu „normalen“ Erwachsenen im Durchschnitt ein Jahr länger die Schulbank gedrückt, wurden häufiger der Schule verwiesen oder hatten mehr Begleitförderung nötig. Sie erreichten seltener ein hohes Ausbildungsniveau und wechselten häufiger ihren Arbeitsplatz, weil sie entweder entlassen wurden oder selbst spontan kündigten. Sie haben große Mühe, Geld zu sparen oder Rechnungen fristgerecht zu bezahlen.

Obwohl sie manchmal sehr extrovertiert erscheinen, haben sie weniger soziale Kompetenzen. Sie unterbrechen andere im Gespräch oder bei anderen Gelegenheiten. Sie können nur schwer zuhören, sind vergesslich, verlieren den Gesprächsfaden oder verpassen oft den Zeitpunkt für geeignete Reaktionen. Menschen mit ADHS haben oft Probleme bei Freundschaften oder in Liebesbeziehungen. Der Partner mit ADHS fasst impulsiv Beschlüsse mit allen möglichen (auch finanziellen) Folgen oder er hat keine Übersicht in Haushalt und Erziehung. Menschen mit ADHS sind häufiger geschieden als Menschen ohne ADHS.

Diese Probleme, zu Hause oder am Arbeitsplatz, deuten auf Anpassungsstörungen mit der Gefahr depressiver Beschwerden hin, welche unbedingt einer professionellen Hilfestellung bedürfen. Aufgrund ihrer chaotischen Lebensführung, ihrer mangelhaften Aufmerksamkeitssteuerung, Rastlosigkeit und ihres impulsiven Handelns haben Erwachsene mit ADHS geringere Fähigkeiten zur Problemlösung. Aufwachsen mit ADHS ist also nicht einfach und

beeinflusst das Selbstbild des Menschen in negativer Weise. Sie denken rasch: „Ich kann es einfach nicht ...“ oder „Die Anderen denken bestimmt wieder, dass ich nicht mein Bestes gebe“.

Jüngste Untersuchungen von erstmals diagnostizierten Erwachsenen mit ADHS bestätigen, was wir von aufwachsenden Kindern mit ADHS bereits wissen: Menschen mit ADHS haben ein erhöhtes Risiko, in ihrem Leben andere psychiatrische Störungen zu entwickeln, wie z.B. Angst- und Stimmungsstörungen, Sucht und Persönlichkeitsstörungen. Das Zusammenwirken dieser Störungen macht sowohl Diagnose als auch Behandlung sehr schwierig.

Die Wissenschaft

Wissenschaftler untersuchen das Wie und Warum der besonderen Prozesse, welche im Gehirn von Menschen mit ADHS ablaufen. Untersuchungen bei Erwachsenen bestätigen vieles von dem, was man bereits aus Studien bei Kindern weiß, sie werfen aber auch neue und andere Fragen auf und liefern neue Einsichten. Das Gehirn von Erwachsenen ist nun einmal anders als das von Kindern oder Jugendlichen, und das Leben eines 40-Jährigen sieht anders aus als das eines Teenagers.

Ähnlich wie bei Kindern sind bestimmte Gehirnregionen bei Erwachsenen mit ADHS kleiner als bei vergleichbaren Personen ohne ADHS (sog. Kontrollgruppe). Bei der Ausführung von bestimmten Aufgaben werden diese Regionen weniger stark aktiviert als bei normalen Testpersonen oder es werden sogar andere Regionen aktiv. Ferner hat man Unterschiede bei der Aktivität wichtiger Botenstoffe wie Dopamin in diesen Gehirnregionen bei Menschen mit oder ohne ADHS festgestellt. Diese Hirnregionen werden gründlich erforscht, da man aufgrund anderer Untersuchungen vermutet, dass

sie eine große Rolle spielen bei der Kontrolle von Aufmerksamkeitsprozessen, spontanen Reaktionen sowie emotionalen und körperlichen Aktivitäten.

Von der Diagnose zur Behandlung

Ebenso wie bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, bei der Diagnose und Behandlung Erwachsener von den Problemen dieser Menschen auszugehen. Was läuft schief im Leben, dass sich die Diagnose ADHS aufdrängt? Welche Probleme haben diese Menschen am Arbeitsplatz, in ihrer Beziehung oder zu Hause?

Können diese Probleme als eine Folge der Entgleisung von Aufmerksamkeitsprozessen, Impulskontrolle und Hyperaktivität verstanden werden oder mehr als Folge von Angst, Depression oder Substanzmissbrauch? Oder geht es vielleicht um mehrere zusammenhängende Störungen (Komorbidität)?

So wie bei Kindern ist die Diagnose von ADHS bei Erwachsenen sehr komplex. Dies wird vorläufig noch erschwert durch das Fehlen von allgemein anerkannten Kriterien zur Feststellung von ADHS bei Erwachsenen. Klar ist, dass man nicht ohne weiteres die bei Kindern angewandten Kriterien auf Erwachsene übertragen kann. Wie nun aber vorzugehen ist, wird von den Experten noch heftig diskutiert. Von Bedeutung ist sicher ein lebenslanger Verlauf der Symptome.

Wie auch immer, der erste und wichtigste Schritt für eine Behandlung ist eine gründliche Diagnose. Die bloße Vermutung auf ADHS ist mit Sicherheit nicht ausreichend, um sofort eine spezifische Behandlung mit Medikamenten zu beschließen. Häufig bedürfen zunächst andere Beschwerden einer Behandlung, wie Substanzmissbrauch, Angststörung oder Depression. Falls nach Behandlung dieser Beschwerden noch immer deutliche Anzeichen für eine ADHS-Diagnose vorliegen, kann eine medikamentöse Behandlung der ADHS-Symptome ratsam sein.

Der Gebrauch dieser Medikamente muss stets im Zusammenhang mit einer breit angelegten psychosozialen Begleitung gesehen werden, al-

lein schon deswegen, weil jemand mit ADHS meist weitere damit zusammenhängende Probleme in verschiedenen Lebensbereichen hat.

Die richtige Dosierung

Es ist sehr wichtig, dass eine medikamentöse Behandlung vor allem zu Beginn von einem Spezialisten begleitet wird. Dieser muss zunächst darauf achten, dass keine Gegenindikationen vorliegen. Danach geht es darum, die optimale Dosierung mit den geringsten Nebenwirkungen zu finden. Ein enger und häufiger Kontakt mit dem behandelnden Arzt ist in dieser Phase sehr wichtig, um sich auszutauschen, Fragen zu klären und um herauszufinden, ob die medikamentöse Behandlung sinnvoll ist. Die optimale Dosierung kann höher liegen als bei Kindern, da ein erwachsener Körper mit dem eines Kindes nicht vergleichbar ist. Wenn die Medikation gut eingestellt ist, kann die weitere Behandlung in Absprache mit dem Spezialisten vom Hausarzt übernommen werden.

Die verschiedenen Medikamente

In der Broschüre „ADHS: Pillen & Plaudern, Tun & Lassen“ finden sich an anderer Stelle spezifische Erläuterungen zu den verschiedenen Arzneimitteln, welche bei der Behandlung von ADHS eingesetzt werden. Hier werden lediglich die Medikamente erwähnt, welche in Belgien erhältlich sind und deren Effizienz in klinischen Studien nachgewiesen wurde. Vieles von dem, was in Bezug auf diese Mittel für Kinder gilt, ist auch für Erwachsene gültig. An dieser Stelle wird auf diejenigen Aspekte näher eingegangen, welche speziell für den Gebrauch durch Erwachsene von Bedeutung sind.

Methylphenidat

Dank robuster klinischer Resultate wird dieses Mittel in verschiedenen Richtlinien als Mittel der ersten Wahl bei der Behandlung von ADHS empfohlen. Es gibt unzählige Studien zur Behandlung von Kindern mit dieser Substanz, jedoch viel weniger Informationen über die Behandlung von Erwachsenen. Trotzdem liegt mittlerweile eine Reihe seriöser Studien vor, welche in Bezug auf

Erwachsene eine gute Wirkung und Verträglichkeit von Methylphenidat bestätigen. Die kurz wirkende Version (Ritalin®) muss 3 bis 4 mal pro Tag eingenommen werden. Die Wirkungsdauer der neuen lang wirkenden (retardierenden) Präparate (z. B. Concerta® oder Ritalin MR®) beträgt 12 bzw. 8 Stunden.

Einige mögliche Nebenwirkungen von Methylphenidat bei Erwachsenen sind verminderter Appetit, Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, Erregbarkeit, Tics, Kopfschmerzen oder Herz-Kreislaufbeschwerden (erhöhte Herzfrequenz und Puls).

Dextroamphetamin

Diese Form von Amphetamin unterscheidet sich in der Wirkweise von Methylphenidat. Es gibt nur wenige veröffentlichte Studien über den Gebrauch dieses Mittels bei Erwachsenen, auch wenn darin dessen Wirksamkeit bei Erwachsenen und sein Gebrauch als Alternative zu Methylphenidat bestätigt wird. Die Nebenwirkungen gleichen denen bei Methylphenidat. Allerdings hat dieses Mittel ein größeres Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, so dass sein Gebrauch weniger zu befürworten ist.

Atomoxetin

Dieses Mittel ist auch unter dem Markennamen Strattera® bekannt und hat einen anderen Wirkmechanismus als die Amphetaminderivate. In den USA ist es für die Behandlung von Erwachsenen mit ADHS zugelassen. Es erreicht seine volle Wirkung erst nach mehreren Wochen. Man muss also bei der Suche nach der optimalen Dosierung Geduld aufbringen. Mögliche Nebenwirkungen bei Erwachsenen sind ein trockener Mund, Schlaflosigkeit, Schwindel, Appetitverlust, Verstopfung, verminderte Libido, Schweißausbrüche und Erektionsstörungen. Ferner wird ein Anstieg von Puls und Herzschlag beobachtet.

Andere Nicht-Stimulanzien

Für andere nicht-stimulierende Mittel wie z. B. trizyklische Antidepressiva, Bupropion, Guanfacin, Clonidin und Modafinil sind nur sehr wenige Hinweise auf deren Wirksamkeit bei

Erwachsenen mit ADHS zu finden. Der Gebrauch von einigen dieser Mittel wird auch durch Nebenwirkungen bei hohen Dosierungen eingeschränkt.

Zulassung

Viele der oben genannten Mittel sind (in Europa) nicht offiziell für den Gebrauch durch Erwachsene zugelassen, auch wenn sich dies in Zukunft ändern kann. Bei einigen Produkten wird im Beipackzettel darauf hingewiesen, dass „in einigen Fällen die Behandlung im Erwachsenenalter fortgesetzt werden kann“. Allerdings gibt es, anders als in den USA, in Belgien (und den anderen europäischen Ländern) keine echte Zulassung für eine neu diagnostizierte ADHS bei Erwachsenen. Es gibt hier also weiterhin dringenden Forschungsbedarf.

Durchhalten und Weitermachen

Häufig denkt man, dass Erwachsene besser mit ihrer Medikation umgehen als Kinder. Dabei wird jedoch leicht vergessen, dass es um Menschen geht, die große Schwierigkeiten haben wegen ihres schlechten Organisationsvermögens, Chaos und Vergesslichkeit. Bei der Einnahme von Medikamenten kommt es aber auf Pünktlichkeit und Sorgfalt an. Dies geht häufig schief, da es anders als bei Kindern oder Jugendlichen meist keine Eltern oder Erzieher gibt, die einen an die Einnahme erinnern. Und wenn man die Medikamente nicht regelmäßig einnimmt, beeinträchtigt dies das alltägliche Funktionieren, was wiederum die Einhaltung eines genauen Einnahmeschemas erschwert. Vor diesem Hintergrund haben Mittel, welche man nur noch ein- oder zweimal täglich einnehmen muss, große Vorteile.

Begleitung und Unterstützung

Die Spezialisten sind sich darin einig, dass eine unterstützende Begleitung, die besonderen Wert auf Psychoedukation, sowohl für den Patienten als auch seine Familie, legt, während der Diagnose und zu Beginn der Behandlung sehr sinnvoll ist. Es ist wichtig, dass die Betroffenen sich über den Zusammenhang zwischen ihren Problemen und den

Symptomen von ADHS und anderen damit zusammenhängenden Störungen informieren können. Dies sorgt für realistische Erwartungen. Es hilft ihnen auch zu verstehen, dass es manche Defizite gibt, die vielleicht nicht ohne weiteres zu beheben sein werden.

Psychoedukation bedeutet allerdings mehr als nur zu wissen „Ich habe ADHS“. Man lernt mit den individuellen Möglichkeiten und Defiziten umzugehen. Man lernt auch, eine Diagnose in positiver Hinsicht als Hebel für Veränderung zu begreifen. Psychoedukation ist der Startpunkt für jede Behandlung. Sie ist auch der Beginn für die Verarbeitung eines Vorlebens, welches viele Probleme und Frustrationen hervorgerufen hat.

Wissenschaftliche Nachweise, dass Psychotherapie oder psychosoziale Begleitung auch ohne Kombination mit Medikamenten helfen, sind momentan noch dürftig, es laufen dazu aber zahlreiche Studien. Es ist jedenfalls zu vermuten, dass sie bei der Behandlung von assoziierten Problemen und den Auswirkungen von ADHS auf die psychosoziale Entwicklung von Bedeutung sind.

Art und Ausmaß hängen stark von den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Person ab. Die einen

benötigen eine strukturierte und lösungsorientierte Begleitung mit besonderem Akzent auf Zeitplanung, Organisation von Haushalt, Verwaltung oder Finanzen oder den Erwerb von sozialen Fähigkeiten. Andere bedürfen einer Psychotherapie, um die negativen Folgen zu verarbeiten, welche ADHS auf die bisherige psychosoziale Entwicklung und ihr Verhalten in einer Beziehung, Ehe oder Familie gehabt hat.

(Übersetzung: Detlev Boeing)

Dr. Steven Stes, Psychiater (Freie Universität Brüssel): Während seiner Ausbildung zum Psychiater entwickelte Dr. Stes ein besonderes Interesse an der Diagnostik und Behandlung von ADHS bei Erwachsenen. Ausgehend von eigenen Literaturstudien machte er erste klinische Erfahrungen mit dieser Problematik in der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik der Freien Universität Brüssel (VUB Brussel). Diese Erfahrungen konnte er während seiner weiteren Ausbildung in den Niederlanden vertiefen, und zwar in dem von Frau Dr. J.J. Sandra Kooij geleiteten ADHS-Zentrum für Erwachsene beim PsyQ in Den Haag. Er arbeitete dort anschließend eine Zeitlang als Psychiater, insbesondere in der Supervision von Psychiatern in Ausbildung, Psychologen sowie Sozial- und Krankenpflegern hinsichtlich Diagnose und Behandlung von Erwachsenen mit ADHS.

Justin Timberlake psychisch krank Der Sänger hat ADHS und eine Zwangsstörung und gelernt, damit zu leben

Er ist einer der erfolgreichsten Sänger überhaupt, steht mit anderen Stars wie Madonna auf der Bühne und gibt sich immer als der coole Typ. Doch jetzt gibt Justin Timberlake offen zu, dass er psychisch krank ist. Laut dem Internetdienst „collider.com“ hat er sich erstmals dazu geäußert.

Krankheitsbild

„Ich habe eine Zwangsstörung und eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS). Du versuchst damit zu leben.

Aber es ist schwer.“ Bei einer sogenannten Zwangsstörung entwickelt der Kranke schwere Ängste, wenn gewisse Dinge nicht so sind, wie sie sein sollten. Steht zum Beispiel auf der Bühne das Mikro nicht genau da, wo es immer steht, bekommt die Person Panik.

Beim ADHS werden die Menschen extrem unruhig, zappelig und haben das Gefühl, die ganze Zeit unter Druck zu stehen. Die einzige Behandlung: Medikamente. Eine wirkliche Heilung gibt es nicht...

Eckpunkte zu ADHS und Schule

zentrales adhs-netz

1. ADHS ist eine gut definierbare psychische Störung und wird durch die Kriterien der International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation und durch die Kriterien des Diagnostischen und statistischen Manuals (DSM-IV) der American Psychiatric Association (DSM-IV) definiert. Die Problematik variiert in ihrem Schweregrad und stellt den Endbereich eines Kontinuums dar, das sich von unauffälligem Verhalten bis hin zu schwerer Störung erstreckt. In dieser Hinsicht ist ADHS vergleichbar zu Intelligenzminderungen oder Lese-/Rechtschreibstörungen, die ebenfalls kontinuierlich verteilte Merkmale sind.
2. ADHS verlangt eine professionelle Diagnostik, die in den Leitlinien von Fachverbänden spezifiziert ist.
3. ADHS ist eine chronische Störung, die schon vor der Einschulung beginnt und über das gesamte Kindes- und Jugendalter hinweg bis ins Erwachsenenalter hinein andauern und zu einer gravierenden Benachteiligung bezüglich der Teilhabe am alltäglichen Leben führen kann.
4. Früherkennung und Frühförderung vor der Einschulung und die Berücksichtigung der Übergänge vom vorschulischen Bereich zur Schule sind für eine effektive Hilfe wichtig.
5. Die weiteren schulischen Übergänge z.B. vom Primar- in den Sekundarbereich bis hin zur beruflichen Ausbildung bedürfen fachlicher Flankierung.
6. Da ADHS in unterschiedlichen Schweregraden ausgeprägt sein kann, kann die Vermittlung von Strukturen im Lern-, Arbeits- und Sozialverhalten zur Prävention schwerer Verlaufsformen beitragen.
7. ADHS kann als Teilleistungsstörung im Bereich der Aufmerksamkeit, Ausdauer und Selbstkontrolle aufgefasst werden und sollte den anderen Teilleistungsstörungen (z.B. Lese-/Rechtschreibstörung) als Voraussetzung für eine spezielle Förderung und einen Nachteilsausgleich gleichgestellt werden.
8. In der Regel kann ein Schüler mit ADHS in der allgemeinen Schule beschult werden. Falls im Einzelfall sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt wird, ist dem gemeinsamen Unterricht prinzipiell der Vorrang einzuräumen.
9. In einzelnen Fällen kann ADHS zu einer seelischen Behinderung führen und Anspruch auf Eingliederungshilfe begründen, die auch im schulischen System in Anspruch genommen werden soll (z.B. Integrationshelfer).
10. Die Schule muss sich in ein umfassendes Behandlungs- bzw. Förder- und Hilfeplankonzept einbringen können; die Beteiligung an regionalen interdisziplinären ADHS-Netzwerken ist anzustreben.
11. Eine enge Kooperation zwischen Elternhaus und Schule ist eine wichtige Voraussetzung für eine umfassende Hilfe für den Schüler und sollte von der Schule auch unter Einbeziehung sozialpädagogischer Hilfen aktiv angestrebt werden.
12. Ganztageschulen stellen zusätzliche Anforderungen an die Organisation und die pädagogische Arbeit, die insbesondere bei Schülern mit ADHS einer spezifischen Gestaltung bedarf.
13. Eine Verbesserung der Aus- und Fortbildung der Lehrer zu ADHS ist dringend notwendig. Das Thema sollte in die KMK-Standards zur Lehrerbildung aufgenommen werden.
14. Einzelfälle können exemplarisch genutzt werden, um grundsätzliche Strategien im Umgang mit betroffenen Schülern zu erarbeiten. Zur Unterstützung des Lehrers sollte das Beratungsangebot des Systems Schule qualifiziert und erweitert werden.
15. Ein umfassendes Behandlungskonzept beinhaltet eine gezielte pädagogische Förderung und Intervention sowie psychologische Therapie und gegebenenfalls eine unterstützende medikamentöse Therapie. Eine intensive Kooperation der Beteiligten ist dabei grundlegende Voraussetzung.
16. Jede Schule sollte Förderkonzepte für Schüler mit ADHS erstellen und diese regelmäßig evaluieren und aktualisieren. Darauf aufbauende individuelle Förderpläne sollten mit den Eltern und in altersgemäßer Weise auch mit dem Schüler abgestimmt werden und außerschulische Hilfen berücksichtigen.

Diese Eckpunkte wurden im Auftrag des zentralen adhs-netzes von der Arbeitsgruppe ADHS und Schule des zentralen adhs-netzes erarbeitet und am 02.06.2008 von der Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes verabschiedet.

Mitglieder der Arbeitsgruppe ADHS und Schule des zentralen adhs-netzes waren: Günther Buck (Dipl.-Psychologe, Stuttgart), Katrin de Buhr (Dipl.-Psychologin, Bonn), Prof. Dr. Manfred Döpfner (Dipl.-Psychologe, Köln), Christiane Eich (Dipl.-Sozialpädagogin, Hamburg), Dr. Michael Einig (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Heppenheim), Dr. Peter Hübner (Leitender Oberschulrat, Berlin), Gerda Moll (Sonderschullehrerin, Köln), Brigitte Noack (Dipl.-Pädagogin, Köln), Andrea Silz (Gymnasiallehrerin, Gotha).



Alternative bzw. neuartige diagnostische/therapeutische Verfahren bei ADHS

In dieser Rubrik möchten wir Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, neuartige oder alternative Angebote der Diagnostik und Therapie im Rahmen der ADHS-Symptomatik vorstellen.

Es stellt sich bei jedem medizinischen Verfahren die Frage, ob und inwieweit es wirksam ist. Die höchsten Ansprüche stellt dabei die sogenannte evidenzbasierte Medizin (EbM, von englisch evidence-based medicine „auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“), wonach der Arzt nur die Behandlung durchführt, die nachgewiesen wirksam ist. Der Wirksamkeitsnachweis erfolgt dabei durch statistische Verfahren, in der Regel durch große randomisierte kontrollierte Studien (RCT). Die evidenzbasierte Medizin steht damit im Gegensatz zu Behandlungsformen, bei denen kein solcher Wirksamkeitsnachweis vorliegt.

Die EbM unterscheidet 5 Level (Stufen):

Level 1: Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien.

Level 2: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie.

Level 3: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.

Level 4a: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.

Level 4b: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

Auf der anderen Seite gibt es Behandlungsformen, bei denen keine evidenzbasierten Nachweise vorliegen, diese aber gleichwohl wirksam sind, z.B. Umschläge mit essigsaurer Tonerde als Hausmittel gegen Fieber.

Wir werden Ihnen zukünftig an dieser Stelle Verfahren vorstellen, inklusive der Feststellung, inwieweit es sich um evidenzbasierte Methoden handelt und ob diese Verfahren von den KK bezahlt werden bzw. welche Kosten zu tragen sind.

In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die Biofaktoren Magnesium und Zink bei einer ADHS-Symptomatik vor.

Der Artikel entspricht Level 4a, d.h. es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten, wobei wir den Bericht an sich bewertet haben und nicht die zitierten Studien.

Was können Biofaktoren wie Magnesium und Zink bei ADHS leisten?

Gesellschaft für Biofaktoren e.V.

Die Gesellschaft für Biofaktoren e.V. ist ein gemeinnütziger Verein mit Sitz in Stuttgart, der das Ziel verfolgt, die wissenschaftlichen Grundlagen der Therapie und Prophylaxe mit Biofaktoren zu fördern. e-Mail: info@gf-biofaktoren.de; www.gf-biofaktoren.de

*Vorsitzender: Prof. Dr. med. Hans Georg Classen
Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:
Prof. Dr. Dr. med. Dieter Loew, Wiesbaden, Prof. Dr. med. Joachim Schmidt, Dresden, Prof. Dr. med. Hilmar Stracke, Gießen, Apotheker Uwe Gröber, Essen*

Eine neue, viel versprechende Behandlungsstrategie gegen ADHS bei Kindern könnte die gezielte Ergänzung von Biofaktoren sein: Einige Nahrungsbestandteile wie der Mineralstoff Magnesium und das Spurenelement Zink scheinen regulierend auf die gestörten Stoffwechselvorgänge im Gehirn zu wirken und die Symptome des Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) lindern zu können.

Die Entstehung des ADHS-Syndroms ist komplex und wirft noch viele Fragen auf. Als Ursache auf neurobiologischer Ebene geht man heute davon aus, dass bei ADHS-Patienten die Botenstoffe (Neurotransmitter) im Gehirn nicht im Gleichgewicht sind, wodurch die Reizweiterleitung und Informationsverarbeitung gestört ist. Diese krankheitsverursachenden Mechanismen bilden die Grundlage für die medika-

mentöse Therapie mit Psychopharmaka wie Methylphenidat.

