

neue AKZENTE

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

Aus der Praxis

ADHS und seine Begleiter

- ADHS und Sucht
- Auswirkungen von Ernährung auf ADHS (eine randomisierte kontrollierte Untersuchung)
- ADHS und berufliche Rehabilitation

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

A 49691

Zeitschrift

www.adhs-deutschland.de



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

der Sommer ist nun endgültig vorüber – und obwohl während der langen Ferientage alles etwas langsamer läuft, gibt es wieder viele aktuelle Neuigkeiten zu berichten... positive, aber leider auch negative:

Wir begrüßen und unterstützen die notwendige Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zum „Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“. Die komplette Stellungnahme können Sie hier unter „Aktuelles“ nachlesen.

Wenig erfreulich waren auch die Informationen bezüglich der Zulassung von Methylphenidatpräparaten bei Erwachsenen, hierzu erfahren Sie mehr in unserem „Aktuellen“ - Teil.

Zu guter Letzt gibt aber unsere Jugend Anlass Positives zu berichten: Eine kleine Gruppe jugendlicher Mitglieder hat sich zusammengetan, damit es nicht immer nur Aktionen **über** sie, sondern endlich auch einmal Aktionen **von** ihnen gibt! So starten sie nicht nur ein „Junges Beraternetz“, sondern planen auch eine Jugendveranstaltung parallel zur Mitgliederversammlung April 2010 in Nordenham.

Informieren Sie sich und Ihre Kinder auf Seite 32 über dieses Projekt.

Was Andere bereits schon bewegt haben, können Sie in unseren „Fachbeiträgen“, „Berichten“ und „Aktuelles“ nachlesen.

Viel Spaß beim Lesen und einen angenehmen Herbst wünscht Ihnen

Ihre

Dr. Myriam Menter

neue AKZENTE

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

Herausgeber und Verleger

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

Redaktions

Dr. Myriam Menter (Leitung)
Karin Knudsen
Renate Meyer
Dr. Johannes Streif
Vera-Ines Schüpferling
Karin-Gisela