Aktuellen Erkenntnissen zufolge scheint auch ein Mangel an bestimmten Biofaktoren einen Einfluss auf die Entstehung und Ausprägung des Syndroms haben zu können: Die lebenswichtigen Nahrungsbestandteile sind nicht nur für die Aufrechterhaltung aller Körperfunktionen, sondern auch für die kindliche Entwicklung und Reifung unersetzlich.

Untersuchungen zeigen, dass ADHS-Patienten oftmals Defizite an bestimmten Biofaktoren aufweisen, die für eine normale Hirnfunktion unerlässlich sind und auch einen Einfluss auf den Neurotransmitterstoffwechsel haben.

Im Stress-Teufelskreis durch Magnesium-Mangel

So ergaben Studien, in denen die Magnesium-Konzentrationen in den roten Blutkörperchen (Erythrozyten)

gemessen wurden, dass Kinder mit ADHS gegenüber Kindern ohne diese Symptome häufig deutlich erniedrigte Magnesium-Spiegel haben.

Der vor allem in Vollkornprodukten, Nüssen und Hülsenfrüchten enthaltene Mineralstoff ist an zahlreichen biochemischen Prozessen im Körper beteiligt. Ein Magnesium-Defizit kann Symptome wie Nervosität, Konzentrationsstörungen und eine erhöhte Reizbarkeit verursachen.

Seit den 1930er Jahren ist bekannt, dass heranwachsende Individuen besonders sensibel auf einen Magnesium-Mangel reagieren, unter anderem mit Entwicklungsstörungen, Übererregbarkeit und einer erhöhten Stress-Empfindlichkeit.

Stress scheint in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu spielen, da leicht ein Teufelskreis entstehen kann, in dem sich Stress-Anfälligkeit und Magnesium-Mangel gegenseitig hochschaukeln. Denn

Stress fördert wiederum Magnesium-Verluste und verstärkt somit den Mangel an dem Mineralstoff, wie umfangreiche Studien unter anderem von Prof. Hans-Georg Classen, Universität Hohenheim, gezeigt haben. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass bereits ein mütterlicher Magnesium-Mangel während der Schwangerschaft die Stress-Resistenz der Nachkommen vermindern kann (Magnesium-Bulletin 1982; 4: 182-8).

Diesen Teufelskreis gilt es auch bei ADHS zu durchbrechen: Einerseits fördert ein Magnesium-Mangel die Erkrankung, während gleichzeitig auch die extreme Unruhe und Impulsivität an sich mit einer Stressbelastung für die betroffenen Kinder verbunden zu sein scheint. Darauf weist eine in der Fachzeitschrift *Psychiatry Research* (Schmidt et al., 1994; 54: 199-210) veröffentlichte Studie hin: Bei hyperaktiven Jungen verbesserte sich durch eine dreiwöchige Behandlung mit den Psychopharmaka Dextroamphetamin oder Methylphenidat nicht nur die Hyperaktivität, sondern auch die anfänglich erniedrigten Magnesium-Konzentrationen im Blut-Plasma normalisierten sich.

Magnesium lindert ADHS-Symptome

Dass Kinder mit ADHS tatsächlich von Magnesium-Gaben profitieren können, beobachtete ein französisches Forscherteam um Dr. Marianne Mousain-Bosc von der Universität Nîmes: In einer Studie mit 40 ADHS-Kindern (Magnes. Res. 2006; 19: 46-52) wurden erniedrigte Magnesium Konzentrationen in den Körperzellen der Patienten gemessen. Nachdem die Kinder über 8 Wochen Präparate mit Magnesium (6mg/kg Körpergewicht/Tag) plus Vitamin B6 (0,6mg/kg Körpergewicht/Tag) erhielten, normalisierte sich nicht nur ihr Magnesium-Status, sondern gleichzeitig besserten sich auch die Symptome des Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Syndroms. Wurde die Biofaktoren-Ergänzung unterbrochen, fiel die Magnesium-Konzentration wieder ab, und innerhalb weniger Wochen kehrten die Symptome des Syndroms zurück.

Vor diesem Hintergrund erscheint der Einsatz von Magnesium bei ADHS indiziert, allein oder in Kombination mit Psychopharmaka.

Die laborchemische Diagnose eines Magnesium-Mangels erfolgt in der Regel durch die Messung des Magnesium-Gehalts im Blutplasma. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Plasma-Spiegel im Referenzbereich einen Magnesium-Mangel nicht sicher ausschließen können. Denn 99 Prozent des Magnesiums befindet sich in den Körper-Zellen.

Eine Möglichkeit, diese intrazelluläre Magnesium-Konzentration zu erfassen, ist die Messung des Magnesium-Gehalts der Erythrozyten.

Wenn Zink fehlt, läuft viel „schief“

Die Blut-Werte von ADHS-Kindern weisen häufig auch erniedrigte Konzentrationen an Zink auf.

Das vor allem in tierischen Lebensmitteln enthaltene Spurenelement ist im menschlichen Körper Bestandteil von mehr als 300 Enzymsystemen und damit an einer Vielzahl lebenswichtiger Funktionen beteiligt. Es ist beispielsweise von besonderer Bedeutung für die frühkindliche Entwicklung, den Eiweiß-, Fett-, und Kohlenhydratstoffwechsel sowie für die Wundheilung und das Immunsystem, aber auch für das Nervensystem und den Hirnstoffwechsel. Hier nimmt Zink an vielen wichtigen biochemischen Prozessen teil.

Entsprechend schwerwiegend können die Folgen sein, wenn Zink dem Körper nicht in ausreichender Menge zur Verfügung steht. Die Symptome eines Mangels reichen von milden oder geringfügigen Beschwerden bis hin zu schwerwiegenden Erkrankungen und Entwicklungsstörungen. Zu den Erscheinungsformen eines Zinkdefizits zählen Hautveränderungen, Haarausfall, eine gestörte Wundheilung, Geruchs- und Geschmacksstörungen, frühkindliche Entwicklungsstörungen und eine erhöhte Infektanfälligkeit. Aber auch neuro-psychiatrische Störungen wie ADHS können durch Zink-Defizite begünstigt werden. Dieser Zusammenhang beruht wahrscheinlich auf der Schlüsselfunktion, die Zink bei der Bildung und Regu-

lation wichtiger Botenstoffe wie Serotonin, Melatonin und Dopamin im Gehirn hat.

Eine Placebo kontrollierte Studie türkischer Wissenschaftler mit 400 ADHS-Patienten bestätigte, dass Zink tatsächlich helfen kann: Bereits nach 4 Wochen besserten sich bei den ADHS-Patienten die Symptome wie Hyperaktivität, Impulsivität und beeinträchtigte Sozialkompetenz, wenn sie mit Zink (40 mg/ Tag) behandelt wurden (*Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 28 (2004) 181-190).

Auch wenn in der Studie eine sehr hohe Dosierung angewendet wurde, ist es – insbesondere in der Selbstmedikation – ratsam, sich am untersten Grenzwert zu orientieren, der von Fachgremien als unbedenklich und sicher angesehen wird. Dieser liegt für Kinder bei maximal 5 mg Zink pro Tag. Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, dass über die Ernährung ausreichend Zink zugeführt wird. Das lebensnotwendige Spurenelement steckt vor allem in Fleisch, Fisch, Eiern und Milch.

Biofaktoren als natürliche, gut verträgliche Therapieoption

Generell sollte die Ergänzung von Biofaktoren als natürliche und gut verträgliche Therapiemöglichkeit im Rahmen eines vielschichtigen Behandlungskonzepts nicht unberücksichtigt bleiben.

Basis jeder Biofaktoren-Behandlung ist natürlich immer eine gesunde, abwechslungsreiche Ernährung mit viel frischem Obst und Gemüse, Vollkornprodukten, Milch, hochwertigen Pflanzenölen und Fisch.

Für therapeutische Effekte ist allerdings eine zusätzliche Gabe der entsprechenden Biofaktoren in Form von Präparaten erforderlich, da nur so eine lückenlose und ausreichend hoch dosierte Versorgung des Körpers mit den bei ADHS wirksamen Biofaktoren gewährleistet werden kann.

Anmerkung zu den Kosten:

Die im nebenstehenden Artikel aufgeführte Messung des Magnesium-Gehalts der Erythrozyten ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Vollblutbestimmungen (der Erythrozyten) werden in der Regel von diversen Laboren als IGeL-Leistungen angeboten. Die Vollblutuntersuchungen kosten dort, je nachdem ob einzelne Stoffe untersucht werden oder ob ein Micronährstoffprofil erstellt wird, zwischen ca. 15 € und 80 € (red.)

Traumatisierung bei Eltern und Familien mit behinderten oder chronisch kranken Kindern

Hubertus von Voss



Prof. Dr. Dr.
Hubertus von Voss

Am Rande der Jahrestagung des Kindernetzwerkes e.V. in Aschaffenburg im Frühsommer d. J. hatte unsere 2. Vorsitzende, Karin Knudsen, Gelegenheit zu einem aufschlussreichen Gespräch mit Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hubertus von Voss, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin – Rehabilitationswesen, Vorsitzender von Kindernetzwerk e.V.. Wir freuen uns, dass Prof. von Voss in diesem Artikel sehr einfühlsam aufzeigt, wo ganz wesentlicher Handlungsbedarf besteht, um Familien mit behinderten und/oder chronisch erkrankten Kindern die Unterstützung zukommen zu lassen, die sie dringend benötigen. *red.*

Rund 2 Millionen Familien leben in Deutschland mit Kindern und Jugendlichen zusammen, bei denen eine chronische Krankheit, gar Behinderung bzw. Mehrfachbehinderung vorliegt. Alles konzentriert und fokussiert sich in solchen Familien auf die Patienten selbst. Verbunden mit chronischer Krankheit und Behinderung sind in der Regel wiederkehrende – oft sehr intensive Untersuchungen – sowie Erwartungen von Ärzten, Therapeuten und mit der Förderung dieser Patienten beauftragte Fachpersonen, Therapie- und Förderkonzepte in die Tat umzusetzen. Unser Gesundheitssystem ist mehr oder minder weiterhin phänomenologisch darauf ausgerichtet, Einzelsymptome günstig beeinflussen zu wollen. Auf diesen für die Familien mühevollen Wegstrecken erwächst die Gefahr, dass zusätzlich Familienmitglieder zunehmend traumatisiert werden. Dies betrifft besonders die direkten Bezugspersonen: Eltern und Geschwister.

In aller Regel gehen Eltern davon aus, dass mit der Geburt ihres Kindes – zumeist sind Kinder von Eltern erwünscht und ersehnt – auf sie eine glückvolle Zukunft gemeinsam mit ihrem Kind zukommt. In Fa-

milien existieren solche Erwartungen zumeist auch, vor allem bei den Großeltern.

Aus eigenen Studien wissen wir, dass die Vermittlung einer schwerwiegenden Diagnose durch behandelnde Ärzte zu einem Kind oder Jugendlichen Eltern zunächst häufig sprachlos machen. Wir können solches an ihrer sichtbaren Erstarrung in ihren Gesichtern registrieren. Auch wissen wir, dass Eltern nach der Eröffnung einer Diagnose hohen nachfolgenden Gesprächsbedarf haben. Sie erhoffen sich Zeit von Ärzten und Therapeuten. Eltern beantworten in Fragebögen zu ihrer Zufriedenheit die Frage, was sie sich besonders wünschen mit dem Hinweis, dass man Zeit haben möge für sie. Sie erwarten von Fachleuten auch eine verständliche Sprache. Eltern ahnen viel, oft mehr als die Fachleute, sie kennen die Fachsprache zur Krankheit oder Behinderung ihres Kindes zumeist nicht.

Die Vermittlung der das Kind betreffenden Diagnose löst Krisen in der Lebensplanung bei Eltern aus. Ihr Weltbild verändert sich häufig schlagartig vor allem dann, wenn sie wenig Krankheitserfahrung in der Familie sammeln konnten. Eltern solcher betroffener Kinder stellen sich die Frage, was aus ihrem Kind wird, wenn sie selbst alt geworden oder gestorben sind. Die wichtigste selbst gestellte Frage ist: „Warum uns“ und „was haben wir falsch gemacht“, oder „warum werden wir so bestraft“...etc.

Und die Geschwisterkinder erleben häufig, dass das Familiengespräch nur noch die Krankheit oder Behinderung des Patienten im Blickpunkt hat, emotionale Bedürfnisse und auch Eigenbedürfnisse ganz „alltäglicher“ Art, ausgehend vom gesunden Geschwisterkind, immer mehr in den Hintergrund treten. Dass darüber hinaus auch die Eltern ihre Partnerschaft neu erleben, ha-

ben sie die Pflicht übernommen, ihr krankes Kind zu pflegen – dies gar über 24 Stunden täglich, dies sollte dem Fachpersonal nicht verborgen bleiben. Krankheit und Behinderung blockieren vielfach Eigenbedürfnisse nach gemeinsamem Erleben, Zuwendung, Intimität und Teilhabe am gesellschaftlichen oder auch familiären Leben.

Dramatisch können sich solche Traumaprobleme dann entwickeln, wenn die Pflege des kranken oder auch behinderten Kindes Körperkraft, ständiges nächtliches Aufstehen, verbunden mit unterbrochenen Schlafphasen bei den Eltern bedeutet und solches sogar Geschwisterkinder vor allem bei engem Wohnraum betrifft. Eine ADHS erfordert bei starker Ausprägung ebenfalls oft enormen Bedarf an Betreuung und Begleitung und belastet Eltern durch nächtliche Unruhe, Einschlaf- und Schlafprobleme und eben auch durch eine mit der Erkrankung oft verbundenen „Superepubertät“.

Eine Familie kann aus dem Gleis geworfen werden ob einer chronischen Krankheit oder Behinderung bei einem Kind in der Familie.

Betrachten wir solche Belastungsreaktionen, so müssen wir feststellen, dass diese Erkenntnisse nicht neu sind. Neu könnte aber sein, dass Zeitknappheit in der ärztlichen Praxis und Klinik bei zunehmender Reduzierung vor allem des ärztlichen Personals und in der Pflege, Hetze in der Therapie und weitere Faktoren, die mit dem Zwang zu einer wirtschaftlicher Praxis- bzw. Klinikführung verbunden sind, mehr und mehr das ärztliche Gespräch zeitlich limitieren. Sie limitieren auch die Möglich-

keit der Nachfrage „und wie geht es denn Ihnen als Eltern oder den Geschwistern“. Es drängt sich der Verdacht auf, dass solche Fragen vielfach zusätzlichen Druck bei den Fragenden auslösen – ja sogar Hilflosigkeit –, da die Antworten Zeit konsumieren von einer Zeit, die bei diesem phänomenologisch auf die Symptome bei den Patienten ausgerichteten Gesundheits- und Abrechnungssystem von erbrachten Leistungen die psychosoziale Betreuung der Angehörigen nicht vorsehen. Hier liegt der „Hund begraben“, wie es der Volksmund sagt. Wir nehmen hin, dass Krankheit oder Behinderung bei Kindern und Jugendlichen Eltern zusätzlich krank machen, nicht weniger Geschwisterkinder. Zu beobachten sind dann: Schlafstörungen, Depressionen, emotionale Instabilität, Isolation von der Außenwelt, Reduzierung gesellschaftlicher Kontakte, Zäsuren bei beruflicher Zukunftsplanung, Trennung und Scheidung (Zyniker behaupten, dass Eltern, die sich in solchen Situationen trennen, oder auch voneinander scheiden wollen, auch sonst, ohne Krankheit oder Behinderung bei ihren Kindern, sich getrennt hätten), ökonomische Belastungen, fehlende Urlaubs- und Erholungszeiten, psychosomatische Beschwerden (vor allem z. B. Rückenschmerzen, Herz-Kreislaufprobleme) usw. Bei den gesunden Geschwisterkindern stellen sich Schulprobleme ein, auch Reduzierung in der „peer-group“ nach dem Motto, man kann ja nicht Freunde nach Hause einladen, wo ständig über die Krankheit der Schwester oder des Bruders gesprochen wird und alle Rücksicht zu nehmen haben. Gemeinsam zu feiern wird häufig zusätzlich reduziert. Die in Familien immer wieder notwendige Fröhlichkeit weicht sehr oft der Resignation.

Bei diesem Szenario wird vielfach vergessen, dass mit präventiven Maßnahmen, Aufklärung und Gesprächsbereitschaft Krankheit und Behinderung in Familien mit so betroffenen Kindern und Jugendlichen auch ganz anders erlebt werden könnte. Krankheit und Behinderung erweitern den Horizont des Wissens um die Lebensgefährdungen bei jedem Familienmitglied.

Das Leben gewinnt an sich an Bedeutung, Unwesentliches wird wesentlich und umgekehrt. Eltern müssen deshalb sehr schnell nach der Diagnoseeröffnung erfahren, dass für ihre Beziehung untereinander und Beziehung zu den weiteren Kindern, Familienmitgliedern Freunden – koste es, was es wolle – Zeit und Kraft investiert werden müssen. Eltern müssen erkennen dürfen, dass ihre Akkus zu Partnerschaft und Zuwendung immer wieder aufgeladen werden müssen. Aber von Nichts kommt nichts. Das chronisch kranke oder behinderte Kind profitiert nicht von erschöpften Eltern, einem isolierten Vater, einer isolierten Mutter, einem in die innere Emigration ausweichenden Geschwisterkind. Was ist zu tun? Eltern und Geschwister in Familien mit einem chronisch kranken oder mehrfach behinderten Kind benötigen ein Angebot zur Wahrnehmungsschärfung ihrer Bedürfnisse im weitesten Sinn des Wortes. Uns Fachleuten darf hier nichts entgehen. Wir müssen Zeit „opfern“ für solche Familien, wir selbst werden profitieren von den berichteten Lebenserfahrungen solcher Familien. Wir werden erleben, dass es ein Lebensziel ist, Arzt oder Therapeut nach den Regeln der Kunst zu sein. Und – wir müssen lernen zu hinterfragen, zuzuhören, nachzuspüren nach Phänomenen, die uns Risiken in den Familien anzeigen könnten.

Kurz gesagt kann unser ärztlicher, therapeutischer und heilpädagogisch-sozialpädagogischer Auftrag so beschrieben werden: Die aufsuchenden Hilfsangebote sind es, die Eltern und Familien mit solchen „Familiengeschichten“ entlasten vor allem dann, wenn alle an einem Strang ziehen. Wir müssen wegkommen vom Delegationsprinzip nach dem Motto: Die Mutter muss zum Psychotherapeuten, der Vater regelmäßig zum Stammtisch etc., dann werden beide schon entlastet werden und wir haben dann unsere Pflicht erfüllt. Dass solches im Einzelfall notwendig werden kann, wissen wir alle. Gerade die Psychotherapieangebote bei Eltern mit ADHS-Kindern müssen erweitert angeboten werden, im Übrigen auch für Ju-

gendliche, die ihre liebe Not haben, ihr ADHS zu akzeptieren, die Ausgrenzung von der „peer-group“ zu ertragen, ständig ermahnt zu werden ob „falschen“ Verhaltens, Störens in der Schule, ungebremster Impulsivität trotz medikamentöser Behandlung und einem laufenden multimodalen Behandlungskonzept. Gerade die Eltern und Jugendlichen kommen dann mit einer Verhaltenstherapie und Beratung nicht mehr zurecht. Hier geht es häufig tiefer. Psychoanalytische Therapieangebote können dann manchmal mehr als notwendig sein. Es muss jemand da sein, der „nur“ zuhört.

Das Koordinatennetz der koordinierten Verantwortung ist dem Delegationsprinzip entgegen zu setzen. Der behandelnde Kinder- und Jugendarzt ggf. mit dem Psychologen und Therapeuten – also ein Team der Helfer – müssen die Koordinatoren sein und bleiben, die bereit sind sich untereinander abzustimmen. Die hier bei dieser Thematik fokussierten Familien profitieren z. B. von

FOTO: H. KREUTZ



Helferkonferenzen vor allem dann, wenn sie, immer wieder eigene Mitsprache praktizierend, dazu ermuntert werden, mitzuwirken und mitgestalten zu können. Unsere vielfach eingeschliffenen Erwartungen, „Eltern müssen“, sind falsch. Wir haben den Auftrag, Eltern zur Eigenbetreuung und Begleitung ihrer kranken oder auch behinderten Kinder zu befähigen. Solche Visionen sollten nicht mehr als Hirngespinnste abgetan werden. Ganz im Gegenteil: Unser Ge-

Gespräche am Rande der Jahrestagung (li. stellv. Vors. Karin Knudsen, Prof. v.Voss, Mitte, re. Dietrich Schacht)

sundheitssystem muss solche Elternberatungen umfassend auch bei der Erfassung von erbrachten Leistungen würdigen und dies in Euro und Cent, so einfach ist diese Forderung; diese muss ehrlich ausgesprochen werden dürfen. Reicht es nicht aus, wenn einer in der Familie krank ist? Diese Frage muss in die öffentliche Diskussion geworfen werden dort, wo Gesundheitszyniker weiter an der Schraube der Knebelung von Helfern der Patienten meinen erfolgreich drehen zu dürfen. Hier sind z. B. gerade auch die Elternselbsthil-

fegruppen gefordert, aktiv zu werden. Jede nicht erkannte Notsituation bei Familienmitgliedern in Familien mit kranken Kindern löst eine Kostenlawine aus und was viel schlimmer ist, die Zerstörung von Familienstrukturen, die die Gemeinschaft aber nach den Vorgaben des Grundgesetzes zu schützen hat.

Vom 11. bis 14. September 2008 (Kongresszentrum Gasteig) werden Elternselbsthilfegruppen einerseits in München anlässlich der 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Ju-

gendmedizin gemeinsam mit allen kinderärztlichen Verbänden ihre Erwartungen an das Gesundheitssystem artikulieren und andererseits auch erfahren können (vor allem am 14. 9. 2008), was es bedeutet, als Kind chronisch krank oder auch behindert adolescent und damit erwachsen zu werden. ↔

Prof. Dr. Dr. Hubertus von Voss
Privatinstitut für Soziale Pädiatrie,
Jugend- und Adoleszentenmedizin –
Rehabilitationswesen,
82152 Martinsried

Kongressprogramm:
siehe Juli- Ausgabe
der Kinderärztliche
Praxis und [www.kin-
dererzte.kongress-
muenchen-2008.de](http://www.kinder-
erzte.kongress-
muenchen-2008.de)

Kindernetzwerk e.V. Aschaffenburg arbeitet vorbildlich

Karin Knudsen



Am 6. und 7. Juni d. J. fanden in Aschaffenburg die beiden wichtigsten diesjährigen Veranstaltungen des Kindernetzwerks e.V. statt: **Mitgliederversammlung** und Jahrestagung zum Thema „Potenziale und Perspektiven der (Eltern-) Selbsthilfe“. Zahlreiche Förderer bzw. Mitgliedsorganisationen nahmen teil, um grundlegende Entscheidungen zu treffen.

Neben den üblichen Regularien standen in der Mitgliederversammlung am 06.06.08 Neuwahlen des Vorstands auf der Tagesordnung, ferner die Würdigung „10 Jahre pädiatrischer Beraterkreis“ von Kindernetzwerk e.V. und ein Antrag auf Änderung des Namens und der Satzung.

Das Kindernetzwerk wird wegen des medizinischen Fortschritts zunehmend mit der Altersgruppe der älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen konfrontiert, somit kommt dem Arbeitskreis „junge Erwachsene“ mit seiner sehr engagierten Arbeit immer größere Bedeutung zu.

Da auch angedacht ist, in Kooperation mit „Achse e.V.“ (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen), die bisherige Netzwerk-Eltern-Datenbank für seltene Erkrankungen evtl. auch auf Erwachsene auszudehnen, war eine Satzungserweiterung ebenfalls empfohlen worden.

Beschlossen wurde, dass der bisherige Name „Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft e.V.“ geändert wird in „**Kindernetzwerk e.V. – für Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene mit chronischen Krankheiten und Behinderungen**“. Das Wort „(junge)“ wurde in Klammern gesetzt, um als Kindernetzwerk zwar deutlich den Fokus auf die jungen Erwachsenen auszurichten, sich aber auch darüber hinaus – z.B. für die Datenbanken – alle Optionen in Zukunft offen zu halten. Eine weise Entscheidung, denn wir wissen, dass zahlreiche Erkrankungen nicht in den Kinderschuhen stecken bleiben.

Es wurden auf der Mitgliederversammlung ferner neue Projekte und Kooperationspartner 2008 vorgestellt sowie die Arbeit und Schwerpunkte diverser Arbeitskreise. Raimund Schmid leistet als Kindernetzwerk-Geschäftsführer beeindruckende Arbeit in Zusammenarbeit mit Vorstand und Mitgliedsorganisationen.

So profitieren von der Adress-Datenbank alle Mitgliedsorganisationen, da Anfragende über die Vermittlung des Kindernetzwerkes schnell und gezielt zu Mitgliedsorganisationen gelangen, sofern zum jeweiligen Krankheitsbild Adressen vorlie-

gen. Das Kindernetzwerk bietet Erstinformationen und Krankheitsübersichten. Für alle Mitgliedsorganisationen, regionale Einrichtungen und Anlaufstellen, zahlreiche Kliniken und rd. 1.000 Einzelmitglieder fungiert das Kindernetzwerk als politische Plattform, um gemeinsam die häufig identischen oder ähnlichen Probleme, Sorgen und Nöte von Eltern mit kranken oder behinderten Kindern/Jugendlichen an die Politik und die Kostenträger herantragen zu können.

Thematische Arbeitsgruppen – von Mitgliedern oder Mitgliedsorganisationen getragen – tagen regelmäßig. Repräsentanz auf Veranstaltungen und Messen (z.B. RehaCare), und Veröffentlichungen gehören zum Standard-Programm des Kindernetzwerkes. *KINDER SPEZIAL* hat sich zu einer echten Zeitschrift entwickelt, mit der über die Einbindung in die „Kinderärztliche Praxis“ fast alle Kinder- und Jugendärzte in Deutschland erreicht werden. Eine Chance für alle Mitgliedsorganisationen, die genutzt werden sollte.

Der neue *KINDER SPEZIAL*-Newsletter, abzurufen über das Internet, erscheint künftig dreimal jährlich im Januar, Mai und September, – genau zwischen den Ausgaben der jeweils im März, Juli und November erscheinenden Zeitschrift *KINDER SPEZIAL*.

Der von der Selbsthilfe-Fördergemeinschaft der Ersatzkassen mit unterstützter Newsletter hat es in sich, und wir dürfen uns freuen, mit den o. g. Veröffentlichungen alle zwei Monate regelmäßig aktuelle Informationen des Kindernetzwerkes zu erhalten.

Besonders hervorzuheben ist die aktuell erschienene Broschüre „ADHS-Kindernetzwerk-Materialsammlung“, die in Zusammenarbeit der Autoren Dr. H.J. Landzettel, Darmstadt, und Dr. W. Herrmann, Ludwigshafen, sowie der Autorin M. Maidhof-Schmid, Kindernetzwerk e.V., Aschaffenburg, und mit finanzieller Unterstützung der DAK Unternehmen Leben in Hamburg erstellt werden konnte. Die 40-seitige Broschüre des Kindernetzwerkes informiert verständlich und aussagefähig über ADHS, gibt Hinweise über weiterführende Adressen und Online-Infos – insbesondere im Bereich der Selbsthilfe. Sie bietet damit Familien die Möglichkeit, sich zum Thema ADHS gut zu orientieren und ggf. frühzeitig richtige Wege einzuschlagen.

Bezugsadresse: www.kindernetzwerk.de, Preis: 7.00 €.

Die Jahresversammlung

am 07.06.08 warf wichtige Themen auf, wie z. B. Potenziale im Kindernetzwerk für die Selbsthilfe, welche Entlastung durch Vernetzung und Zusammenarbeit der Selbsthilfe-Vereine geschaffen werden kann und welche Angebote für Einzelmitglieder hinzukommen könnten.

Wie die Anerkennung der Eltern-Selbsthilfe erhöht werden kann, wurde in Open-Space Arbeitsgruppen zu den folgenden Themenfeldern mit dem Ziel einer besseren Anerkennungskultur in Vereinen und Verbänden sehr lebendig durch die motivierende Moderation von Herrn Dr. Kösters diskutiert:

- a) Anerkennung bei Politikern? Nur große Worte, aber kleine Taten?
- b) Anerkennung der Aktiven innerhalb ihrer Vereine, Verbände, Organisationen (durch Mitglieder, Vorstand, Geschäftsführung), Selbsthilfe in zwei Welten?

c) Anerkennung bei Förderern/ Sponsoren: Ran an die Finanz-töpfe, aber was sonst noch?

d) Anerkennung bei Ärzten/Fachleuten?/Durchbruch für die erlebte Kompetenz?

e) Perspektiven der Eltern-Selbsthilfe I: Das Ringen um den künftigen Kurs, die Professionalisierung und den Umgang mit konkurrierenden Gruppen

f) Perspektiven der Eltern-Selbsthilfe II: Wo bleibt der Nachwuchs? Wie können neue Mitglieder und Aktive gewonnen werden?

Bei der Vorstellung der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen und in der nachfolgenden Präsentation der Ergebnisse der am selben Tag parallel tagenden „Jungen Erwachsenen“ im Kindernetzwerk stellte sich u. a. immer wieder die Frage der Vernetzung von Selbsthilfeorganisationen.

Katja Krüger vom „Arbeitskreis Junge Erwachsene“ schildert uns die Aktivitäten ihrer Gruppe sehr anschaulich in einem gesonderten Bericht. Eine Initiative, die hoffentlich große Resonanz finden und damit unseren jungen Erwachsenen Wege aufzeigen wird, wie sie sich vernetzen, austauschen und Hilfe geben können – jenseits der oftmals von großer Angst und Sorge geprägten und überbehütenden „Kontrollsucht“ mancher Eltern, – ein guter Nährboden für Co-Abhängigkeiten...

Wir könnten unsere Ressourcen wesentlich stärker nutzen, wenn wir Themen, die alle Bereiche angehen, in gemeinsamen Arbeitsgruppen aufarbeiten und an die entsprechenden Stellen weiter leiten würden. Wir könnten zudem im Bereich ADHS verbands- bzw. vereinsübergreifende und -interne Informationen bündeln und ebenfalls in Arbeitsgruppen unsere Erkenntnisse und Anliegen in einen Topf werfen und abgleichen – wenn wir es denn immer noch nicht schaffen, in einem einzigen ADHS-Verband sinnvolle gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln.

Eine größere Transparenz und Zusammenarbeit zugunsten der sachlichen Auseinandersetzung mit dem

Thema ADHS steht dringend an. Wir brauchen nicht in jedem kleineren oder größeren Verein das Rad neu zu erfinden. Es gibt eine Vielzahl von Menschen, die ihr Wissen mit Herz und Verstand einbringen können und wollen. Hier darf nicht die Profilierung des jeweiligen Vereins oder der Persönlichkeit im Vordergrund stehen.

Das Kindernetzwerk zeigt in seinen vielfältigen Initiativen ein gelungenes Beispiel von Vernetzung jeglicher Art.

Für die „ADHS-Landschaft“ sehe ich nach der Tagung ein Bild vor mei-



FOTO: H. KREUTZ

nem geistigen Auge: „Alle ADHS-Verbände ziehen an einem Strang, bündeln ihre Kräfte und Ressourcen und bilden ein Netz, das sich sehen lassen kann, Sicherheit bietet und kompetent ist ...“

**Eine Vision ? –
Es kommt
d’rauf an,
was man d’raus
macht.**

Junge Erwachsene im Kindernetzwerk e.V.

Bericht des Arbeitskreises 4

Katja Krüger

Wir sind eine junge, dynamische Truppe bestehend aus jungen Erwachsenen, die an chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen leiden. Ca. dreimal jährlich treffen wir uns in verschiedenen Städten in Deutschland, um ein Wochenende lang gemeinsam zu arbeiten. Dabei steht vor allem der Austausch unter Betroffenen im Vordergrund. Wir helfen uns gegenseitig bei Problemen, denn obwohl wir alle unterschiedliche Krankheitsbilder aufweisen: Unsere Probleme (vor allem in und mit der Gesellschaft) sind sehr ähnlich. So tauschen wir uns aus über Studium, Berufsfindung, Berufsleben, Partnerschaft, Nachteilsausgleichsmöglichkeiten und viele andere Themen. Wir entwickeln Konzepte zur Selbsthilfe und präsentieren uns auf Kongressen und Veranstaltungen im Rahmen von Podiumsdiskussionen und Vorstellungen unserer Arbeit (das geschieht jedoch alles freiwillig, niemand muss sich an solchen Präsentationen beteiligen).

Mit dieser Art von Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung wollen wir die Situation für chronisch Kranke und behinderte Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland verbessern. Wir wollen darauf aufmerksam machen, dass wir selbst meist mehr über unsere Beeinträchtigung wissen als so mancher Arzt und dass man z.B. durchaus mit uns und nicht mit unseren Eltern darüber sprechen kann.

Unser nächstes Treffen findet am letzten Augustwochenende in Mainz/Wiesbaden statt und steht unter dem Motto „Austausch von Betroffenen und nicht Betroffenen“. Dazu kann jeder Bekannte oder Verwandte, die selbst nicht betroffen sind mitbringen. Des Weiteren werden wir einige uns unbekannte Leute aus der Region Mainz einladen, um auch ihre Meinungen zum Thema Integration hören zu können.

Wer mehr über uns wissen möchte oder sogar bei uns mitmachen möchte ist herzlich willkommen. Interessierte Jugendliche/Junge Erwachsene wenden sich am besten entweder direkt an mich, Katja Krüger (krueger.katja@gmx.de) oder an Maike Tiertschert (maiketietschert@web.de). Wir finden es besser, wenn junge Erwachsene sich auch bei jungen Erwachsenen melden können.



FOTOS: H. KREUTZ



Bild oben: Katja Krüger (Mitte) bei den Beratungen

Bild rechts: Der Arbeitskreis in einer Beratungspause

Gemeinsame Stellungnahme

zu Auswirkungen der Rabattverträge auf Patienten mit ADHS

- **Arbeitsgemeinschaft ADHS
der Kinder- und Jugendärzte e. V.**
- **ADHS Deutschland e. V.**
- **zentrales adhs-netz**
- **Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte**
- **Deutsche Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und
Jugendmedizin e. V.**

Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, dem sog. GKV WSG vom 1.4.08, sind Apotheken dazu verpflichtet, bei generischen Wirkstoffen nur solche Präparate an den Patienten abzugeben, für die Rabattverträge zwischen den Arzneimittelherstellern und der jeweiligen Krankenkasse bestehen. Schließt der Arzt dies nicht ausdrücklich auf dem Rezept aus, verpflichten Rabattverträge den Apotheker, dem Patienten nicht das Präparat abzugeben, das auf dem Rezept genannt ist, sondern ein Medikament mit gleichem Wirkstoff, der gleichen Darreichungsform, Dosierung und Packungsgröße von einer der Firmen, die einen Rabattvertrag mit der Krankenkasse dieses Patienten abgeschlossen haben. Diese Regelung gilt auch für Betäubungsmittel.

Was bedeutet das für Patienten mit einer ADHS?

Die medikamentöse Therapie der ADHS mit Betäubungsmitteln ist ein hochbrisantes Thema, das in der Öffentlichkeit sehr kontrovers und emotional diskutiert wird. Deshalb spricht der Arzt bei ADHS mit Patient und Eltern bei der Erläuterung der Therapie besonders intensiv über Wirkungen und Nebenwirkungen und vereinbart genaueste Rückmeldung über die Auswirkungen der Therapie. Die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema „ADHS“ sorgt für eine besondere Sensibilität der Eltern, der Betreuer aber auch der weiteren sozialen Umgebung. Wenn sich Eltern, vorurteils-

und angstbelastet wegen möglicher Nebenwirkungen, nach langen Gesprächen zu einer medikamentösen Therapie ihres Kindes mit einem Betäubungsmittel entschieden haben und der Arzt auf einem Betäubungsmittelrezept den Präparatenamen, die Stärke und die Menge des Medikamentes vermerkt und mit seinem vollen Namen unterschrieben hat, erwarten Patienten selbstverständlich, nun auch genau dieses Präparat zu erhalten.

Wenn ihnen der Apotheker dann ein anderes Präparat – nach Rabattvertrag ausgetauscht – gibt, führt diese Verunsicherung der Eltern dazu, dass die Einnahme in Frage gestellt und erneut diskutiert wird.

Wenn das Präparat schon länger verabreicht wurde, sind die Patienten nicht nur irritiert, wenn sie ein anderes Präparat als das verordnete und gewohnte erhalten, sondern auch eher geneigt, die Wirkung des neuen Präparates anders (stärker, schwächer) wahrzunehmen, berichten über vorher nicht vorhandene Nebenwirkungen und ändern deshalb die Einnahme oder setzen das Präparat ab. Dabei kann es sich um subjektiv empfundene Veränderungen handeln. Es können dem aber auch Unterschiede in der Bioverfügbarkeit oder der Galenik der Präparate zu Grunde liegen. Weiterhin problematisch ist dann; dass es bei der nächsten Verschreibung erneut zu einem Wechsel des Präparates kommen kann – wenn die Krankenkasse inzwischen mit einer anderen Firma einen neuen Rabattvertrag abgeschlossen hat.

Damit wird die Qualität der Versorgung, wie vom BMG erhofft, sicher nicht verbessert. Denn gerade bei Kindern und dazu noch psychisch kranken Kindern werden Verordnungen von den Eltern besonders kritisch betrachtet, zumal bei Medikamenten, die der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung unterliegen. Hier hat der Austausch von Präparaten unvorhersehbare und oft nachteilige Wirkung.

Die auch erhoffte Transparenz wird deutlich verschlechtert, die Bürokratie wird nicht vermindert, sondern erhöht und die Wahl- und Entscheidungsfreiheit der Ärzte und Versi-

cherten bleiben auf der Strecke.

Bei diesen sensiblen Patientengruppen führt jede Verunsicherung zu einer Verschlechterung der Wirksamkeit einer hochdifferenzierten Therapie, des Arzt-Patienten Vertrauensverhältnisses und der dauerhaften Compliance.

Nicht selten kommen auch eklatante Fehler vor, dass z.B. retardierte Produkte gegen unretardierte und verschiedene retardierte Präparate, trotz galenisch unterschiedlicher Wirkprofile, gegeneinander ausgetauscht werden.

Wenn der Arzt auf dem Rezept „aut idem“ ankreuzt und damit dem Apotheker anzeigt, dass er auf dem verordneten Präparat besteht, setzt er sich damit späteren möglichen Regressforderungen der Krankenkassen aus, weil dieses Präparat dann möglicherweise mehr kostet, als ein nach Rabattvertrag abgegebenes Präparat.

Bei einem derartig brisanten Thema wie der Verschreibung von Betäubungsmitteln bei Kindern, die in ständiger Kritik der Öffentlichkeit, der Medien und der Politik steht, ist der Austausch von Präparaten durch die Rabattverordnung besonders fatal.

Wir empfehlen Kostenträgern und Gesetzgebern dringend, die Umsetzung der Rabattverträge zumindest für Substanzen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen und die für psychisch Kranke und Kinder verordnet werden, auszusetzen, um insbesondere mögliche Folgeschäden durch Therapieunterbrechungen zu vermeiden!

Dr. Klaus Skrodzki

Vorsitzender der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Dr. Myriam Menter

Vorsitzende des ADHS Deutschland e. V.

Prof. Dr. Manfred Döpfner

Geschäftsführender Leiter
des zentralen adhs-netz

Dr. Wolfram Hartmann,

Präsident des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

Prof. Dr. Harald Bode

Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.

Juni 2008



Neues Versorgungskonzept der KBV für an ADHS erkrankte Kinder und Jugendliche

Interdisziplinäre Vernetzung und Mitwirkung von Selbsthilfeverbänden gewürdigt

pm/red. Ein neues Versorgungskonzept nach § 73c SGB V für an ADHS erkrankte Kinder und Jugendliche wurde kürzlich in Berlin von der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgestellt.

„Mit diesem Vertragsangebot lässt sich ein qualifiziertes Behandlungsprogramm für die häufigste psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen deutschlandweit verwirklichen“, erklärte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV und betonte außerdem: „Wir hoffen, dass die Krankenkassen diese Chance nutzen“. Die Umsetzung des Vertrages muss durch die Krankenkassen erfolgen, was bislang noch aussteht. Müller erläuterte besonders die gemeinsame Erarbeitung dieses neuen Versorgungskonzeptes durch die Vertragswerkstatt der KBV, den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte und die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung.

ADHS Deutschland an der Erarbeitung beteiligt

Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit würdigte diese Zusammenarbeit und verwies auf die „beispielhafte Vernetzung der Fachexperten mit entsprechenden Selbsthilfeverbänden, die es ermöglichte, das Behandlungsangebot optimal auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen.“ ADHS Deutschland, die Bundesvereinigung Aufmerksamkeitsstörung, der Bundesverband Selbstständigkeitshilfe bei Teilleistungsschwächen waren an der Erarbeitung beteiligt.

Auf einem Symposium der KBV Ende Mai in Berlin hatten die Berufs- und Selbsthilfeverbände das gemeinsam mit der KBV-Vertragswerkstatt entwickelte Konzept vorgestellt. Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie schilderten den

Versorgungsbedarf von ADHS-Erkrankten. Angehörige von Selbsthilfeverbänden zeigten die Bedeutung qualitätsgesicherter und flächendeckender Versorgung der Patienten und ihrer Familien aus Sicht der Betroffenen auf.

500.000 Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten leiden an ADHS. Damit sitzt in jedem Klassenzimmer durchschnittlich mindestens ein erkranktes Kind. ADHS-Betroffene sind häufig unkonzentriert, unruhig und leicht ablenkbar. Sie haben oft Schwierigkeiten, still sitzen zu bleiben oder die für ihre Schularbeiten notwendige Ausdauer aufzubringen.

Der neue Vertragsentwurf deckt medizinische und therapeutische Versorgungsbereiche ab. Durch die Bildung von interdisziplinären und fachübergreifenden **ADHS-Teams** soll eine zielgerichtete Koordination sowie eine qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie der Betroffenen ermöglicht und so eine Versorgung nach den neuesten wissenschaftlichen Leitlinien gewährleistet werden. Die leitlinienorientierte Diagnose und Differenzialdiagnose sollen sicherstellen, dass lediglich eindeutige Fälle behandelt werden. Von ADHS betroffene Familien profitieren von einem festen Ansprechpartner in ihrer Nähe. Eltern werden spezielle Trainings angeboten. Vorgesehen ist auch ein Patientenpass, der für die Patienten individuell aufbereitete Informationen enthält. „Unser Ziel ist es, dass die jungen Patienten zunächst ohne Medikamente behandelt werden können“, betonte Müller.

Ist eine Medikation dennoch unumgänglich, wird diese regelmäßig überprüft und angepasst. ←

Interventionstabelle für Lehrerinnen und Lehrer im Umgang mit ADS-/ADHS-Kindern im schulischen Alltag



Teil II

In dieser Ausgabe setzen wir den Abdruck der Interventionstabelle fort: In der letzten Ausgabe (Nr. 78), veröffentlichten wir:

Teil I Problembereiche

- Allgemeine Verhaltensauffälligkeiten
- Arbeitsverhalten

Teil II veröffentlichen wir – wie angekündigt – auf den folgenden Seiten:

Problembereiche

- Geringes Selbstvertrauen
- Unterrichtsgestaltung
- Lernstrategien
- Sitzordnung
- Hausaufgaben
- Schriftliche Leistungsprüfungen
- Besonderheiten von Kindern mit ADS/ADHS

Hier noch einmal einige Empfehlungen im Umgang mit der Tabelle:

Die Verhaltensauffälligkeiten können in der linken Spalte nachgeschaut werden und sind nach verschiedenen Bereichen sortiert. Rechts daneben in der gleichen Zeile befinden sich mögliche Lehrerreaktionen, Beispiele, Erklärungen sowie die wahrscheinliche Wirkung.

Die tabellarische und stichpunktartige Form des Ratgebers ist bewusst gewählt, um die Übersicht zu erleichtern. Dadurch kann es jedoch zu Wiederholungen bei den Erklärungen kommen oder manches lässt sich ohne weitere Hintergründe zum Störungsbild von ADS/ADHS nicht ohne Weiteres nachvollziehen. Ich bitte Sie, darüber hinweg zu sehen, da das Ziel zunächst ein verbesserter Umgang mit dem Kind ist.

Besonders danken möchte ich den Grundschullehrerinnen Gitta Hildebrand und Claudia Bischof für ihre Mitarbeit in Form von Kritik und Anregungen.

Viel Spaß und Erfolg beim Ausprobieren wünscht Ihnen, Ihre ADS-Lernhilfe
Cornelia Leistner.

Die Eckpunkte dieser Vertragskonzeption stehen auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung: <http://www.kbv.de/koop/8880.html> und können auch auf der Website des Zentralen ADHS-Netztes <http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/aktuelles1.php> abgerufen werden. Weitere Informationen außerdem unter: <http://www.kbv.de/themen/12098.html>.

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Geringes Selbstvertrauen				
Geringes Selbstvertrauen; niedriges Selbstwirksamkeitsgefühl, geringe Lernmotivation	Lob bei erwünschtem Verhalten (möglichst sofort!)	„Ich finde es sehr schön, dass du in dieser Stunde so gut mitgemacht hast!“	ADS Kinder müssen sich meistens länger und intensiver bemühen, bis ein Erfolg sichtbar ist. Zudem bemühen sie sich oftmals unbemerkt	Verbesserung der Lernmotivation und des Arbeitsverhaltens
	Erstellung eines Positiv-Tagebuches und allgemeiner Einsatz positiver Verstärkung	Hat die Tafel gewünscht, hatte einen kreativen Einfall, hat die Hausaufgaben alle gemacht	Aufgrund positiver Verstärkung können ADS- Kinder ihr Arbeits-verhalten stark verbessern, weil sie durch ein Lob leichter zur geforderten Anstrengung bereit sind	Deeskalation der meist negativ geprägten Beziehung sowie Verbesserung der Beziehung und des Kontaktes zum Kind
	Wertschätzender und liebevoller Kontakt	Nachfragen, wie es ihm geht und die emotionale Ebene ansprechen	ADS- Kinder sind meist sehr sensibel und spüren sehr genau, ob sie angenommen oder abgelehnt werden	Neben einer verbesserten Beziehung wird dadurch die Führung erleichtert
	Einsatz von Humor (aber das Kind nicht bloß stellen!)	Gemeinsam über einen Fehler (von beiden Seiten) lachen, ohne jemanden auszulachen	Viele ADS- Kinder sind sehr kritikempfindlich, da sie oft zu Perfektionismus und Selbstkritik neigen	Entspannung der allgemeinen Situation; dem Kind wird ein positiver Umgang mit eigenen Fehlern vermittelt

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Unterrichtsgestaltung				
Wirkt zerstreut, wenig Eigenorganisation	Klare Ordnung und Strukturen der Raumbgestaltung - Vermeidung von „äußerem Chaos“	Ordentliches Klassenzimmer, klare örtliche Einteilung, Vermeidung von zu viel Ablenkung im Raum	Viele ADS- Kinder sind von einer überreizten Umgebung stark abgelenkt	Orientierungs- und Strukturierungshilfe
	Klare Strukturen im Unterricht: Jüngere Kinder werden durch zu hohe Wahmöglichkeit im Unterricht überfordert, es sei denn man kümmert sich systematisch um sie	Freiarbeit nur unter Anleitung, Gruppenarbeit vermeiden	Kinder mit ADS/ADHS brauchen klare Grenzen und Strukturen, die ihnen helfen, sich zu orientieren	Orientierungshilfe „im Chaos“ des ADS- Kindes
	Klare Strukturen und Grenzen mit der visuellen Gestaltung	Klare (farbliche) Gestaltung der Arbeitsblätter, große Schrift, nicht zu voll	Besseres Verständnis und schnellere Auffassung, darüber hinaus lernen ADS- Kinder oftmals besser über den visuellen Kanal	Verbesserung der Wahrnehmung und damit der Aufnahmeleistung
Schlechtes Kurzzeitgedächtnis	Tagesabläufe und Unterrichtseinheiten mitteilen	Evtl. Tages- oder Wochenplanung anfertigen	ADS- Kinder beginnen oftmals mit ihren Aufgaben, ohne der Aufgabeninstruktion fertig zugehört oder sie überhaupt aufgenommen zu haben	Orientierungs- und Strukturierungshilfe
	Regelmäßige Wiederholung von Stoffeinheiten	Kurzwiederholung durch variierte didaktische Methoden	Bei nicht erfolgter Wiederholung vergessen Kinder mit ADS (und auch andere!) spätestens innerhalb einer Woche den Großteil des Stoffes	Verbesserung der Merkfähigkeit
Lernstrategien im Unterricht				
Eiselsbrücken	Gemeinsames Entwickeln von Eiselsbrücken und Merksätzen oder Zurückgreifen auf altbekannte	Bsp.: hide- hid- hidden = in der Heide verstecken; „He, she, it das 's' muss mit“	Durch das „erneute gedankliche Umwälzen“ des Lernstoffes wirken diese oftmals sehr effektiv	Verbesserung der Merkfähigkeit und Auffassungsgabe

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Sitzordnung				
Hohe Ablenkbarkeit, Impulsivität	In Stillarbeitsphasen sollten leicht ablenkbare Schüler nicht an Gruppentischen sitzen	Sitzplatz an 2er-Tischen oder am Rand	Kinder mit ADS lassen sich durch ihre geringe Eigensteuerung leicht von anderen Kindern ablenken	Verbesserung der Aufmerksamkeitsfokussierung, Verringerung sozialer Konflikte
	Banknachbar mit großer Selbststeuerung	Sitzplatz bei einem ruhigen und ausgeglichenen Nachbarn oder alleine		
Hohe Ablenkbarkeit, Impulsivität, geringe Frustrationstoleranz	Möglichst vorne und fokussiert sitzen, um nonverbal und diskret Orientierung und Ermutigung zu geben	Sitzplatz vor oder seitlich vom Lehrerpult	ADS- Kinder haben eine hohe und schnelle Ablenkbarkeit gepaart mit einer geringen Selbststeuerung	Orientierungs- und Strukturierungshilfe; Vorbildfunktion
	Reduktion der allgemeinen Reize im Raum, nicht direkt am Fenster sitzen	Sitzplatz am Pult oder am Rand, nicht in der letzten Reihe oder neben einer Spielstation		
Ablenkbarkeit			Die Kinder werden quasi „zwanghaft“ vom Vogel am Fenster o.ä. abgelenkt	Orientierungs- und Strukturierungshilfe; bessere Führungsmöglichkeit
Hausaufgaben				
Wirkt zerstreut, wenig Eigenorganisation	Hausaufgabenbesprechung und Klärung der Inhalte von Arbeiten möglichst nicht in einer Aufbruchstimmung am Ende	5- 10 Minuten vor Schluss die Hausaufgaben mitteilen, dann erst das Ende der Stunde einläuten	Am Ende oder in einer Aufbruchstimmung können Kinder mit ADS oftmals nicht mehr alles korrekt erfassen	Verbesserung der organisatorischen Fähigkeiten des Kindes und seiner Chance auf Erfüllung seiner schulischen Pflichten
	Der gesamte Unterricht ist klar strukturiert und auf das Wesentliche konzentriert sowie abwechslungsreich gestaltet	Ansprechende Aufgaben und Arbeitsblätter. Lernspiele		
			Kinder mit ADS tun sich schwer, den roten Faden bei ihren Aufgaben zu finden bzw. das Wesentliche vom Resultat sitzen sie oftmals stundenlang vor den Aufgaben, verweigern diese oder verfehlen das Thema	Erleichterung der Hausaufgaben-situation und Orientierungshilfe

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Schriftliche Leistungsüberprüfung				
Versagen bei schriftlichen Arbeiten	Individuelle Gestaltung bei Prüfungssituationen	In den Nachbarraum setzen, an einem extra Tisch setzen und vor allem für Ruhe im Klassenraum sorgen	Neben der syndrombestimmten Einschränkung bei den Leistungen in schriftlichen Arbeiten kommen Misserfolgserwartung und Prüfungsangst meist hinzu	Individuelle Leistungsfähigkeit wird gefördert, dadurch werden Erfolgserlebnisse vermehrt möglich, wodurch wiederum die Lernmotivation steigt
Versagen bei schriftlichen Arbeiten	Reduzieren von schriftlichen Arbeiten auf das Wesentliche, klar strukturierte Arbeitsblätter/ Klassenarbeitsblätter	Klare Fragestellung (keine verschachtelten Sätze) und nach Möglichkeit insgesamt reduziert	Durch ihre fehlende Fähigkeit zum systematischen Arbeiten und die eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit haben diese Kinder hier oft einen großen Nachteil	Allgemeine Verbesserung der schulischen Leistung, Steigerung der Lernmotivation, Verbesserung des Schüler- Lehrer- Kontaktes durch individuelle Wahrnehmung und Behandlung
Flüchtigkeitsfehler	Anhalten zur Aufteilung in Arbeitsschritten und zur regelmäßigen Kontrolle des eigenen Handelns	Erklärung und Einübung der systematischen Vorgehensweise (bei Textaufgaben u.ä.) im Unterricht vorher	Viele ADS- Kinder haben eine geringe Selbststeuerung und machen zudem durch ihre verringerte Konzentrationsfähigkeit schnell viele Flüchtigkeitsfehler	Verbesserung der schulischen Leistung und der allgemeinen Lernmotivation
Mangelnde Konzentrationsfähigkeit	Frühzeitige Ankündigung von Klassenarbeiten	Klassenarbeiten in 1.- 3. Stunde schreiben und möglichst ein bis zwei Wochen im Voraus ankündigen	Viele Kinder können am Tag nur ein bestimmtes Pensum an Lernstoff schaffen und benötigen darüber hinaus oftmals länger für die Hausaufgaben als andere Kinder. Des Weiteren ist die Konzentration (auch durch die eventuelle Medikation) in den ersten Stunden meist besser	Durch das frühe Ankündigen haben die Kinder die Möglichkeit jeden Tag ein bisschen zu üben, regelmäßig zu wiederholen und somit eine Chance auf bessere Noten
Geringes Selbstwertgefühl, Misserfolgserwartungen	Akzeptanz und Förderung von Kreativität, Fantasie oder sportlichen Fähigkeiten	Förderung der Gabenbereiche (oftmals in kreativen und/oder sportlichen Bereichen)	Kompensation der minderwertigen Gefühle, ausgelöst durch ihre meist schlechtere Leistung in den Hauptfächern	Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins

Besonderheiten von Kinder mit ADS/ ADHS

Verhalten des Kindes	Beispiele für Verhaltensweisen des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion
Lernen anders	ADS- Kinder lernen vor allem visuell und holistisch (d.h. sie lernen erst das Allgemeine und dann das Detail)	Lehrer sind aufgrund ihrer Begabungsstruktur meist linkshemisphärisch und haben damit einen völlig anderen Lern- und Lehrstil als rechtshemisphärische ADS- Kinder. Hilfreich ist somit für den Lernstil des Kindes, zunächst einen Überblick zu geben und dann im Detail zu arbeiten
Sind meist hypersensitiv	Viele ADS- Kinder haben bezüglich ihrer Sinne eine extreme Ausprägung (viele reagieren sehr empfindlich auf Berührungen, kratzende Pullis, Gerüche u.ä.)	Respektieren der unterschiedlichen Sinnesempfindungen
Zeigen meist einen ausgeprägten Perfektionismus und Wettbewerbsgeist	Vor allem bei Spielen, Projekten etc.	Bei richtigem Umgang mit dem ADS- Kind, können sich Lehrer diese Eigenschaft für den fachlichen Ansporn zu Nutze machen
Haben eine verzögerte (fein)-motorische Entwicklung ¹	Schlechte Handschrift, schlechter Bastler etc.	Geduldiges Arbeiten mit dem Kind (vor allem im Sport- und Kunstunterricht), evtl. den Eltern Egotherapie empfehlen
Zeigen eine herausragende Phantasie und Kreativität	Sehr phantasievolle Geschichten, ausgefallene Bilder	Würdigung der Kreativität als besondere Begabung
Zeigen bei Interesse kurzfristig enorme Wissbegierde, Begeisterung und Engagement	Völlige Begeisterung für ein Projekt am Anfang, dann aber plötzlich Desinteresse.	Beachten des Enthusiasmus, aber selber nicht enttäuscht sein, wenn dieser schlagartig in Desinteresse umschwenkt.
Sind ausgesprochen hilfsbereit und mitfühlend	Liebevolles Kümern um ein verletztes Tier, einen traurigen Mitschüler o.ä.	Beachten der positiven Seiten des Sozialverhaltens, als Ausgleich für Situationen, in denen das Kind impulsiv überreagierte

¹ Dies wirkt auf den ersten Blick widersprüchlich zu den meist ausgeprägten Begabungen im sportlichen oder künstlerischen Bereich. Jedoch zeigt sich auch bei ADS- Kindern eine große Bandbreite unterschiedlicher Erscheinungsformen und verschiedener Begabungen.

1. ADHS Infobörse Duisburg – Eigentlich, alles doch halb so schlimm...

Thomas Dereser

„Eigentlich hätte ja alles ganz anders werden sollen. Eigentlich war ja alles viel besser geplant. Eigentlich sollten viel mehr Leute hier sein. Eigentlich weiß ich überhaupt nicht was ich was ich hier tue. Eigentlich...“ Meine Gedanken kreisen nur noch um dieses eine ziemlich abstrakte Wort, „eigentlich“ – Was heißt das eigentlich?

Ich stehe am Rednerpult in der Aula der Gesamtschule Duisburg-Mitte und sollte eigentlich in ein paar Sekunden die 1.ADHS-Infobörse Duisburg eröffnen und mir ist eigentlich speiübel. Nichts, aber auch eigentlich gar nichts hat heute Morgen so geklappt wie ich es mir vorgestellt habe. Warum eigentlich schicke ich die Leute nicht einfach wieder nach Hause?

„Tut mir leid, liebe Leute – aber eigentlich habe ich viel mehr Besucher erwartet. Eigentlich sollte der Oberbürgermeister die Veranstaltung eröffnen, der hat aber am Mittwoch absagen lassen und eigentlich sollte eine Vertretung für ihn kommen, die aber auch nicht da ist. Eigentlich sollten auch viel mehr Helfer da sein, die beim Aufbau helfen sollten, mich aber leider schon beim letzten Vorbereitungstreffen versetzt hatten. Eigentlich funktioniert die Maus an meinem Laptop nicht, und meine Präsentation ist ein einziges Chaos. Eigentlich habe ich kaum geschlafen, meine Laune ist auf dem absoluten Tiefpunkt und eigentlich habe ich überhaupt keine Lust mehr.“

Eigentlich habe ich genau diese Worte im Kopf und doch höre ich mich etwas ganz anderes sagen:

Mit ein wenig zittriger Stimme, ziemlich aufgeregt und doch mit einer gewissen Gelassenheit spule ich meine „Eröffnungspräsentation“ herunter. Merkwürdigerweise funktioniert nun die kabellose Maus an meinem Laptop, so dass die Präsentationsfolien in der richtigen Reihenfolge und ohne Verzögerung auf der großen Leinwand über mir

erscheinen. Eigentlich läuft es doch ganz gut...

Am Schluss des Vortrages überwältigen mich meine Emotionen dann doch noch. Ich übergebe meiner Frau, die mich in vergangenen Wochen von meiner übelsten ADHS-Seite erleben musste, einen Blumenstrauß, um mich bei ihr für die Hilfe und Unterstützung zu bedanken. Dabei laufen mir die Tränen übers Gesicht, meine Stimme versagt und ich zittere am ganzen Leib. Während wir uns umarmen, braust Applaus auf. Laut rufe ich ins Publikum: „Bitte gebt mir 5 Minuten“ und laufe aus der Aula. Einen kurzen Moment später finde ich mich bei den Helfern in der Getränkeausgabe wieder, verlange nach einem Glas Wasser und einem Handtuch. Ich stürze das Wasser hinunter, wische mir den Schweiß vom Gesicht, atme ein paar Mal tief durch und laufe wieder in die Aula. Als wäre nichts gewesen, mache ich im Programm weiter und halte meinen nächsten Vortrag. Eigentlich ist alles doch halb so schlimm...

Eigentlich läuft jetzt fast alles wie von selbst, die Referenten erscheinen pünktlich, es kommen immer noch Besucher, hier und da ein paar Abstimmungs- und Koordinationsprobleme, aber es läuft. Ich kündi-

ge die Referenten und ihre jeweiligen Vorträge an, unterhalte mich mit den Gästen, überreiche Infobroschüren und Flyer, bin eigentlich überall und nirgends. Eigentlich bin ich richtig gut gelaunt.

Die vielen Kleinigkeiten, die nicht so perfekt laufen, wie ich es mir vorgestellt und geplant hatte, sind zwar ärgerlich und schon ein wenig nervend, aber eigentlich bekommt es keiner so richtig mit.

Der Nachmittag kommt schneller als erwartet und so langsam frage ich mich doch, warum so wenig Besucher da sind. Vor allem die Vorträge, die ich auf Wunsch unseres Kooperationspartners – dem Referat für schulische Bildung der Stadt Duisburg (Bildungsholding) – ins Programm genommen habe, sind nur sehr mäßig besucht. Warum ist kaum ein Lehrer, kaum eine Lehrerin hier? Was ist aus den über 3000 Flyern und Plakaten geworden, welche an alle Duisburger Schulen, Bildungs- und Jugendeinrichtungen verteilt wurden? Offensichtlich haben die Ihre Wirkung verfehlt. Eigentlich hätten wir uns die Arbeit und die Kosten dafür sparen können...

Dennoch – unsere Gäste sind begeistert. Viele loben die Organisation, die Auswahl der Vortragsthe-



FOTO: TH. DERESER

„Die Üblichen Verdächtigen“ um Olaf Herzog (im weißen Hemd) und Walter Beerwerth (rechts auf der Mauer) nach ihrem fantastischen Auftritt.

men und bedanken sich bei mir für die viele Arbeit und unser Engagement. Auch die Referenten bestätigen mir, es wäre wirklich eine gelungene Veranstaltung und so wenig Besucher wären es doch gar nicht. Ich sollte doch eigentlich zufrieden sein. Schließlich wäre es die erste Veranstaltung unserer SHG und so etwas müsse sich auch erst einmal etablieren. Eigentlich haben sie Recht.

Am Abend dann, der erste Tag ist überstanden, sitze ich zusammen mit Christine und Walter Beerwerth, Peter Pannenbäcker, Dr. Winkler und einigen Helfern in einem Duisburger Brauhaus und wir lassen den Abend bei rustikalem Essen und dem ein oder anderen Bierchen ausklingen. Eigentlich bin ich total übermüdet und erschöpft – aber irgendwie auch

gatorischen Kaffee machen meine Frau und ich uns auf den Weg zum zweiten Veranstaltungstag. Eigentlich sind wir relativ locker, wenn auch ein wenig besorgt. Schließlich findet der Rhein-Ruhr-Marathon heute statt und wir fragen uns, ob wir ohne größere Umwege zur Gesamtschule fahren können. Es klappt aber alles viel besser als erwartet und wir rüsten uns für die zweite Runde.

Der erste Eindruck nachdem wir die Schule erreicht und die weiteren Helfer und Aussteller begrüßt haben, ist: Heute bleiben wir unter uns. Spärlich, sehr spärlich treffen die ersten Besucher ein. Die meisten mussten doch größere Umwege wegen des Marathons in Kauf nehmen. Kurz nach 10:00 Uhr waren gerade mal 50-60 Besucher da. Eine kurze Beratung mit den Referenten – wir machen weiter wie geplant. Notfalls wird eben auch nur für Kleinstgruppen referiert. Doch ganz so schlimm wird es dann doch nicht. Irgendwie waren die für den Morgen geplanten Vorträge doch ganz gut besucht, auch wenn sich die wenigen Gäste in der großen Aula mit etwa 600 Plätzen, ein wenig verloren vor kamen.

Pünktlich gegen 11:00 Uhr kamen dann der Theaterpädagoge Olaf Herzog und seine „Üblichen Verdächtigen“ – eine Improtheatertruppe von 6 Jugendlichen, um mit ihrer Improshow und dem anschließenden Workshop eine mögliche „alternative Therapieform“ für ADHS vorzustellen. Ein Beitrag, auf den ich sehr gespannt war, wurde er mir doch von Walter Beerwerth wärmstens empfohlen und ans Herz gelegt. Eigentlich sollte die Truppe jetzt aufspielen, aber vor fast leeren Rängen? Das wollte ich den Jugendlichen dann doch nicht antun. Also haben wir kurzerhand unser Programm in Absprache mit den anderen Referenten geändert, den Theater-Workshop vorgezogen und angesichts des tollen Wetters nach draußen verlagert. Hierdurch konnten mehr Zuschauer für die anschließende Improshow gewonnen werden, was sowohl die „Die Üblichen Verdächtigen“ als auch das Publikum zu schätzen wusste.

Denn das, was diese Truppe da ablieferte, hätte jeder Improshow im TV durchaus Konkurrenz machen kön-

nen. Innerhalb von Sekunden hatten sie schon während des Workshops das Publikum auf ihrer Seite, sorgten für eine ausgelassene Stimmung und allgemeine Heiterkeit.

Eigentlich schon erstaunlich, mit welcher Begeisterung erwachsene Menschen sich in einem Kreis aufstellen und sich im wahrsten Sinne des Wortes „zum Affen machen“ lassen, nur weil einige sehr engagierte Jugendliche das von ihnen so verlangen. Ich bin davon überzeugt – es hat sich niemand geweigert mitzumachen, weil man der Improtruppe einfach angemerkt hat, mit wie viel Spaß und Herz die jungen Leute bei der Sache waren.

Gegen Nachmittag kamen dann noch mehr Besucher zu unserer Infobörse, auch wenn es für meine Stimmung immer noch zu wenige waren. Denn eigentlich hatte ich mit mindestens der doppelten Anzahl gerechnet und auch entsprechend kalkuliert und eingekauft. Mittlerweile machte ich mir Sorgen, ob wir die Veranstaltung überhaupt finanziert bekommen...

Die beiden letzten Vorträge – von Dr. Winkler und von Dr. Decker – lockten noch einmal, jeweils ca. 120 Zuhörer in die Aula. Während dessen wurde in der Pausenhalle schon abgebaut und aufgeräumt und die ersten Referenten verabschiedeten sich bereits. Alle waren der Meinung, es wäre eine tolle Veranstaltung gewesen, mit zwar relativ wenig, dafür aber einem „qualitativ hochwertigem Publikum“, welches die Vorträge nicht einfach „konsumiert“, sondern auch mitgestaltet hätte.

Und plötzlich war ich alleine. Der Hausmeister schloss die Tür hinter mir zu, ich lud noch einige Dinge in mein Auto und zündete mir meine erste Zigarette an diesem Wochenende an, die ich nun wirklich genießen konnte. Alles war ganz ruhig. Ich war ganz ruhig. Erschöpft, müde, zweifelnd. Eigentlich wurde mir jetzt erst bewusst, was ich an diesem Wochenende geleistet habe:

Ich habe die 1. ADHS Infobörse Duisburg veranstaltet, ich habe es geschafft. Natürlich habe ich es nicht alleine geschafft, aber das meiste an der Organisation, der Planung, den Vorbereitungen, usw. habe ich doch



PHOTO: TH. DREIER

Dr. Hans Heiner Decker bei seinem Vortrag über Stimulantien „Teufelszeug oder Himmelsgabe?“, der viele Vorurteile und Bedenken gegen die Stimulantien auf eindrucksvolle Weise zerstreuen konnte.

glücklich und ja – warum eigentlich nicht – ich bin stolz auf mich.

Ich freue mich, endlich so gegen 23:00 Uhr in mein Bett zu kommen, stelle noch meinen Wecker und versuche zu entspannen. Noch während ich darüber nachdenke – wie das eigentlich geht, bin ich eingeschlafen.

Der Sonntagmorgen lacht mir mit Sonne entgegen und bereits um 8:00 Uhr ist es schon über 20 Grad warm. Nach einer Dusche und dem obli-

nicht aus der Hand gegeben – ich habe ADHS und es fällt mir einfach immer noch schwer, mich auf andere zu verlassen. Eigentlich ein Fehler, aber eigentlich war es gar nicht so schwer und so viel Arbeit war es nun auch wieder nicht...

Gut, manche Dinge hätte ich anders machen können, vieles besser. Aber es war ein Erfolg!

Grob geschätzt kamen an den beiden Tagen insgesamt etwa 350 Menschen zu uns. Eigentlich ein respektables Ergebnis, wenn man bedenkt, das an diesem Wochenende sehr viele andere Veranstaltungen in Duisburg und der näheren Umgebung stattgefunden haben: Der „Tag der Begegnung“ in Xanten, der Rhein-Ruhr-Marathon, zahlreiche Pfarr- und Gemeindefeste, Schützenfeste, Abschluss der „Duisburger Akzente“ – einem internationalen Kunst und Kulturfestival –, usw. usw.

Eigentlich sollte die Anzahl der Besucher doch gar keine Rolle spielen! All jene, denen wir mit unserer Infobörse direkt oder indirekt helfen konnten, stellen einen Erfolg dar. Einen Erfolg, der sich nicht in Zahlen oder in Einnahmen ausdrücken lässt. Eigentlich kann man den Erfolg einer solchen Veranstaltung gar nicht messen. Man kann und sollte sich eigentlich nur an dem Gefühl erfreuen, etwas sehr wichtiges erreicht zu haben und sei es nur, ein klein wenig mehr Wissen um uns und die ADHS verbreitet zu haben. Und eigentlich war es doch genau das, warum ich mir dieses Wochenende „angetan“ habe...

Wieder einmal hat sich meine Umdeutung des Kürzels ADHS für mich bewahrheitet:

ADHS = Alles doch halb so schlimm. Eigentlich...

Ich möchte mich hiermit noch einmal recht herzlich bei allen Referenten und Ausstellern bedanken. Einen besonderen Dank verdient Diana Künne für ihren sehr gut sortierten Büchertisch und die umfangreiche und kompetente Literaturberatung der Besucher. Selbstverständlich und nicht zuletzt gilt mein Dank all jenen, die vor und hinter den Kulissen tätig waren und mit ihrer Hilfe wesentlich zum Gelingen unserer Infobörse beigetragen haben! ←

Europas psychische Gesundheit im Blickpunkt

Detlev Boeing

Am 13. Juni 2008 fand in Brüssel erstmals auf EU-Ebene eine hochrangige Konferenz von Politikern, Praktikern und Patienten statt, um gemeinsame Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit zu diskutieren. Sowohl **ADHS Deutschland e.V.** (mit Detlev Boeing) und **ADHD Europe** (mit Joanne Norris) waren auf der Konferenz vertreten. Die Teilnehmer verabschiedeten einen „Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlergehen“. Der Pakt, welcher von der Europäischen Kommission in Zusammenarbeit mit der slowenischen Ratspräsidentschaft und dem Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation auf den Weg gebracht wurde, ruft zum partnerschaftlichen Handeln aller Beteiligten und Betroffenen auf. Eines der Ziele ist, die mit psychischen Erkrankungen verbundene Tabuisierung und Stigmatisierung zu überwinden. In 5 Hauptbereichen sollen Erkenntnisse und Projekte mit Modellcharakter aus der gesamten EU ausgetauscht und gemeinsame Empfehlungen entwickelt werden:

- Prävention von Selbsttötung und Depression
- psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung
- psychische Gesundheit am Arbeitsplatz
- psychische Gesundheit bei älteren Menschen
- Bekämpfung von Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung

Konsensuspapier zur psychischen Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung

Im Vorfeld der Konferenz war in Zusammenarbeit mit einzelstaatlichen Ministerien, Experten aus der Praxis, Wissenschaftlern und Betroffenen aus verschiedenen Bereichen für jedes Gebiet ein sog. **Konsensuspapier** erarbeitet worden. Darin sind jeweils die zurzeit vorliegenden Daten, die politischen Strategien und

der Stand der Dinge enthalten. Die Durchführung des Pakts sowie eine Reihe thematischer Konferenzen, die für die kommenden 2-3 Jahre geplant sind, werden sich auf diese Papiere stützen.

Aus unserer Sicht ist besonders das Konsensuspapier zur psychischen Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung hervorzuheben. Darin wird nicht nur umfassend die allgemeine Situation der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Europa geschildert. Es werden auch bewährte Initiativen mit Modellcharakter für ganz Europa vorgestellt, darunter das seinerzeit von Prof. Dr. Döpfner und Kollegen initiierte deutsche **zentrale ADHS-Netz**. Ziel dieses mit Unterstützung des deutschen Gesundheitsministeriums und unter Beteiligung von Patientenverbänden, u.a. ADHS Deutschland e.V., seit 2 Jahren laufenden Projektes ist die interdisziplinäre nationale und internationale Vernetzung der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge für ADHS-Betroffene. Damit werden unsere jahrelangen Bemühungen um einen multidisziplinären, pragmatischen und ideologiefreien Ansatz bei Diagnose und Behandlung von ADHS auch auf europäischer Ebene ausdrücklich anerkannt.

Hintergrund

Die Konferenz und der Pakt folgen auf die Anhörung zum Grünbuch über psychische Gesundheit, das die Kommission im Herbst 2005 vorgelegt hat. Aus mehr als 230 schriftlichen Beiträgen (auch von ADHS Deutschland iG), einer Entschließung des Europäischen Parlaments und einer Reihe von Konsultationsgesprächen ging nachdrückliche Unterstützung für verstärkte EU-Bemühungen hervor, mit denen die psychische Gesundheit als Priorität stärker in den Blickpunkt gerückt und Möglichkeiten zum Austausch und zur Zusammenarbeit bei der gemeinsamen Bewältigung dieser Problematik geschaffen werden sollen.



*Website zur Konferenz über psychische Gesundheit sowie Links zum Pakt und zu den Konsensuspapieren:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_de.htm*

Diagnostik und Einstellung medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten gehört in Experten-Hand

AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg richtet Appell an den Bundesverband

Frank Häusler

Margit Tütje-Schlicker, Leiterin der Selbsthilfegruppe Sassenburg, sprach kürzlich ein brisantes Thema an: ADHS (Neu-)Diagnostizierte und deren anfangs unzureichende Betreuung. Abgehakt als Einzelfälle? Keineswegs! Noch immer dürften in ganz Deutschland einige Ärzte als diesbezügliche Schnelldiagnosesteller angesprochen sein. Sie müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, zumindest eine Mitschuld zu tragen. Immer dann, wenn ADHS in der Öffentlichkeit den Stempel Modekrankheit erhält und darüber hinaus die Medikation häufig in Verruf gerät.

trifft mittlerweile neben dem regelmäßigen Ein-Monats-Treff noch ein weiteres Mal im Monat zusammen. In dieser Betroffenenrunde konnte sie sicher sein, dass diese von Ärzten betreut werden, die den Patienten überdurchschnittlich helfen. „Was geschieht“, wollte die Sassenburgerin aber wissen, „wenn etwa die Mutter eines frisch diagnostizierten ADHS-Kindes nicht nur mit der Diagnose, sondern auch mit den verschriebenen Medikamenten offenbar völlig im Regen stehen gelassen wird?“ Anscheinend kommt das häufiger vor. Erst während des letzten, offenen Gruppenabends, in Sassenburg immer am ersten Montag eines Monats, sei dieser Fall von einer Hilfe suchenden und zugleich besorgten Mutter angesprochen worden. „Das ist“, so die Leiterin dieser im Kreis Gifhorn (Niedersachsen) ansässigen Selbsthilfegruppe, „bei uns eine immer wiederkehrende Situation.“ Mütter von Kindern mit einem frisch diagnostizierten ADHS fühlen sich von Ärzten schlichtweg allein gelassen. Anscheinend fließen wichtige Informationen an die Eltern oft erst bei einem Selbsthilfegruppenbesuch. Sie erfahren erstmals wie die Diagnostik, gemäß den Leitlinien der Kinder- und Jugendärzte, üblicherweise verlaufen sollte. Manche Eltern möchten wissen, ob eine

Blutuntersuchung dazu gehört oder was ein EEG mit ADHS zu tun hat. Erschreckenderweise beziehen sich die meisten Fragen auf die richtige Dosierung der Medikation. Offensichtlich fehlt demzufolge eine wichtige fachkompetente Begleitung für Neu-Diagnostizierte.

„Fast jeden Monat erhalten wir in ähnlichen Fällen Anfragen, die im Grunde gar nicht von uns als Selbsthilfegruppe beantwortet werden dürfen“, stellte Margit Tütje-Schlicker fest. Eigene Erfahrung wird freilich ausgetauscht, um den Betroffenen wenigstens Möglichkeiten aufzuzeigen – stets mit dem Hinweis die behandelnden Ärzte erneut zu kontaktieren. Später aufkommende Fragen oder Unsicherheiten, davon sind die „Fortgeschrittenen“ des ADHS-Gesprächskreises aus Sassenburg überzeugt, kann eine Selbsthilfegruppe gut begleiten. Aber die Diagnostik und insbesondere die Einstellung der medikamentösen Behandlung gehört in die Hände eines Arztes mit entsprechenden Kenntnissen. „Meinen Appell richte ich deshalb auch an ADHS Deutschland“, sagte Margit Tütje-Schlicker, „der sich als Bundesverband verstärkt dafür einsetzen sollte, dass Eltern und natürlich auch betroffene Erwachsene die Beratung und Begleitung bekommen, die sie bitter nötig haben.“



FOTO: PRIVAT

Margit Tütje-Schlicker,
Leiterin der SHG
Sassenburg

Gezielt erörterte Margit Tütje-Schlicker diese Thematik in einem engeren Kreis, ausschließlich mit den SHG-Fortgeschrittenen. Denn die vor über sechs Jahren gegründete Sassenburger Selbsthilfegruppe

ADHS Deutschland e.V. bundesweit unterwegs.

Mit Erfahrung betreute das Ehepaar Jänicke im April unseren Infostand auf der 2. ADHS-Messe in Neubrandenburg.



FOTO: V. LEIF

Symposium – Mitgliederversammlung – Gruppenleiterfortbildung

am 12./13. April 2008 in Friedrichsdorf/Ts.

Sabine Nicolei

Zahlreiche von weit her angereiste Besucher wurden am Freitagabend in Köppern/Friedrichsdorf mit Regen empfangen – kein schlechtes Omen, denn Organisation, Ablauf und Ergebnis unserer Tagung waren sehr erfreulich und optimal gelungen! Vorab ein Dank an alle für Arbeit, Einsatz, Empathie und gute Laune! Auf diese Weise zeigte ADHS – höchst sympathisch – nur positive Effekte! Der Vorstand des ADHS Deutschland traf sich zu einer **Vorstands-sitzung** und tagte bis Mitternacht. Das **Symposium** am Samstag lockte mit hochkarätigen Referenten und war entsprechend gut besucht. Dr. Astrid Neuy-Bartmann (Aschaffenburg) sprach zum Thema ADHS im Erwachsenenalter, einem häufig unerkannten und unterschätzten Krankheitsbild. Ein Schmunzeln ging durch die Reihen der Besucher, als Dr. Neuy-Bartmann ihr Diagnostikschema erläutert. Eine ihrer Fragen an Patienten lautet z. B.: „Wie fahren Sie Auto und wie fühlt sich ihr Partner dabei?“ Hier erhält sie oft ganz typische Antworten, die zeigen, dass es für die von innerer Unruhe getriebenen Menschen mit ADHS nie schnell genug gehen kann und dass sie sich bei Tempo 200 entspannt fühlen, ganz im Gegensatz zu ihren Beifahrern. Auch der äußere Zustand der Schulzeugnisse, die ihre Patienten vorlegen, sei aussagekräftig, nicht nur deren Inhalt. Ergänzt wurde der Vortrag durch einige Kurzfilme zum HB-Männchen, das in typischer ADHS-Manier agiert. Mittlerweile weiß man, dass Nikotin ein Dopamin-Wiederaufnahmehemmer ist, der ähnliche Wirkung wie Methylphenidat hat. Der wissenschaftliche Nachweis dazu wurde von Dr. Johanna Krause geführt. Es ist interessant, dass diese Form der Selbstmedikation schon in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts so treffend beobachtet wurde, zu einer Zeit, als es die Di-

agnose ADHS noch gar nicht gab. Am Rednerpodium folgte Prof. Gerhard W. Lauth mit einem Vortrag über Diagnostik und Training bei Erwachsenen mit ADHS. Es ist zunächst großes Augenmerk auf die Motivation und das Durchhaltevermögen der Betroffenen zu legen, bevor die eigentliche Arbeit beginnen kann. In sogenannten Tandems motivieren sich die Betroffenen gegenseitig und lernen voneinander. Zu Beginn, während und am Ende des Trainings werden Daten erhoben, um den Erfolg zu dokumentieren. Prof. Lauth berichtete, dass die Patienten schon bei der dritten Sitzung einen ent-

und Straffälligkeit den Zusammenhang von Aufmerksamkeitsstörungen und dissozialem Verhalten auf. Am Nachmittag folgte die **Mitgliederversammlung** des ADHS Deutschland e. V. Nach den üblichen Regularien wie Feststellung der Beschlussfähigkeit, Tagesordnung usw., berichteten Schatzmeisterin und Kassenprüfer. Die Schatzmeisterin, Karin-Gisela Seegers, wurde einstimmig entlassen. Aus dem Tätigkeitsbericht hier einige Stichworte:

- eine Bundesgeschäftsstelle und eine weitere angegliederte Geschäftsstelle mit insgesamt 5 Mit-



Foto: D. Böding

spannteren und gelösteren Eindruck machen, als beim ersten Treffen. Da sich bis zur Mittagspause auch die Sonne herausgewagt hatte, sah man draußen nicht nur die Raucher an der frischen Luft. Mit einem Vortrag über Kommunikations- und Selbstwert-Training für Heranwachsende mit ADHS, den Cordula Neuhäusler hielt, ging es weiter. Gespickt mit lustigen Karikaturen legte sie in rasantem Tempo ihre Folien auf und bewies wieder einmal, dass mit Humor vieles leichter zu bewältigen ist. Nach der Kaffeepause zeigte Dr. Tobias Müller-Monning, Soziologe und Gefängnisseelsorger in der JVA Butzbach, mit Blick auf ADHS

arbeiterinnen (Teilzeitkräfte)

- Telefonberatungsnetz mit 34 professionell geschulten ehrenamtlichen Mitarbeitenden
- 295 Selbsthilfegruppen und Kontaktpersonen
- Vereinszeitschrift *neue AKZENTE* mit drei Ausgaben pro Jahr in einer Auflage von 4000 Exemplaren
- unser Verlagsprogramm/Bücher-shop
- mehr als 133.000 Besucher auf unseren Webseiten im vergangenen Jahr 2007

Neuwahlen standen an, und die zwölf in der *neue AKZENTE* bereits vorgestellten Kandidatinnen und

Kandidaten stellten sich zur Wahl. Es wurde schriftlich gewählt. Während der Auszählung berichtete Dr. Myriam Menter von weiteren Highlights in den vergangenen und kommenden Monaten. Zur **Gruppenleiterfortbildung** mit Symposium am 18./19. Oktober 2008 in Hirschaid/Forchheim gelang es, Sari Solden, Autorin der „Chaosprinzessin“ zur Teilnahme zu gewinnen. Ferner findet im Herbst in Hanno-

ver ein großes Symposium statt, das gemeinsam mit der Tourette-Gesellschaft, der Gesellschaft für Zwangserkrankungen und der Medizinischen Hochschule Hannover veranstaltet wird. Geplant ist auch die Entwicklung von Coaching- und Therapiemodulen für Erwachsene. Die Projektleiterinnen, Dr. Astrid Neuy-Bartmann und Karin Knudsen werden hierzu bis zum Jahresende

ße Verwirrung bei allen Beteiligten; die Gesetzeslage ist noch unklar. Ebenfalls beklagt wurde, dass viele Ärzte, die sich mit ADHS auskennen, nur noch Privatpatienten behandeln. Dr. Skrodzki erläuterte, dass hier ein Zusammenhang mit neuen Abrechnungsmodalitäten besteht und dass die AG ADHS aktiv geworden ist, um zu erreichen, dass die Bezahlung der ärztlichen Leistung dem tatsächlichen Aufwand angepasst wird. Die Auszählung der Wahlzettel, die naturgemäß etwas gedauert hatte, ergab keine Überraschung: Alle Kandidatinnen und Kandidaten wurden mit großer Mehrheit gewählt und nahmen die Wahl an.



FOTOS: D. BOEING

Cordula Neuhaus bei ihrem temperament- und humorvollen Vortrag über Kommunikations- und Selbstwerttraining für ADHS-Heranzwachsende

Der neue Vorstand:

- Dr. Myriam Menter -
1. Vorsitzende
- Karin Knudsen -
2. Vorsitzende
- Karin-Gisela Seegers -
Schatzmeisterin
- Hartmut Gartzke -
Schriftführer
- Detlev Boeing -
Beisitzer (europäische Kontakte)
- Herta Bürschgens -
Beisitzerin (neue AKZENTE)
- Dr. Astrid Neuy-Bartmann -
Beisitzerin (Erwachsenen-ADHS)
- Sabine Nicoletti -
Beisitzerin (Webredaktion)
- Carl Schell -
Beisitzer (Regionalgruppen)
- Dr. Klaus Skrodzki -
Beisitzer (Kinder und Jugendliche mit ADHS und Lobbyarbeit)
- Dr. Johannes Streif -
Beisitzer (Öffentlichkeitsarbeit)
- Reinhard Wissing -
Beisitzer (juristische Angelegenheiten)



Bild oben: Der neue wissenschaftl. Beirat traf sich zur ersten Sitzung mit dem neuen Bundesvorstand

erste Ergebnisse präsentieren. In Brüssel wurde am Wochenende zuvor der Dachverband „ADHD Europe“ gegründet; Vorsitzende ist Dr. Menter.

Die nächste **Mitgliederversammlung** wird am 25./26. April 2009 im Großraum Chemnitz stattfinden. Es blieb Zeit für Fragen der Mitglieder. Brennendstes Thema der Anwesenden war die Kostenübernahme von Methylphenidat durch die Krankenkassen. Zur Zeit gibt es gro-



Bild rechts: Der Vorstand bedankt sich bei den regionalen Helfern für die gute Vorbereitung der Veranstaltungen vor Ort. (v.l.: Dr. Skrodzki, Regina Schubert, Ilona Christen – Renate Meyer nicht im Bild)

Am nächsten Morgen machten sich noch einige Teilnehmer auf den Weg zur Besichtigung der Saalburg; die Mehrzahl nahm an der Fortbildung für Gruppenleiterinnen und -leiter teil. Der Vorstand traf sich zur konstituierenden **Sitzung mit dem wissenschaftlichen Beirat**, in der sich eine lebendige und konstruktive Erörterung der aktuellen Themen entfachte – ein durchaus positives Zeichen für die künftige Zusammenarbeit. ↵

Balance finden zwischen Kreativität und strukturierter Arbeit

Eindrücke von der Jahresveranstaltung des ADHS-Deutschland e.V. in Friedrichsdorf

Nun weiß ich es. Was? Na, was Hypie-sein ist! Ich bin so glücklich, dass ich mit Methylphenidat therapiert werde. Nachdem ich beim „Hypietreff“ in Friedrichsdorf gesehen habe, wie sich untherapierte Hyper- und Hypoaktivität äußern und wie befremdlich, ja teils abstoßend dies auf die Mitmenschen wirken kann, bin ich glücklich das Ritardando des Ritalin® zu kennen. Das Ausmaß der Störung wurde mir noch nie so bewusst wie an jenem Wochenende in Friedrichsdorf.

Doch jetzt erst einmal der Reihe nach: Als ich zum vereinbarten Treffpunkt kam, war ein Großteil der Teilnehmer bereits im großen Saal und der Vortrag sollte gleich beginnen. Ich setzte mich auf einen freien Stuhl. „Jetzt kommt wieder dieser Dr. N. N., der macht immer so lange Sätze. Die kapiert doch kein Mensch“, meckerte meine Nachbarin. Ich staunte nicht schlecht über diese (vorlaute) Äußerung. Klar, die Aufmerksamkeitsspanne von untherapierten Hypies reicht manchmal nicht vom Anfang eines Satzes bis zu dessen Ende. Der Vortrag begann. Thema: Hyperaktivität und ihre Auswirkungen auf den Alltag. Ein Thema, das ich nur zu gut kannte. Zumindest die meisten Punkte, die aufgezählt wurden, hatte ich schon am eigenen Leib erfahren. Offensichtlich stand ich mit diesen Erfahrungen nicht alleine; um mich herum zustimmend nickende Köpfe.

AD(H)S. Auf der einen Seite ein Syndrom mit negativen Auswirkungen auf das Sozialverhalten und durch ständigen Frust von klein auf auch auf die Psyche des/der Betroffenen, auf anderer Seite grenzenlose Kreativität und die Gabe, die unkonventionellsten Ideen zu bekommen und diese durch die bekannte gesteigerte Begeisterungsfähigkeit oft auch zu realisieren. Und genau aus diesem Grund, dem Hochgefühl des Ideenüberflusses und dem genialen

Feeling der eigenen ungebremsten Vitalität verweigern sich manche ADHSlerInnen ihrer eigenen Therapie. Durchaus um den Preis, der gesellschaftlich erwarteten Anpasstheit nicht gerecht zu werden. Der Kontakt zu den Konferenzbesuchern war für mich außerordentlich lehrreich. Ich fand mich, den Hypie-Exoten, plötzlich, nach 16 Jahren im sauerländischen Städtchen Medebach, mitten in einem Haufen erwachsener AD(H)SlerInnen wieder. Viele waren, wie ich, mit Methylphenidat therapiert, viele unterließen absichtlich ihre Therapie. „Mit Methylphenidat ist das Leben viel zu langweilig!“ stellt Marlies M. wie selbstverständlich fest. Ich konnte die vielen Facetten, Ausprägungen und Varianten der Störung beobachten wie in einem Theater. Stark beeindruckt haben mich zum Beispiel meine erste Begegnung mit einem waschechten „Hypo“, der beim Sprechen fast einschief, der unauffaltssame Redefluss eines „Hypies“, der sich zu allem Überfluss in „bahnbrechenden“ politischen Theorien erging, die Schwarz-Weiß-Denkweise, aber

auch die ehrliche Freude und das, wenn auch manchmal übertriebene, aber stets herzliche Lachen vieler Mitbetroffener. Dennoch bin ich seitdem froh, dass ich (vielleicht auf Grund meiner Therapie) die meisten beschriebenen und erlebten Auswirkungen der Störung nicht so eklatant erlebe wie viele bereits erwachsene Leidensgefährten/Leidensgefährte. So wurde mir bei diesem Treffen zum ersten Mal in meinem Leben wirklich klar, was für einen Segen dieses chemische Molekül Methylphenidat für mich und die Menschen in meinem direkten Umfeld bedeutet. Ohne die Therapie mit diesem genialen Pharmakon hätte ich niemals die Möglichkeit gehabt, meine Begabungen zielgerichtet zu leben und die Balance zwischen überschießender Kreativität und strukturierter Erarbeitung und Fertigstellen zu finden.

Diese Verbandsveranstaltung war für mich ein Erlebnis, für das ich noch jetzt sehr dankbar bin. ←

Max Hundelshausen
www.maximedes.de



FOTO: PRIVAT

Max Hundelshausen und Cordula Neuhaus im Gespräch

*Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend, Dr. Ursula von der Leyen, Schirmherrin des Kongresses*

„Wider das Stigma – ADHS, Tics und Zwänge im Spiegel von Gesellschaft und Forschung“

Sehr geehrte Damen und Herren,

„ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?“ Mit schriftstellerischem Naturtalent und dem scharfen Blick des Arztes gelang Heinrich Hoffmann Mitte des 19. Jahrhunderts in wenigen Zeilen ein genaues Porträt eines Kindes mit ADHS – der Zappelphilipp. Der ernste Ton des Vaters, dessen Ermahnungen fruchtlos bleiben, der stumme, hilflose Blick der Mutter: Neben dem Verhalten des Kindes hat Hoffmann auch gut beobachtet, welche Verunsicherung ADHS bei den Eltern auslöst. Erziehungsprinzipien und Erziehungskompetenz stehen plötzlich in Frage, die Nerven liegen blank, und am Ende geht nicht selten mehr entzwei als nur die Suppenschüssel.

150 Jahre nach der Geschichte vom Zappelphilipp wissen wir erheblich mehr über die Verbreitung von ADHS, über Symptome und den neurobiologischen Hintergrund. Wir können die Krankheit besser diagnostizieren und verfügen über Erfolg versprechende Behandlungsmethoden – mit Medikamenten ebenso wie mit psychologischen Ansätzen. Individuelle Förderung, die die Eltern mit einbezieht, und geeignete Schul- und Arbeitsplätze können für Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Betroffenen viel bewirken. Über die Ursachen von ADHS wissen wir dennoch nach wie vor (zu) wenig; auch die Langzeitfolgen der Krankheit wie ihrer Behandlung liegen in weiten Teilen noch im Dunkeln.

Deshalb habe ich sehr gern die Schirmherrschaft über eine medizinische Tagung übernommen, die Kinder- und Jugendärzten einerseits, Neurologen und Psychiatern andererseits die Gelegenheit bietet, Wissen auszutauschen, von einander zu lernen, einander zu unterstützen und zu vernetzen. Der Blick über den Tellerrand bezieht aber nicht nur verschiedene medizinische Fachrichtungen ein. Ebenso wichtig für die jungen Patientinnen und Patienten ist es, pädagogisch und psychotherapeutisch gut begleitet zu werden. Ich unterstütze auch das Anliegen dieser Tagung, professionelle Helferinnen und Helfer mit Patienten bzw. deren Selbsthilfegruppen zusammen zu bringen. Kräfte der Selbsthilfe und der gegenseitigen Hilfe haben einen nicht zu unterschätzenden Anteil daran, wie Menschen mit Krankheiten umgehen und welche Chance sie haben, eine Krankheit zu bewältigen.

Denn jeder Mensch, jedes Kind hat Stärken. Das gilt selbstverständlich auch für Menschen mit ADHS, Tics oder Zwängen. Mancher kleine Zappelphilipp ist kreativer als seine Altersgenossen und nimmt Kleinigkeiten am Rande aufmerksamer wahr. Gelingt es, diese Krankheiten insgesamt in den Griff zu bekommen, öffnen sich Möglichkeiten, auch solche Stärken gezielt zu nutzen und zu fördern. Thomas Alva Edison hielt es nur bis zum 7. Lebensjahr in der Schule aus und meldete später über 1.000 Patente an. Winston Churchill war so unruhig, dass er mehrmals in der Stunde aufstehen und um

die Schule rennen durfte. Das auffällige Krankheitsbild und die relativ große Verbreitung von ADHS laden zu Spekulationen ein: Waren Edison und Churchill, und Leonardo da Vinci ADHS-Kinder? Hatte Wolfgang Amadeus Mozart möglicherweise ein Tourette-Syndrom? Wir werden es nie wissen, und gewiss ist nicht jeder Zappelphilipp ein verkanntes Genie. Aber eines wissen wir: Winston Churchill hatte einen Menschen, der trotz seines sonderbaren Verhaltens bedingungslos an ihn glaubte und ihn unterstützte. Es war sein Kindermädchen. Bei anderen Kindern sind es die Eltern. Und alle Kinder brauchen jemand, der hinter ihnen steht, Kinder mit ADHS und Tics noch mehr als andere.

Der Glaube an die positiven Eigenschaften und an die Stärke unserer Kinder ist nicht der unwichtigste Teil eines Umgangs mit Kindern mit ADHS oder Tics, der den ganzen Menschen in den Blick nimmt – wider das Stigma vom Zappelphilipp, der sich nicht benehmen kann. Eine sichere Diagnose, wirksame und möglichst schonende Therapien sowie interdisziplinäre Beratung helfen Eltern, den Glauben an ihre Kinder nicht zu verlieren und ihnen kompetent und überzeugend im Kampf gegen die Krankheit zur Seite zu stehen. Ich wünsche Ihrer Tagung einen guten Verlauf, große Resonanz bei allen Beteiligten und neue Impulse für die weitere Arbeit.

*Mit herzlichen Grüßen
Ursula von der Leyen*

zeit zeit zeit zeit zeit
Eine Zeit liegt hinter uns, eine Zeit liegt vor uns,
nur wir haben keine Zeit.

Russische Weisheit

Wider das Stigma – ADHS, Tic und Zwang im Spiegel von Gesellschaft und Forschung“

Eine Veranstaltung der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, in Kooperation mit der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Georg-August Universität Göttingen, gemeinsam mit ADHS Deutschland e.V., der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. und der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. vom 9. bis 11. Oktober 2008.

Programm
Stand: 19.06.2008

Donnerstag, 9. Oktober 2008

- 14:00 Tagungsöffnung**
Grüßworte
- 15:00 Plenumsvorträge: Klinik und Diagnostik**
- 15:00 – 15:40 Vorsitz: Emrich
Klinik und Diagnostik der ADHS
Ohlmeier, Hannover
- 15:40 – 16:20 Klinik und Diagnostik des Tourette-Syndroms
Rothenberger, Göttingen
- 16:20 – 16:50 Pause
- 16:50 – 17:30 Vorsitz: Rothenberger
Klinik und Diagnostik der Zwangsstörung
Reinecker, Bamberg
- 17:30 – 18:20 ADHS/Tourette-Syndrom/Zwangsstörung – Unterschiede in Klinik und Diagnostik
Steinhausen, Zürich
- 18:20 – 18:30 Gesamtdiskussion
Tagesabschluss

Freitag, 10. Oktober 2008

- 09:30 Tagesbegrüßung
- 09:35 Plenumsvorträge: Ursachen**
- 09:35 – 10:15 Vorsitz: Roessner
Ursachen der ADHS
Banaschewski, Mannheim
- 10:15 – 10:55 Ursachen des Tourette-Syndroms
Münchau, Hamburg
- 10:55 – 11:30 Pause
- 11:30 – 12:10 Vorsitz: Rösler
Ursachen der Zwangsstörung
Kathmann, Berlin
- 12:10 – 13:00 Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Entstehung von Tourette-Syndrom, ADHS und Zwangsstörung
Müller-Vahl, Hannover
- 13:00 – 13:10 Gesamtdiskussion
- 13:10 – 14:30 Mittagspause
- 14:30 Symposien (S) / Workshops (W)**
(parallel)
- 14:30 – 15:30 **S1 Tourette-Syndrom und Tiefenhirnstimulation**
- ▮ Bisherige Erfahrungen mit der Tiefenhirnstimulation beim TS; Neuner, Aachen
 - ▮ Neurochirurgische und methodologische Aspekte; Capelle & Krauss, Hannover
 - ▮ Wie hat die Tiefenhirnstimulation mein Leben verändert?; Dehning, München & Patientin
- S2 Verschiedene Aspekte des Tourette-Syndroms**
- ▮ Historische Betrachtungen zu G. Gilles

- de la Tourette und zum Tourette-Syndrom; Müller, München
- ▮ Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter - Klinische Bilder und Krankheitsverständnis; Warnke, Würzburg
- ▮ Was können wir von der Forschung zum Tourette-Syndrom erwarten?; Orth, Hamburg

S3 Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- ▮ Goletz, Köln
- ▮ Roessner, Göttingen

S4 Zwang und Trauma

- ▮ Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter bei Zwangsstörungen; Fricke, Hamburg
- ▮ Behandlungsempfehlungen bei Zwang und Traumatisierung; Tominschek, München

S5 (Differential-) Diagnose und Komorbiditäten bei ADHS

- ▮ Diagnostik im Erwachsenenalter; Rösler, Homburg/Saar
- ▮ Diagnostik im Kindes- und Jugendalter; Banaschewski, Mannheim

S6 ADHS und Psychotherapie

- ▮ Psychotherapie der ADHS; Philipsen, Freiburg
- ▮ ADHS und Verhaltenstherapie; Stritt, Hannover

- 14:30 – 16:30 **W1 Mit einer Zwangsstörung leben!**
Boekhoff, Hildesheim

W2 Empowerment in der Selbsthilfe

- Peters, Hamburg

- 15:30 – 16:30 Pause / **Posterbegehung**

- 16:30 – 17:30 **S7 Ursachen des Tourette-Syndroms**

- ▮ Kernspintomographische Veränderungen beim Tourette-Syndrom; Neuner, Aachen
- ▮ Veränderungen auf Neurotransmitterebene; Berding, Hannover
- ▮ Genetische Ursachen des Tourette-Syndroms; Stuhmann-Spangenberg, Hannover

S8 Genetische und familiäre Einflüsse auf die Zwangserkrankung

- ▮ Genetik und Familiarität von Zwängen; Grabe, Stralsund
- ▮ Elterlicher Erziehungsstil und Zwangserkrankung; Lennertz, Ruhrmann, Grabe & Wagner, Bonn / Greifswald

S9 Zwangsspektrumsstörungen

- ▮ Zwangsspektrumsstörungen im Allgemeinen und Internetsucht im Besonderen; Rufer, Zürich
- ▮ Trichotillomanie; Foltys, Jena

S10 Hilfe zur Selbsthilfe

- ▮ ADHS und Coaching; Wolff, Hannover
- ▮ „Nicht für das Leben, für die Schule lernen wir“; Streif, München

S11 Klinische Aspekte der ADHS

- ▮ Legasthenie, Dyskalkulie und ADHS; Warnke, Würzburg
- ▮ ADHS und manisch-depressive Erkrankungen; Edel, Bochum

S12 Fallstricke in der Diagnostik der ADHS

- ▮ ADHS und Asperger-Syndrom; Roy, Hannover
- ▮ XYY-Syndrom – eine wichtige ADHS-Differentialdiagnose bei großen Männern; Goossens-Merkel, Hamburg

S13 Innovative Therapieansätze bei Zwangsstörungen

- ▮ Assoziationsspaltung; Jelinek, Hamburg
- ▮ „Brainy“, „Talk to Him“ und „4-Schritte-Hörbuch“ – Mit technischen Hilfsmitteln den Zwang besiegen; Wölk, Osnabrück, Bark, Bremen & Westkamp, Rheine
- ▮ Achtsamkeit als Therapiebaustein in der multimodalen Behandlung von Zwangsstörungen – Ein Werkstattbericht; Schriefer, Kerp & Osen, Hamburg

17:30

Tagesabschluss

Samstag, 11. Oktober 2008

- 09:30 Tagesbegrüßung
- 09:35 Plenumsvorträge: Therapie**
- 09:35 – 10:15 Vorsitz: Ohlmeier
Therapie der ADHS
Krause, Ottobrunn
- 10:15 – 10:55 Therapie der Zwangsstörung
Hauke, Windach
- 10:55 – 11:30 Pause
- 11:30 – 12:10 Vorsitz: Müller-Vahl
Therapie des Tourette-Syndroms
Roessner, Göttingen
- 12:10 – 13:00 Behandlung bei Komorbidität von ADHS, Tic und Zwang
Kordon, Lübeck
- 13:00 – 13:10 Gesamtdiskussion
- 13:10 – 14:00 Mittagspause
- 14:00 Symposien (S)/Workshops (W)**
(parallel)
- 14:00 – 15:00 **S14 Experimentelle Therapien des Tourette-Syndroms**
- ▮ Neurofeedback; Gevensleben, Göttingen
 - ▮ Habit Reversal Training; Bätz, Köln
 - ▮ Immunologische Behandlungsansätze: was ergibt Sinn?; Wenzel, Hannover
- S15 Emotional aktivierende Verfahren bei der Therapie von Zwangsstörungen**
- ▮ Expositionsreaktionsmanagement; Hauke, Windach
 - ▮ Die Bedeutung von Processing nach Greenberg; Ruppert, Windach
- S16 Medikamentöse Therapie bei Zwangsstörungen**
Rufer, Zürich

S17 ADHS und Suchterkrankungen

- ADHS und Sucht; Ohlmeier, Hannover
- ADHS und Mediennutzung; te Wildt, Hannover

S18 Spezielle Aspekte der ADHS

- ADHS und psychogene Essstörungen; Winkler, Bad Bevensen
- Hilfen für das hypoaktive Kind; Simchen, Mainz

S19 Bildgebende Ursachenforschung der ADHS

- Funktionelle Bildgebung (fMRT) und ADHS; Dillo, Hannover
- Strukturelle Bildgebung bei ADHS; Peschel, Hannover
- MR-Spektroskopie bei ADHS; Colla, Berlin

14:00 – 16:00 W3 Gesprächskreis für Angehörige von Zwangserkrankten

Hartmann, Hamburg & Beckmann, Winnen

W4 Schule mit Tics oder Zwängen

Vitt, Aachen, Glasschröder, München, Boekhoff, Hildesheim & Bödeker, Herne

15:00 – 16:00 S20 Tourette-Syndrom, ADHS, Zwang – soziale Nachteile und Ausgleichsmöglichkeiten

- Kosten und Lebensqualität; Dodel, Marburg
- Wenn Krankheit zur Behinderung wird – Hinweise zu Brücken und Fallen im Sozialsystem; Blanke, Hannover

S21 Kognitive Therapie versus Konfrontationstherapie bei Zwangsstörungen – Gegensatz oder sinnvolle Ergänzung?

- Die spezifische kognitive Therapie von Zwängen; Röper, München
- Die Konfrontationsbehandlung in der ambulanten Praxis; Hillebrand, Münster

S22 Das Unvollständigkeitsgefühl: Ein Erklärungsmodell für Zwänge?

- Unvollständigkeitsgefühle und Schadensvermeidung bei Zwangspatienten; Gönner, Bad Dürkheim / Mainz
- „Ich mache das nach dem Gefühl“ – Die Wichtigkeit subjektiver Faktoren bei der Beendigung einer Zwangshandlung; Wahl, Lübeck

S23 Genetik versus Geisteswissenschaft?

- Genetische Grundlagen der ADHS; Hebebrand & Friedel, Essen
- Lichtenberg und ADHS?; Laufkötter & Marth, Regensburg

S24 Rechtliche Aspekte der ADHS

- Fahrtüchtigkeit und Fahreignung bei ADHS; Strohnbeck-Kühner, Heidelberg
- ADHS und Forensik; Retz, Homburg/Saar

S25 Versorgungsangebote bei ADHS

- ADHS Therapie – fragwürdige Alternativen!; Skrodzki, Forchheim
- ADHS und Versorgung – Wunsch und Realität; Menter, Forchheim

16:00 – 17:00 Resümee & Tagungsabschluss mit Podiumsdiskussion

Telefonberatung aktuell

Ein Vierteljahr professionelle Begleitung durch startsocial - ein erster Rückblick

Gerhild Gehrmann



„Hilfe für Helfer“ – unter diesem Motto fördert startsocial seit 2001 den Wissenstransfer zwischen Wirtschaftsunternehmen und sozialen Unternehmungen. Unter der Schirmherrschaft der Bundeskanzlerin werden herausragende soziale Initiativen durch individuelle Beratung unterstützt und Netzwerke zwischen ihnen und Unternehmen geschaffen.

So gewährt startsocial ehrenamtlich tätigen Helfern professionelle (Unternehmens-) Beratungshilfe, bei der nicht die einmalige finanzielle Förderung einzelner Projekte, sondern der systematische Wissenstransfer aus der Wirtschaft und sozialen Organisationen in die soziale Projektarbeit hinein im Mittelpunkt steht. Hilfe in dieser Qualität bliebe für ehrenamtlich arbeitende Vereine und Verbände normalerweise unerreichbar, und wir freuen uns sehr, ein Beratungsstipendium erhalten zu haben.

Hierzu gehört auch ein Stipendiatentag, der Anfang März in Berlin stattfand und interessante und informative Begegnungen mit ehrenamtlichen Helfern der unterschiedlichsten Bereiche möglich machte. Auch hier zeigte sich, wie wichtig die Aufklärung über ADHS, ihre Ausprägung und Auswirkung ist, da diese Störung längst nicht ausreichend bekannt ist und entsprechend wenig ernst genommen wird.

Der Einsatz für startsocial, der insgesamt neben meinen täglichen Aufgaben in der Telefonberatung notwendig wurde, erforderte aus zeitlichen Gründen von mir höchste Disziplin und Anstrengungsbereitschaft. Außerdem standen parallel Organisation und Durchführung zweier TB-Fortbildungen an.

Treffen, telefonische Kontakte, Konferenzschaltungen und viele, viele Mails hielten uns am Thema,

aber eigenartiger Weise trotz der hohen Anforderung in immer motivierter Stimmung und einer Ausdauer, die durch ein gemeinsames Ziel bestimmt war.

Wir, das sind die startsocial-Expertin Susan Breuer, Coach Lutz Delius und ich, unterstützt von meinem Mann, der in dem durch uns fernerhin zu bearbeitenden Metier mehr und länger zu Hause ist als ich.

Unser Ziel legten wir in den ersten beiden Treffen fest. Da unser Projekt von der Jury lobend und als förderungswürdig bezeichnet und anerkannt worden war, entschlossen wir uns, an den von den Juroren vorgeschlagenen Punkten zu arbeiten, die gewährleisten sollten, für unser Telefonberatungsnetz Sicherheit und Beständigkeit zu schaffen und zu erhalten. D.h.: die Finanzierung unseres Projektes sowie Öffentlichkeitsarbeit rückten in den Vordergrund.

Viele Überlegungen brachten uns zu der Überzeugung, dass es sinnvoll sei, die Finanzen innerhalb unseres Verbandes zentral zu regeln und somit aus der Verantwortlichkeit der Projektleitung Telefonberatung zu nehmen. Das bedeutet natürlich eine große Entlastung und setzt Kräfte frei, die dem Bereich Öffentlichkeitsarbeit zugute kommen. Und hier war jetzt die Frage, wie machen wir uns bekannter, wie machen wir außerhalb unserer Zeitschrift *neue AKZENTE* und außerhalb unserer Homepage Eltern, Selbstbetroffene und alle im weitesten Sinne Angehörigen auf unsere bundesweite Beratungstätigkeit aufmerksam?

Unsere Entscheidung ging u.a. dahin, mit Aufklärung für Kindertagesstätten und Grundschulen anzufangen. Eine Aktion wurde gestartet, die an 450 Kita-Träger gerichtet wurde – die Aktion Grundschule steht bevor.

Ein Anschreiben wurde entworfen, unsere Flyer mit einem Aufkleber, der auf unsere Telefonberatung aufmerksam macht, versehen, und ein Plakat sollte verfasst werden (siehe 3. Umschlagseite). Um den Inhalt dieses Plakates haben wir ernsthaft gerungen, doch für mich stand fest, es sollte ein Plakat werden, das – gerade für den Kita-Bereich – nur positive Eigenschaften kleiner ADHSler zuließ. Text und Gestaltung hatte ich im Kopf und Feinschliff erhielten meine Vorstellungen im Zusammentreffen mit unseren Hamburger Gruppenleitern in Friedrichsdorf. Eine Reihe unserer Telefonberater sind übrigens auch Gruppenleiter, eine sehr gute Kombination, so wie die Verbindung Telefonberatung/Selbsthilfegruppen einfach ideal ist und kontinuierlich ausgebaut und genutzt werden sollte.

Inzwischen ist auch ein Aufruf in einer Kita-Zeitung, die alle evangelischen Kitas und die dazugehöri-

gebenenfalls Betroffene in entsprechender Situation an uns verweist.

Eine weitere Aktion soll z.B. die Information an ausgewählte Ärzte und Therapeuten werden, die sich mit dem Thema ADHS befassen.

Natürlich ist hier eine Gelegenheit, auch den Begleitern bei dieser Aktion, Frau Breuer und Herrn Delius, unseren herzlichen Dank auszusprechen. Auch diese beiden „Helfer für Helfer“ arbeiteten für uns ehrenamtlich und verbanden sich in besonderer und beachtenswerter Weise mit dem Thema ADHS.

So weint das eine Auge und das andere lacht ...! Sicher wäre der zusätzliche Zeiteinsatz auf Dauer nicht möglich – wir möchten aber dennoch die Zeit mit unserer Expertin und unserem Coach in keinem Falle missen. Anregungen und eigene Ideen (die aus der intensiven Auseinandersetzung mit unserer Thematik entstanden) geben eine sichere Grundlage für unsere weitere Arbeit. ↵



Das Bild zeigt die neue Beratergruppe: Silvia Orth (1. v. re.), Judit Prinzessin zu Sayn-Wittgenstein (3. v. re.) und Christiane Schmüser (4. v. re.)

gen Elternhäuser in Schleswig-Holstein und Hamburg erreicht, erschienen. Das Thema ADHS ist bei vielen Erziehern ebenfalls nicht hinreichend bekannt und in diesen Bereichen durchaus zu vertiefen. Darauf hinzuweisen, für ADHS sensibler zu machen und so Verbündete zu gewinnen, sehe ich als wichtige Aufgabe an.

Es steht im Moment nicht im Vordergrund, viele Rückrufe auf unsere Unternehmungen zu erhalten, sondern es geht darum, dass man unser Telefonberatungsnetz kennt und ge-

**Wir gratulieren
Frau Gehrman
und ihrem Team
zu diesem Erfolg und
der damit verbundenen
Anerkennung
ihrer Arbeit.**

Einladung

Der Bundesverband ADHS-Deutschland e.V. unter Federführung der Landesgruppen Bayern und Baden-Württemberg lädt ein zum Symposium

„ADHS bei Frauen“

Referentinnen:

Sarif Solden,

Master of Science, LMFT

Dr. Johanna Krause,

FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie

Termin: **18. Oktober 2008**

14.00 – 17: 30 Uhr

Ort: Aula des Herder-Gymnasiums, Luitpoldstraße 1, 91301 Forchheim

Kosten:

10,00 € pro Teilnehmer

5,00 € für Mitglieder des ADHS-Deutschland e. V

Information und Anmeldung:

ADHS-Deutschland e.V.

Tel.: 091 91/70 42 61

info2@adhs-deutschland.de

Frühzeitige Anmeldung wird empfohlen, da nur ein begrenztes Platzangebot zur Verfügung steht.

Diese öffentliche Veranstaltung findet im Rahmen einer Bundesgruppenleiterschulung in Hirschaid statt.

Unsere neuen Telefonberater:

für Rheinland-Pfalz

Silvia Orth

Tel. 06502-931900

Christiane Schmüser

Tel. 06131-470694

für Hessen

Judit Prinzessin

zu Sayn-Wittgenstein

Tel. 06043-9840016

Zweite Gruppenleitertagung des ADHS Deutschland – Landesgruppe NRW

Helga Rethmann

Bei einem Bericht empfiehlt es sich, mit Ort, Zeit und Teilnehmerzahl anzufangen. Es waren am Wochenende des 7. und 8. Juni insgesamt 32 Gruppenleitungen anwesend. Der Ort, wie bewährt, das Jugendgästehaus am Münsteraner Aasee. Neben seiner Lage an der Seepromenade, wo man sich die Füße vertreten und Leute anschauen kann, wie in einem Seebad, hat es auch eine gute Küche. Über die Zeitprobleme ist schwerer zu berichten, weil ein Stau am Kameiner Kreuz den Beginn tröpfchenweise gestaltete.

Dennoch gelang es Frau Bürsch-

gens am Samstag vor dem Mittagessen die Teilnehmer zu begrüßen, in der Vorstellungsrunde der Regionalgruppen auch einen Rückblick auf die Aktivitäten im vergangenen Jahr zu werfen und einige Probleme zu besprechen. Als Schriftführer wurde Dr. Beerwerth vorgeschlagen, der bat, das im Wesentlichen mir zu überlassen, was ohne Gegenstimmen akzeptiert wurde. Die Tagesordnung wurde ohne Ergänzung oder Widerspruch akzeptiert. Dank der Tagungen in den letzten Jahren herrschte eine ideale lockere Arbeitsatmosphäre. Das war sehr angenehm und Ausweis guter Landesgruppenarbeit der letzten Jahre. Interessant ist, dass die Zahl der teilnehmenden Leitungen und Stellvertreter von Erwachsenenengruppen vor den klassischen Elterngruppen lag.

Angesprochen wurden Mitgliederwerbung und Beitritt von bisher freien Gruppen in den Verband, welche oft wegen Angst der Leiter vor einem Outing unterbliebe. Zur Sprache kamen dann die Schwierigkeiten von Leuten mit ADS, die unter dem Bild einer Psychose dekompensieren, eine wirklich hilfreiche stationäre Behandlung zu bekommen. Deutschland ist bezüglich ADS-Psychiatrie und lebenspraktischer Hilfs-

maßnahmen ein Entwicklungsland – ein Thema, welches die Gruppenleitertagung bestimmen sollte.

Nach dem Mittagessen, kam **Dr. Martin Winkler**, Psychiater in einer Reha-Klinik in Bad Bevensen, mit einem Vortrag zu ADHS und Beruf zu Wort. Er trug flott, locker und mit tiefer Einsicht in das Leben seiner Patienten vor. Einige wenige Stichworte seien hier erwähnt: Das Empfinden der Menschen mit ADS fasste Herr Dr. Winkler nach Heinrich von Kleist wie folgt zusammen: „Das Leben ist ein schweres Spiel, in dem man beständig und immer wieder eine Karte ziehen muss und nicht weiß, was Trumpf ist.“ Zu Förderprogrammen der Berufsbildungswerke nahm er kritisch Stellung, auch und gerade dann, wenn sie sich in der Papierform als ADS-gerecht darzustellen versuchten. „Je länger die Maßnahme umso schlechter die Ergebnisse.“ Das Phänomen der ab der Pubertät immer weiter abnehmenden ADS-Kernsymptomatik wurde gestreift. Dabei nimmt die Fülle und Schwere körperlicher und seelischer Begleiterkrankungen sowie sozialer Probleme mit dem Alter zu. Die Förderung von Menschen mit ADS lohne sich dennoch sehr, denn auf die Stärken

Dr. Martin Winkler



FOTOS: H. BÜRSCHGENS



Bild oben: vorne v. li.: die neue stellv. Landesgruppenleiterin Brigitte Wolf neben W. Beerwerth und der neuen RG-Leiterin Kinder- und Jugendliche in Münster. Bild rechts: Entspannt hören unsere Gruppenleitungen den Vortragenden interessiert zu

komme es an. So und nur so erkläre sich, dass ein Drittel der US-amerikanischen Millionäre ADS habe. Zum Schluss wurde als Projekt eine ADS-gerechte Abart des EMDR (eine Therapiemethode bei posttraumatischen Belastungsstörungen) vorgestellt, Arbeitstitel: „Brain-Hacking“, „EMDR“-Update“.

Als nächster Programmpunkt trat eine Impro-Theatergruppe aus Münster, „**Die Üblichen Verdächtigen**“, auf. In dieser und weiteren Gruppen aus der Jugendhilfeeinrichtung „Paul Gerhardt Haus“, kurz „PG“, sind auffallend viele Jugendliche mit ADS. Das Theater war kurzweilig und brachte mit den spontanen Ideen der „Theatersportler“ die Teilnehmer zum Lachen. Nicht nur diese, auch der Himmel lachte als bald dicke Tränen, so dass die Vorstellung vom Innenhof in den Seminarraum umziehen musste.

Nach der Vorstellung ist vor der Vorstellung

Olaf Herzog als Theaterpädagoge und Dr. Walter Beerwerth als Selbsthilflicher spielten sich anschließend in Form des Improtheaters auf der Bühne die Bälle zu: weshalb die jungen Leute mit ADS besonders gut Theater spielen, weshalb Theater für diese besonders wichtig ist, was verzögerte Reifung der Persönlichkeit bedeutet und was Theater dabei bewirken kann. Kurz und gut: „Reifungsort Theatersport!“

Mittlerweile war es 17 Uhr geworden und nun kam **Dr. Peters**, niedergelassener Psychiater und Suchtmediziner aus Jülich zu Wort. Thema des Vortrages: ADHS und Komorbiditäten. Zunächst wurden die unterschiedlichen Klassifikationen der WHO (ICD 10) und des amerikanischen Gesundheitswesens (DSM IV) gegenüber gestellt. Es ist wie vor Gericht, dort ist Recht haben und Recht bekommen nicht dasselbe. ADS haben und ADS diagnostiziert bekommen, schon aus Klassifikationsgründen ebenfalls nicht. Selbiges Spiel wiederholte er mit den üblichen Fragebögen, den „Rating Scales“ wie (Conners, Wender Utah, ADD Brown, Homburger ADS Skala f. Erw.). Das ärztliche ausführliche Gespräch bleibe angesichts der Unsicherheit ande-

rer Methoden der wichtigste Pfeiler einer Diagnostik.

Es gab dann eine Reihe praktischer Hinweise auf das Vorliegen von ADS jenseits solcher Manuale. Häufige Begleiterkrankungen wurden kurz angesprochen, dann aber kam das Abendessen in die Quere. Der Referent bot spontan an, danach weiter zu machen, was bis 21:30 Uhr gedauert hat und sehr spannend gewesen ist. Die Verschränkung unterschiedlicher Hilfsmaßnahmen am Beispiel eines Programms für an Depressionen Erkrankte als Modell, füllte einen Großteil des zweiten Vortragsteils.

Wer sich aber schon bei der Anmeldung zwischen freiem Abend und Stadtführung für letztere entschieden hatte, musste sich stattdessen auf den geführten Gang in die Altstadt machen. Das wurde wegen eines kernigen Hagelschauers spannend. Die Flucht in die Kneipe neben dem Rathaus mit 8 Sorten Bier am Hahn gestaltete sich dann doch als gelungener Abschluss eines anstrengenden Tages.

Am 8.6. um 9:30 Uhr ging es mit einer Rückschau auf das Treffen des vergangenen Jahres in Hagen und dem geprüften Kassenbericht 2007 weiter, dem die Entlastung der Landesgruppenleitung und Kassenwartin Herta Bürschgens folgte.

Eingeschoben in die vereinsgeschäftlichen Notwendigkeiten war ein Vortrag von **Ellen Greimel**, Psychologin an der Uni Aachen, über den Asperger Autismus und ADHS. Sie trug anschaulich über Autismus, insbesondere den Asperger Autismus, vor. Eine lebhafteste Diskussion entfaltete sich, weil die Diagnosekriterien gegenüber ADS wenig trennscharf sind, was sich sogar im aufwändigen Forschungsbetrieb der Uniklinik bemerkbar macht. Autismus ist zudem sehr selten. Die Diagnose „Asperger“ kann daher zur Verknennung des ADS und Unterlassung einer hilfreichen Behandlung führen, wie von Diskussionsteilnehmern aus eigener Erfahrung berichtet wurde. Trotz anderslautender Klassifizierung im ICD 10 ist die Referentin der Meinung, dass sich Autismus und ADS keineswegs ausschließen. Neurobiologisch und psychologisch gebe es eine Fülle von Über-

schneidungen. Besonders beim Autismus sei ein Defekt in der „Theory of Mind“ – also dem Wissen darum, was denkt, fühlt oder beabsichtigt ein anderer Mensch – bestimmend. Das allerdings sei auch im Bereich ADS oft ein Problem. So nahm sie konstruktiv den Faden von Dr. Winkler und auch



Dr. Rolf Peters



Ellen Greimel

den der Theaterpädagogik auf.

Nach dem Mittagessen ging es weiter mit verbandsinternen Themen auf Landes- als auch auf Bundesebene. So wurde als neue stellv. Landesgruppenleiterin Brigitte Wolf aus Gütersloh von den Anwesenden bis zur Wahl im Jahre 2009 bestellt.

Als Tagungsort für die Schulung/Versammlung der Gruppenleiter NRW im nächsten Frühjahr wurde Münster bestimmt (der gute Koch ist Wiederholungstäter).

Gut informiert machten sich die Teilnehmer nach der Kaffeepause bei strahlendem Sonnenschein auf den Heimweg.

Coaching kommt an „Hilf mir es selbst zu tun“ (Maria Montessori)

Eine arbeitsreiche Woche liegt hinter mir, und gerade schleichen sich ein paar düstere Gedanken an: „warum tust du dir das an ... pausenlos diese liebenswerten Chaoten mit Struktur, Motivation u.v.m. in Kontakt zu bringen ...“ Müde bin ich, – aber auch das darf ein Coach sein, ... wo sind meine Inseln zum Auftanken? ... Mitten in meinem kleinen „Blues“ erreicht mich der Anruf einer Klientin: „Hab’ dir ‘ne Mail geschickt“. Es ist nicht nur eine der üblichen Rückmeldungen über Erledigtes aus der „To do – Liste“. Sie schreibt „... hab gespült, meine Küche gewischt, den Finanzkram erledigt und hab’ mich einfach mal d’ran gesetzt und den angehängten Artikel für die *neue AKZENTE*. geschrieben. Liebe Grüße und danke dass du für mich da bist R.“

Ich freu’ mich über dieses spontane Danke und sehe, dass wir auf dem Weg sind. Übrigens: Auch ich lerne immer wieder von diesen Begegnungen. Packen wir’s an.

Wegbegleiter aus dem Chaos

„Kurz nach meiner Diagnose begann ich mit dem Coaching. Wenn man sein Leben lang keine vernünftigen Strukturen hatte, ist es nahezu unmöglich ohne Hilfe von außen diese zu entwickeln.“

Ein Coach mit ADS-Erfahrung kennt die besonderen Probleme.

Ich muss mich z.B. nicht dafür schämen, dass die eigene Wohnung einem Chaos gleicht. Durch die realistische Zeiteinteilung mit Hilfe eines Coachs und seines Lobs (auch für die kleinen Erfolge) kann ich mir Schritt für Schritt Strukturen aufbauen und sie festigen. Die kleinen Erfolge und die Bestätigung vom Coach geben mir Kraft und Motivation, mein Leben mittelfristig allein meistern zu können.

Und ich glaube es ist wichtig, dass diese Funktion nicht von Eltern, Partnern oder Freunden ausgefüllt wird, da ihnen manchmal das nötige Verständnis und oft auch das Know-How fehlt.

Bleiben sie in diesem Prozess außen vor, wird ein Ungleichgewicht im Beziehungsverhältnis vermieden.

So bin ich dabei, meine „Baustellen“ Stück für Stück in den Griff zu bekommen und erlange eine andere Dimension von Lebensqualität, für die es sich zu arbeiten lohnt.“

Erfahrungsbericht einer Betroffenen (27 Jahre)

ADHS
Deutschland
INTERN

neue AKZENTE

Nr. 80

erscheint Ende Dezember 2008

Der Redaktionsschluss
ist am 1. November 2008

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!

Sie möchten
noch aktueller
informiert werden?

Dann schauen Sie regelmäßig
auf unsere Bundeswebseiten
www.adhs-deutschland.de
und fordern den neuen
Bundes-Newsletter
im Mitgliederbereich an.

Initiative E.L.T. im Landkreis Oldenburg

„Leben mit Legasthenie, ADHS & Co.“ heißt eine begleitende Initiative E.L.T. (Eltern, Lehrer, Therapeuten) der diplomierten Legasthietrainerin® Edeltraud Kuhlmann, der Lehrerin Martina Janssen und der Ergotherapeutin Ulrike Berndt, die im Landkreis Oldenburg ins Leben gerufen wurde. Zu einem ersten Informationsabend, auf dem die Gründung beschlossen wurde, trafen sich Interessierte und Betroffene Anfang Juni dieses Jahres.

Im Gründungsauftrag heißt es:

„Angesichts der Problematik, die betroffene Eltern, Erzieher und Lehrkräfte im Umgang mit ADHS und verhaltensauffälligen Kindern täglich zu bewältigen haben, haben sich die Gründerinnen dieser Initiative zusammen gefunden. Es geht darum, zwischen allen Betroffenen und Fachkräften den Kontakt zum Erfahrungsaustausch herzustellen.“

Sicherlich gibt es für Viele unterschiedliche Gründe, sich dieser Initiative anzuschließen. In der Gruppe soll ausführlich über Motive, Wünsche und Hoffnungen, aber auch über Ängste und Befürchtungen gesprochen werden. Solche Beweggründe können beispielsweise sein:

- Informationen zu erhalten (durch Erfahrungsaustausch, Vorträge ...)
- Unterstützung und Verständnis bei Menschen zu finden, die dasselbe Problem aus eigener Erfahrung kennen.
- andere Menschen in der Gruppe zu unterstützen und
- die Öffentlichkeit über Probleme und Missstände zu informieren und sich für Maßnahmen zur Lösung bestimmter Probleme einzusetzen.“

Die Treffen der Initiative finden jeden ersten Montag im Monat statt.

Ansprechpartnerin: Edeltraud Kuhlmann
Tel. 04431-709 777



Legasthenie, Dyskalkulie und ADHS im Doppel- oder Trippelpack?

16. BVL-Bundeskongress vom 2.-5.10.2008

sorgt für notwendige Aufklärung

pm/red. Viele Eltern und Lehrer sind verzweifelt, weil bei einigen Schülerinnen und Schülern die schulischen Leistungen durchweg schlecht sind, obwohl das Kind sonst über eine gute Begabung verfügt. Einige Kinder zeigen massive Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben und Rechnen. Zusätzlich scheinen sie Probleme mit der Aufmerksamkeit zu haben. „Die Ursachen für diese Komorbiditäten verstehen wir bisher nur ansatzweise und die Forschung hat hier noch Einiges zu tun. Es hat sich aber in mehreren Studien gezeigt, dass Kinder mit einer Legasthenie und Dyskalkulie zusätzlich noch ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom haben können“, so Frau Prof. Karin Landerl, Entwicklungspsychologin an der Universität Tübingen. „Es ist dann eine mehrdimensionale Diagnostik notwendig, um die Ursachen genau abzuklären

und ein individuelles Therapie- und Förderkonzept für das Kind zu erstellen. Eine durch Intervention erzielte Verbesserung der Lese- und Rechtschreibleistung mag auch auf die Leistungen im Mathematikunterricht gewisse positive Einflüsse haben, z.B. bessere Bewältigung von Textaufgaben, eine generelle Verbesserung der Rechenleistungen kann allerdings nicht erwartet werden“, erklärt Prof. Landerl. Im Bereich der Dyskalkulieforschung erlangen mathematische Vorläuferfertigkeiten zunehmend an Bedeutung. Wie in der bereits weiter fortgeschrittenen Legasthenieforschung gilt es, spezifische Basisfertigkeiten zu bestimmen, die sich als relevante Vorläufer schulischer Mathematikleistungen erweisen. „Aktuelle Befunde machen deutlich, dass Kinder mit Dyskalkulie tatsächlich bereits im Kindergarten

Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen zeigen. Die Befunde sind höchst viel versprechend in Bezug auf die Früherkennung von Risikokindern für Dyskalkulie. Eltern, Erzieher und Lehrer müssen über die Risikofaktoren der verschiedenen Teilleistungsstörungen aufgeklärt sein, damit sie rechtzeitig die notwendigen Fördermaßnahmen einleiten können“, fordert Landerl.

Auf dem 16. Bundeskongress des BVL, Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., vom 2.-5.10.2008 in Berlin, werden aktuelle Forschungsergebnisse zur Legasthenie und Dyskalkulie vorgestellt. In einer Vielzahl von Symposien und Workshops wird über Früherkennung und Förderung bei Legasthenie, Dyskalkulie und ADHS referiert sowie rechtliche Rahmenbedingungen aufgezeigt. Die Themen haben für Erzieher, Lehrer, Therapeuten und Eltern einen hohen Praxisbezug. Für Eltern gibt es zusätzlich ein Elternsymposium.

Weitere Informationen und Anmeldung zum 16. Bundeskongress über die Homepage des BVL www.bvl-legasthenie.de ←

Fünf Jahre Selbsthilfegruppe ADHS Niederkassel Ein Grund zu Feiern?

Die Tatsache, dass jemand aus unseren Familien an ADHS leidet, ist bestimmt kein Grund zum Feiern. Die Tatsache, dass wir uns seit 5 Jahren unermüdlich damit beschäftigen, aufklären und informieren aber schon ...

Wir feiern auch nicht im herkömmlichen Sinne mit einer großen Party o. ä. Nein, wir gönnen uns im Herbst etwas besonders, nämlich eine Reihe interessanter Vorträge:

Den Beginn macht Dr. h. c. Hans Biegert am **19. August 2008** um 19:15 Uhr mit dem Thema:

„Keine Pillen für den Zappelphilipp? – Pro und Contra der medikamentösen Therapie“.

Es folgt ein Vortrag von Frau Dipl. Soz. Heerhorst, ihres Zeichens Audio-Therapeutin (DSB) am **2. Oktober 2008** um 20:00 Uhr zum Thema: „Die auditive Wahrnehmung und die Möglichkeiten der auditiven

Unterstützung in den Schulen.

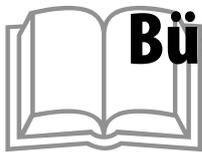
Den Abschluss unserer Vortragsreihe macht Dipl.-Päd. Detlef Träbert am **4. Dezember 2008** um 19:30 Uhr mit einem provokanten Vortrag zur *positiven Kraft der Disziplin.*

Alle Vorträge finden statt im Pfarrheim der Kath. Kirche Rheidt, Pastor-Ibach-Str. 53859 Niederkassel.

Weitere Infos gibt es bei: Uschi Amrein, Tel. 02208-7 23 83

Zweifel ist zwar kein angenehmer geistiger Zustand,
aber Gewißheit ist ein lächerlicher.

Voltaire (1694 - 1778),
französischer Philosoph



Bücher, Bücher ...

Doris Ryffel-Rawak

ADHS und Partnerschaft – eine Herausforderung

Huber, Bern 2007 – ISBN 978-3-456-84455-8 – 18,95 €

Doris Ryffel-Rawak stellt eine fiktive Patientengruppe vor, – betroffene, nicht betroffene Partner und Partnerinnen, Kinderlose und Eltern. Sie alle nehmen miteinander den Dialog auf und beleuchten einen gemeinsamen Nenner: ADHS.

Sie schildern wie diese besondere Art zu sein, die durchaus mehr oder weniger starken Krankheitswert annehmen kann, ihr Leben innerhalb der Partnerschaft prägt. Was häufig beginnt wie ein Feuerwerk der Liebe und Leidenschaft, mündet nicht selten in ein dramatisches Chaos mit zahlreichen Stolpersteinen.

Es zeichnet die Autorin aus, dass sie die realistischen Schilderungen innerhalb dieser Gruppe sehr facettenreich, voller Empathie und Sachkenntnis zu Papier bringt.

Doris Ryffel-Rawak ist anerkannte Fachfrau, wenn es um ADHS geht. Ihre bisherigen Bücher „Wir fühlen uns anders“, „ADHS bei Erwachsenen“, „ADHS bei Frauen“ haben uns in den vergangenen Jahren bereits einen umfassenden Überblick über das gefühlte Erleben von Menschen mit ADHS gegeben.

Dass ADHS in der Partnerschaft noch einmal besonderes Gewicht bekommt, zeigen uns die Erkenntnisse aus den vorgestellten Gruppensitzungen. Ob es die Impulsivität, der Umgang mit Frustrationen, auf-schiebendes Verhalten, mangelnde Zeitplanung, nicht zu Ende geführte Haushaltspflichten, mangelndes Abgrenzungsvermögen oder ein desolates Selbstwertgefühl sind – sie hinterlassen Spuren im Alltag und entwickeln sich zum Beziehungskiller.

Über eigene Gefühle, Wünsche und Erwartungen in der „Ich-Botschaft“ zu sprechen, fällt bekanntlich auch vielen Paaren schwer, die nicht von ADHS betroffen sind. Wenn sie jedoch eindeutige ADHS-Symptome mit unterschiedlichen Ausprägungen vorzuweisen haben, die extrem belastend sein können, rät die Autorin folgerichtig als Königsweg zu einer medikamentösen Behand-

lung mit einer parallel begleitenden Psychotherapie, in der emotionale Unterstützung, Wertschätzung und Respekt wichtig sind.

Die Herausforderungen im Umgang mit ADHS anzunehmen, wird belohnt mit persönlichem und gemeinsamem Wachstum, – insbesondere, wenn es in der Therapie gelingt, dass ein Paar ADHS-typische Verhaltensweisen erkennt, sich ihnen stellt und versucht im Gespräch zu bleiben und ohne Schuldzuweisungen nach Lösungen zu suchen.

Ich glaube Doris Ryffel-Rawak aufs Wort, dass sich die Arbeit mit ADHS-Betroffenen, deren Partnern und Familien lohnt. Auch wenn diese Begleitung viel Leid erkennen lässt, ist sie jedoch ebenso gekennzeichnet von zahlreichen glücklichen Augenblicken und viel versprechenden Entwicklungen innerhalb der Partnerschaften und Familien, – damit verbunden ein Plus für die nachfolgende Generation.

Die von der Autorin stammenden symbolhaften Collagen „Emotionale Labilität“, „La grande illusion“ oder „Die Suche nach dem Kick“ u.v.m. illustrieren dieses Buch auf gelungene Weise und erleichtern vielleicht manchen von ADHS betroffenen Lesenden die Lektüre, weil sie sich nicht in einer „Bleiwüste“ verlieren ...

Wer sich mit dem Thema ADHS und Partnerschaft und den damit verbundenen Herausforderungen auseinander setzen will oder muss, dem empfehle ich dieses Buch mit den spannenden Falldarstellungen, der präzise geschilderten klinischen ADHS-Symptomatik und einer klaren Ansage, dass in der Forschung noch weiterführende Arbeit zu leisten ist.

Karin Knudsen

Helga Simchen

„Verunsichert, ängstlich, aggressiv“

Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ursachen und Folgen
W. Kohlhammer Verlag, 1. Aufl., 2008

Dr. Helga Simchen, die in Mainz als Kinderärztin, -neurologin sowie als Kinder- und Jugendpsychiaterin – mit Spezialisierung auf ADS – arbei-

tet, gelingt es auch in ihrem vierten Buch wiederum, eine anspruchsvolle Thematik verständlich für alle Leserkreise aufzuarbeiten.

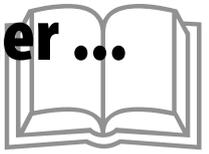
In fünfzehn Kapiteln stellt sie ausführlich und interessant die Problematik, insbesondere Ursachen, Folgen und Behandlungswege bei Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen dar.

Die Ursachen für Verhaltensstörungen sind vielschichtig, als Hauptursache nennt die Autorin eine angeborene Störung der Wahrnehmungsverarbeitung und deren Auswirkungen auf die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Sozialverhalten. Durch die veränderte Verarbeitung von Wahrnehmungen können Defizite im Leistungs- und Verhaltensbereich verursacht werden, die zu ständigen Enttäuschungen führen. Das vorwiegend erfolglose Streben nach gewünschter Veränderung beeinträchtigt das Selbstwertgefühl und das Verhalten. Dies kann zu Dauerstress mit weiteren negativen Folgen führen.

Auf der anderen Seite stehen Eltern, Geschwister Freunde, Klassenkameraden und Lehrer, die sich dieses Verhalten nicht erklären können und als gegen sich gerichtet deuten. So entsteht ein Kreislauf, der zu Aggressivität und Ängsten und über einen langen Leidensweg zum Kindheitstrauma führen kann. Angeborene Reizverarbeitungsstörungen können Kinder mit Asperger-Syndrom, ADS mit und ohne Hyperaktivität und Kinder mit fragilem X-Syndrom aufweisen.

Dr. Simchen stellt anhand von Beispielen aus der Praxis die verschiedenen Lebensabschnitte in der kindlichen Verhaltensentwicklung dar, analysiert diese und zeigt konkrete Hilfen auf.

In den letzten vier Kapiteln werden von der Autorin Therapie- und andere Handlungsansätze vorgestellt, um möglichen Folgen wie Kriminalität, Aggressivität, autoaggressive Handlungen wie Selbstverletzungen und Essstörungen zu verhindern. Sie plädiert für ein möglichst frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen schon im Kindergartenalter bzw. entsprechende Frühförderung, damit es nicht zur Entwicklung von



Verhaltensstörungen kommt.

Allgemein verständliche fachliche Informationen über die Gehirnentwicklung, die Neurobiologie des Lernens, Ursachen und Folgen von Stress und Erziehung sowie die Beziehung zwischen ADHS und Borderline-Symptomatik bei Erwachsenen runden das Buch ab.

Nur wenige Autoren schaffen es wie Dr. Helga Simchen, auf knapp 200 Seiten so viele Fachinformationen anschaulich darzustellen. Ein exzellentes Buch mit absoluter Lesempfehlung!

Dr. Myriam Menter

Katrin Hoberg

ADHS – Der praktische Ratgeber für Schule und Unterricht

Idee & Produkt Verlag – Bonn 2007

Ein praktischer Ratgeber ist dieses Buch in der Tat. Bevor die Autorin zur Praxis kommt, gibt sie jedoch einen ausführlichen und fachlich fundierten Überblick über all das was man über das Störungsbild ADHS wissen sollte. Hierbei werden die Kriterien anschaulich dargestellt, die Lehrern helfen können, das Verhalten auffälliger Schüler einzuordnen. Anschließend werden die Ursachen für ADHS umfassend und gut verständlich erklärt und zueinander in Beziehung gesetzt. Bei der Darstellung verschiedener Maßnahmen und Behand-

lungsmöglichkeiten gibt die Autorin auch der Erläuterung der medikamentösen Behandlung breiten Raum und informiert sachlich darüber.

Nach dieser umfassenden Einführung beschäftigt sich Katrin Hoberg mit der schulischen Praxis. Ausführlich stellt sie das gesamte Repertoire an Maßnahmen im Schulalltag dar. Beginnend mit grundlegenden Voraussetzungen, die der Lehrer schaffen kann, über spezifische Interventionen bis hin zu unterrichtsübergreifenden Maßnahmen werden zahlreiche konkrete Handlungsanweisungen für den schulischen Alltag ausführlich beschrieben. Dabei hilft eine übersichtliche Gliederung dem Leser, den Überblick zu behalten. In spezielle Textkästchen wird zusammengefasst, welchen Zweck die jeweilige Maßnahme verfolgt. Farblich abgesetzte Checklisten stellen nochmals kurz heraus, worauf es ankommt und helfen bei der konkreten Umsetzung. Interessant ist auch die regelmäßig auftauchende Textbox „Erfolgssicherung“, in der Antworten zu potentiellen Schwierigkeiten bei der Durchführung der jeweiligen Maßnahme gegeben werden. Hier profitiert der Leser von der praktischen Erfahrung, die bei der Umsetzung derartiger Maßnahmen bereits in einzelnen Klassenzimmern gesammelt werden konnte.

In einer Art „Erste Hilfe Katalog“ werden zum Schluss noch einmal

die wichtigsten Problembereiche mit dem ADHS-Kind benannt, die Lösungsmöglichkeiten aufgelistet und mit entsprechendem Verweis zum Nachschlagen in den vorangegangenen Kapiteln versehen. Mit der Schilderung eines Fallbeispiels endet das Buch.

Fazit:

Ein sachgerechtes, anschauliches und durchaus brauchbares Fachbuch für Lehrkräfte, die sich einen Überblick zum Thema ADHS verschaffen wollen und praktischen Rat für ihren Schullalltag suchen. Auch wenn für den versierten Leser von ADHS Literatur nicht mehr allzu viel Neuigkeiten dabei sein dürften, so ist es doch empfehlenswert. Die optische Verarbeitung und Gliederung des Textes jedenfalls hilft die Aufmerksamkeit zu bündeln und beugt damit einer raschen Ermüdung des Lesers vor.

Christiane Eich

Helga Simchens und Katrin Hobergs Bücher sind über den eShop unserer Internetseiten zu beziehen:

www.adhs-deutschland.de

Anzeige



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

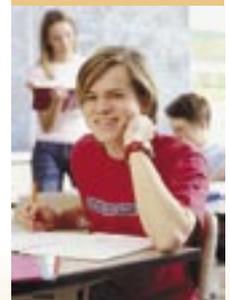
ABITUR und MITTLERE REIFE

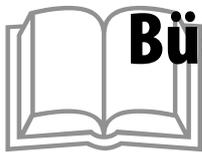
Auch bei Versetzungs- und Aufnahmeproblemen an öffentlichen Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.

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

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule

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





Bücher, Bücher ...

Detlef Träbert

Konzentrationsförderung in der Sekundarstufe I

AoI-Verlag, ISBN 10: 3865674240; 13: 978-3865674241
EUR 14,95 €

Das Buch von Detlef Träbert „Konzentrationsförderung in der Sekundarstufe I“ beinhaltet Grundlagen, Evaluation und praktische Übungen.

Es ist für LehrerInnen geschrieben und bietet vielfältige Hilfestellungen für den Umgang mit Konzentrationsstörungen und –schwächen im Unterricht.

- Über Lehrerchecklisten werden konzentrationsstörende Einflüsse im Schulalltag deutlich gemacht und Hinweise gegeben, wie Schülerarbeitsplätze optimiert werden können.
- Über Reflexionsbögen wird das Lehrerverhalten analysiert.
- Einschätzungsbögen zum Konzentrationsverhalten veranlassen Lehrer, das Verhalten der SchülerInnen genau zu beobachten.
- Lehrerarbeitsbögen geben Aufschluss über das eigene Konzentrationsverhalten – wie verhalte ich mich als Lehrer in der Klasse.
- Schülerfragebögen zeigen SchülerInnen eigene Verhaltensmuster auf.

Es geht in diesem Buch darum, Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen unsere SchülerInnen konzentriert arbeiten können.

Themen sind:

- effiziente Klassenführung
- richtiges Sitzen
- Bewegung
- Entspannung

Von der Erkenntnis ausgehend, dass „Bewegung – das Tor zum Lernen“ ist und „mit zunehmender Arbeitsdauer ohne Pause immer weniger die Kompetenzen der Schüler gemessen werden als vielmehr ihre Konzentrationsfähigkeit“, werden praktische Anregungen und Vorschläge gemacht zu:

- Bewegungsunterbrechungen
- Minutengymnastik
- Konzentrationsübungen
- Bewegtes Lernen (bewusst eingebaute Bewegungselemente in den einzelnen Fächern)

- Richtiges Sitzen im Unterricht
- Entspannungsübungen
- Hilfen bei Denkblockaden
- Konzentrationstipps
- Ein gut durchdachtes Zeitmanagement
- Elternarbeit

Diese für eine gute Konzentration notwendigen Rahmenbedingungen für SchülerInnen und LehrerInnen lassen sich durch praktische Tipps und Übungen leicht schaffen, da sie ohne großen Aufwand an Zeit, Kraft und Vorbereitung in den Unterricht einzubauen sind. Somit stellt dieses Werk ein gutes Rüstzeug für den Unterricht dar.

Für unsere SchülerInnen, aber besonders für SchülerInnen mit ADHS kann eine gute Basis geschaffen werden, um konzentrierter und stressfreier dem Unterrichtsgeschehen folgen zu können.

Durch die beschriebenen Interventionen kann meiner Meinung nach eine positive Verhaltensänderung erzielt werden.

Nicht zu vergessen, wie Herr Träbert an einer Stelle schreibt, „eine geringfügige positive Veränderung bei einzelnen Schülern beeinflusst das gesamte soziale Gefüge“.

Dieses Buch ist ein sehr pragmatisch aufgebautes Arbeitsheft für LehrerInnen, aus dem man viele Anregungen und Tipps aufgreifen und in den Unterricht integrieren kann.

Karin Nießen

Anmerkung der Redaktion:

In der letzten Ausgabe *neue AKZEN-TE* Nr. 78 druckten wir eine Rezension unserer Autorin Gerhild Drüe zum Buch: „Ratgeber ADHS. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen“ ab. Die Rezension ist zuerst im Internetportal „socialnet“ (<http://www.socialnet.de>) erschienen, einer Plattform für Fachinformationen aus Sozialwirtschaft und Nonprofit-Management. Wir bedanken uns für die von socialnet erteilte Abdruckgenehmigung.

Neue Eltern-Selbsthilfegruppe in Münster

Eine neue Eltern-Selbsthilfegruppe hat sich in Münster unter der Leitung von Doris Stumpe gegründet. Auf neuen Websites stellt sie sich vor:

<http://www.eltern-ads-muenster.de/>

„Wir sind Eltern, Mütter, Väter und Erziehungsberechtigte von Betroffenen Kindern und Jugendlichen von ADS mit und ohne äußere Hyperaktivität. Wir Eltern müssen uns innerhalb der Familie mit den oftmals heftigen Problemen der Kinder auseinandersetzen und außerhalb gegen den Vorwurf, schlecht zu erziehen kämpfen.“

Wir wollen:

- Uns austauschen, über die Probleme unserer Kinder und Familien reden und gemeinsam nach Lösungen suchen. Unsere Erfahrungen reflektieren und an andere Eltern weitergeben.
- Uns über Erkenntnisse und neue Entwicklungen zum Thema ADHS und Co. informieren.
- Hilfe leisten bei der Suche nach kompetenten Ärzten, Psychologen und anderen Hilfestellern stellen.
- Mediziner, Pädagogen und Psychologen zu Gesprächen und Vorträgen zu AD(H)S einladen.
- Sowie Verständnis für Kinder und unsere eigene Situation wecken und gemeinsam aktiv für unsere Kinder und Jugendlichen sein.“

Wir wünschen viel Erfolg.

Der Streß von heute
ist die gute alte Zeit
von übermorgen.

Unbekannt



Zeitschrift Psychotherapie 2/2008

ADHS bei Erwachsenen und Jugendlichen

Einzelheft 20,- €

Abonnement jährlich 30,- €

Erscheint zweimal jährlich zu jeweils aktuellen Themen.

Mehr unter www.cip-medien.com



CIP-Medien

Nymphenburger Str. 185 • 80634 München
Tel. 089-13079321 • Fax 089-132 133 • cipmedien@aol.com

www.cip-medien.com



Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt!

Serge K. D. Sulz

Ein psychologisches Lesebuch über menschliche Überlebensformen und individuelle Entwicklungschancen

Bibl. Nr. 10022 • 29,- €



Wieder Zuversicht gewinnen

Hans-Ulrich Dombrowski

Es ist möglich, aus dem Loch der Depression herauszukommen und Lebensfreude zu gewinnen.

Bibl. Nr. 14038 • 18,- €

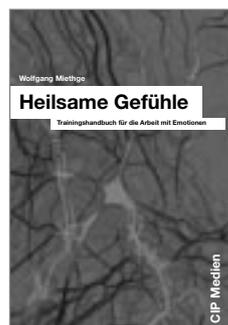


Wege zu mehr Selbstvertrauen

Hans-Ulrich Dombrowski

Hilfreiche Strategien zur Erhöhung des Selbstwertgefühls

Bibl. Nr. 14037 • 18,- €

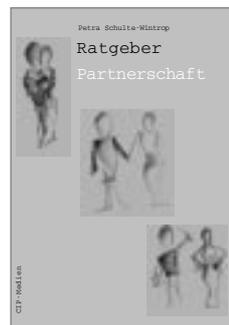


Heilsame Gefühle

Wolfgang Miethge

Trainingshandbuch für die Arbeit mit Emotionen

Bibl. Nr. 16095 • 22,- €



Ratgeber Partnerschaft

Petra Schulte-Wintrop

Lösungsstrategien, die sich in der Praxis bewährt haben.

Bibl. Nr. 16236 • 18,- €



Schmerzen überwinden

Achim Stenzel

30 Psychologische Techniken zur Schmerzkontrolle

Bibl. Nr. 16380 • 18,- €



Leserbriefe

In neue AKZENTE Nr. 78 hatten wir unsere Leserinnen und Leser gebeten, uns ihre Gedanken und Erfahrungen zum Thema ADHS und Beruf zu schreiben. In einem längeren Brief berichtet F. I. – seit einem Jahr Mitglied von ADHS Deutschland – über seine berufliche Entwicklung sowie die Probleme als ADHS-Betroffener und stellt einige Fragen im Zusammenhang mit ADHS.

Liebe Frau Bürschgens,
Wenn es um die Frage geht, welche Berufe für ADHS-Betroffene am besten geeignet sind, dann werden, wie bei anderen Personen auch, zuerst die Fähigkeiten und Begabungen des Einzelnen im Vordergrund stehen. Ferner aber sollte man auch die wichtigsten Symptome, die bei ADHS auftreten können, berücksichtigen. Das sind z. B. Schwierigkeiten mit der Organisation von Arbeitsabläufen, Schwierigkeiten, eine Sache durchzuziehen, eine Neigung zu sagen, was einem gerade in den Sinn kommt ohne die nötige Überlegung, ob es der richtige Zeitpunkt für die Bemerkung ist usw. Für den Lernerfolg ist eine medikamentöse Therapie m. E. unverzichtbar!

Wer nicht sicher ist, welches seine Fähigkeiten und Begabungen sind, sollte einschlägig bekannte Tests machen, die Klarheit schaffen können.

Ich habe vor 26 Jahren einen solchen Test gemacht.

Um sein Lernverhalten kennenzulernen, kann man einen Lerntypentest durchführen, der ebenfalls in der Fachliteratur zu finden ist. Entsprechende Bücher kann man in der Bibliothek ausleihen oder über Fernleihe bestellen und fotokopieren.

Mein schulischer und beruflicher Werdegang waren, durch mein ADHS und den Einfluss des Elternhauses auf die Berufswahl bedingt, katastrophal. Eine medikamentöse Therapie bekam ich während meiner Schul- und Ausbildungszeit nicht. Das Wort ADHS hatte ich früher nie gehört. Statt dessen sagte man zu mir, dass ich ein Spätentwickler sei. Das Lernen war eine Quälerei für mich. In meiner Grundschulzeit wurde ich auch von einer Mitschülerin öffentlich ausgeschimpft, ich sei der Dummste der ganzen Schule, weil ich im Rechnen

im Zeugnis eine 5 hatte.

Ich habe meinen Wunschberuf, der meinen Fähigkeiten, Begabungen und Interessen entsprach, ein Beruf im Fach Elektronik, Informationselektroniker, erst spät über eine berufliche Rehabilitation erlernen können. Die Ausbildung schaffte ich aber nur, weil mir damals der Hausarzt den Wirkstoff Pemolin verschrieb.

Eigenschaften: Pemolin aktiviert die Hirnfunktion bei gleichzeitiger psychischer Entspannung. Der Wachheitsgrad wird normalisiert und die Konzentrationsfähigkeit gesteigert, Versagenszustände werden behoben. Die Aktivierung erfolgt ohne Rückgriff auf die Leistungsreserven. Wirkungseintritt: innerhalb 30-45 Min. nach Einnahme. Wirkungsdauer 6-8 Std.

Nach der IHK-Prüfung bewarb ich mich auf eine ausgeschriebene Stelle als technischer Assistent beim Physikalischen Institut einer hessischen Universität. Dort habe ich nicht nur mit Elektronik, sondern auch mit Elektrotechnik, Feinmechanik, Vakuumtechnik und Chemie zu tun. In diese Bereiche habe ich mich nach und nach eingearbeitet. Manchmal häuft sich die Arbeit und ich verliere auch mal den Überblick. Da ich aber keinen Termindruck habe, wie in der freien Wirtschaft, kann ich mit meinem ADHS dort überleben. Meine Arbeit ist alles andere als monoton. Wenn ich Geräte repariere, z. B. einen alten Lecktester, der dazu benutzt wird, Lecks in Vakuumsystemen aufzuspüren und es gibt dafür keine Ersatzteile mehr, muss ich das Gerät mit ähnlichen Teilen umbauen, damit es wieder funktioniert.

Leider sind solche Arbeitsplätze, wie ich einen habe, selten geworden in Deutschland. Das hat – wie ich denke – nichts mit der Globalisierung zu tun, sondern mit der falschen, mikroökonomischen Wirtschaftspolitik unserer Regierung. Eine makroökonomische Wirtschaftspolitik wäre m. E. richtig. Unter einer falschen Wirtschaftspolitik leiden zuerst die Menschen, die gesundheitlich beeinträchtigt sind. Das wollte ich als Ergänzung noch anmerken.

Ich stelle mir durch negative Erfahrungen im meinem Umfeld folgende Fragen:

Dürfen die Eltern ihren Kindern

medizinische Hilfen verweigern und ihnen somit einen schulischen und beruflichen Misserfolg aufzwingen? Sind die Kinder grundsätzlich die Sklaven ihrer Eltern, mit denen diese umgehen können wie es ihnen beliebt? Kommt schulischer und beruflicher Misserfolg der Kinder und Jugendlichen die Gemeinschaft nicht teurer als rechtzeitige medizinische und pädagogische Hilfe?

Wieviel Leid muss es in Deutschland noch geben, bis sich diese Situation von Kindern und auch von Erwachsenen mit Lernstörungen, bedingt durch ADHS u.a. Erkrankungen, endlich verbessert?

Mit freundlichen Grüßen
F. I.

Die guten Seiten von ADHS

Die genetische Veranlagung für das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADHS könnte in der Evolutionsgeschichte des Menschen durchaus auch Vorteile für die Betroffenen gehabt haben. Darauf deuten Genests amerikanischer Forscher an ursprünglich lebenden Nomaden in Kenia hin. Menschen mit einer Genvariante, die mit dem Auftreten von ADHS in Verbindung gebracht wird, waren im Schnitt besser ernährt, beobachteten die Wissenschaftler. ADHS könnte dem Lebenswandel eines umherziehenden Nomaden, der ständig auf der Suche nach Nahrung und Wasser ist, zugutekommen und hätte sich daher während Evolution des Menschen erhalten und sogar verbreitet, vermuten die Wissenschaftler.

Das betreffende Gen trägt die Informationen für den Bau von Rezeptoren im Gehirn, die auf den Botenstoff Dopamin reagieren. Es beeinflusst somit sowohl Eigenschaften wie Impulsivität, Neugierde oder Unruhe, als auch die Fähigkeit, das Verlangen nach Nahrung zu kontrollieren. Das Gen kann in mehreren Varianten auftreten, von denen eine dafür bekannt ist, ein solches impulsives Verhalten und damit auch das ADHS genannte Syndrom zu begünstigen. [ddp/wissenschaft.de](http://ddp.wissenschaft.de)

Die Telefonberatungsstellen

Bayern

Ingrid Meyer-Kaufmann
0911 – 9 56 63 51
Kornelia Schneidt
08171 – 48 14 01
Karin Straußberger-Christoph
0911 - 7 66 53 30

Baden – Württemberg

Bernd Kaspar
07957 – 9 26 96 91

Berlin

Karin-Gisela Seegers
030 – 3 01 97 14

Brandenburg

Kerstin Maschke
03561 – 68 58 90
Ulrike Vogel
03378 – 80 30 90

Bremen und Umgebung

Sabine Bernau
04793 – 93 10 21 und
0170 – 2 46 27 44

Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrman
04121 – 80 72 72
Pitt Lau
040 – 76 97 75 10
Birgit Weigel
040 - 68 91 50 23

Hessen

Regina Schubert
069 – 98 55 68 23
Judith Prinzessin
zu Sayn-Wittgenstein
06043 -9 84 00 16

Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille
03883 – 72 77 18



Obwohl alle Bundesländer besetzt sind, benötigen wir noch in folgenden Bundesländern Verstärkung: Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Sachsen-Anhalt, Saarland und Thüringen.

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

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

Karin Heynen
0381 – 70 07 59 25

Niedersachsen

Sabine Hinkel
05304 – 90 12 98
Erika Rien
05551 – 5 27 45
Angela Schwager
05554 – 99 56 46

NRW

Karin Knudsen
0221 – 3 56 17 81
Ulrike Vlk
02161 – 53 17 39
Helene Eberle
05254 – 93 35 90

Rheinland-Pfalz

Silvia Orth
06502 -93 19 00
Christiane Schmäuser
06131-470694

Sachsen

Susanne Albrecht
037341 – 4 98 30
Steffi Pretzsch
03722 – 8 88 25
Helene Wagner
0351 – 4 71 15 79

Sachsen-Anhalt

Heike Markovski
039451 – 4 20 24

Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrman
04121 – 80 72 72
Angelika Lühmann
04121 – 9 28 21
Gisela Tampe
04661 – 60 09 88
Barbara Bargelé
0451 – 2 03 61 60

Saarland

Sabine Debusmann
0681 – 9 35 61 26

Thüringen

Regina Schrage
03691 – 87 22 22

1. Vorsitzende: **Dr. Myriam Menter**
91056 Erlangen
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende: **Karin Knudsen**
50933 Köln
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**
14055 Berlin
schatzmeister@adhs-deutschland.de
- Schriftführer: **Hartmut Gartzke**
30916 Isernhagen
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Beisitzer

- Europäische Kontakte **Detlev Boeing**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- neue AKZENTE* **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
adhsde.buerschgens@gmx.de

- Erwachsenen-ADHS **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion **Sabine Nicolei**
38527 Meine
sabine.nicolei@gmx.de
- Regionalgruppen **Carl Schell**
91301 Forchheim
c.schell@adhs-deutschland.de

- Kinder und Jugendliche mit ADHS und Lobbyarbeit **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim
- Öffentlichkeitsarbeit **Dr. Johannes Streif**
streif@therapaed.de

- juristische Angelegenheiten **Reinhard Wissing**
96049 Bamberg

Unterstützung des Vorstandes

- Telefonberatungsnetz **Gerhild Gehrman**
25336 Elmshorn
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- Ernährung/ Stoffwechsel- besonderheiten **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koepfer@t-online.de

Wissenschaftlicher Beirat

- Huss, Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. Michael**, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Krause, Dr. med. Johanna, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ottobrunn
Krause, Prof. Dr. Klaus-Henning, Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
Lauth, Prof. Dr. Gerhard W., Universität Köln
Lesch, Prof. Klaus-Peter, Universität Würzburg
Ludwig, Prof. Dr. Gudrun, Fachhochschule Fulda
Opp, Prof. Dr. Günther, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Simchen, Dr. Helga, Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin, Mainz

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724, 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 0 30/85 60 59 02,
Fax 0 30/85 60 59 70
Mo 10.00-12.00 Uhr, 14.00-16.00 Uhr
Di, Do, Fr 10.00-12.00 Uhr
e-mail: info@adhs-deutschland.de
Besuchen Sie uns unter www.adhs-deutschland.de

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

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

Redaktionsleitung und redaktionelle Mitarbeit:
Herta Bürschgens (Leitung)
Detlev Boeing
Magdalene Geisler
Renate Meyer
Dr. Klaus Skrodzki

Redaktionsanschrift
Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr.16
12157 Berlin
Fon 030/ 85 60 59 02
Fax 030/ 85 60 59 70
akzente@adhs-deutschland.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 Verfasseramen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

Bankverbindung ADHS DE:
Hannoversche Volksbank
Konto-Nr. 0 221 438 500
BLZ 251 900 01

Auslandsüberweisungen:
IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

Anzeigenverwaltung
Bundesgeschäftsstelle ADHS Deutschland e.V.
Petra Festini
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
info@adhs-deutschland.de

Gesamtgestaltung und DesktopPublishing
Irene Fischer
Pappelallee 4
10437 Berlin
Fon 030/442 20 78
fischerp4@gmx.net

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

Erscheinungsweise: 3x jährlich

Auflage: 4000 Exemplare

Bezug:
Für Einzelhefte auf Anfrage,
für Mitglieder des ADHS Deutschland e.V.
kostenlos

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

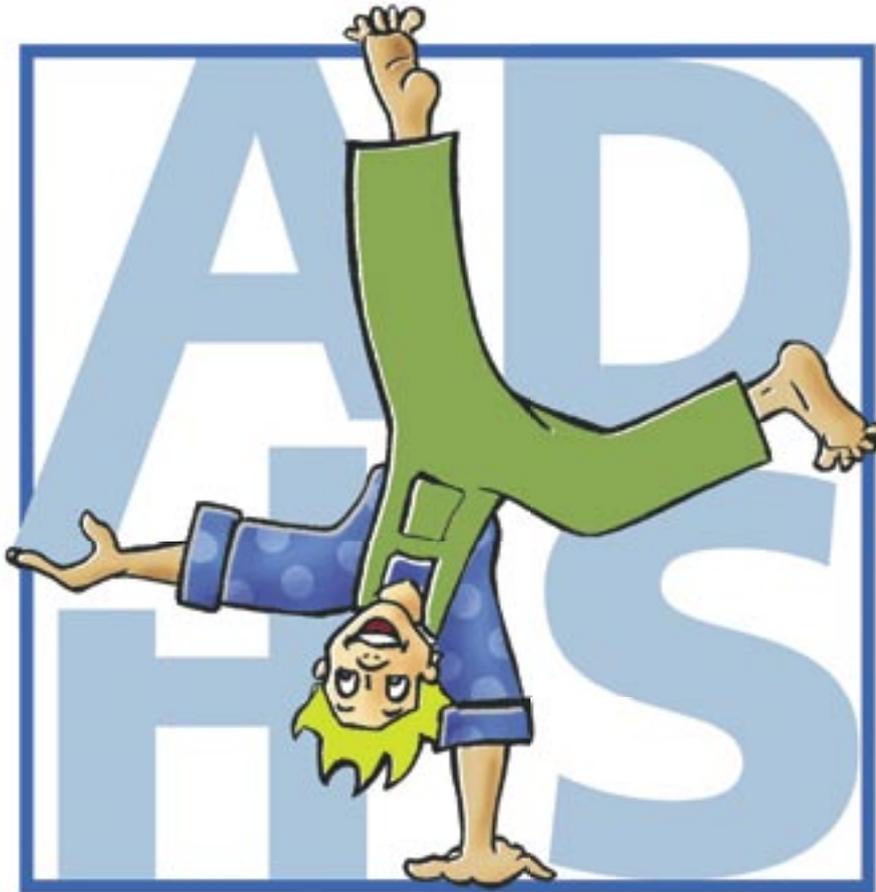
Redaktionsschluss

1. November 2008

ADHS

Aufmerksamkeitsdefizit-
Hyperaktivitätsstörung

ADHS – Gemeinsam sind wir stark



begeisterungsfähig • mutig • kreativ • sensibel

**Wir geben Dir den Halt –
auch, wenn Du Grenzen überschreitest!**

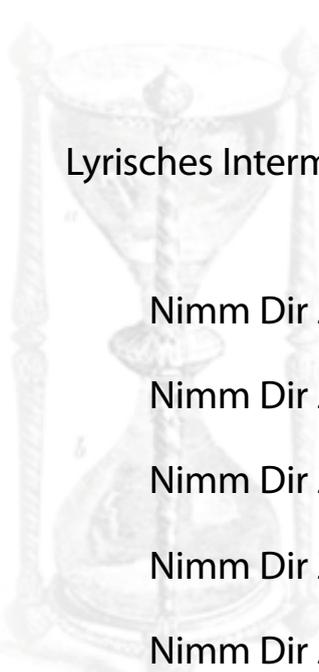
Eltern, Kitas und ADHS Deutschland e.V.

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

www.adhs-deutschland.de

Telefon: 04121-80 72 72
telefonberatung@adhs-deutschland.de

Zeichnung: Katja Reich, katja@kreativwelten.de



Lyrisches Intermezzo

Nimm Dir Zeit, um zu arbeiten, es ist der Preis des Erfolges.

Nimm Dir Zeit, um nachzudenken, es ist die Quelle der Kraft.

Nimm Dir Zeit, um zu spielen, es ist das Geheimnis der Jugend.

Nimm Dir Zeit, um zu lesen, es ist die Grundlage des Wissens.

Nimm Dir Zeit, um freundlich zu sein, es ist das Tor zum Glückhichsein.

Nimm Dir Zeit, um zu lieben, es ist die wahre Lebensfreude.

Nimm Dir Zeit, um froh zu sein, es ist die Musik der Seele.

(Aus Irland)

neueAKLENTE ist:

- Informationsquelle zum Thema ADHS und assoziierte Störungen, möglichen Krankheitsursachen, Therapien, wissenschaftliche Forschung, Pädagogik, Erziehungsfragen, Hilfen im Alltag
- Medium für die Diskussion rund um 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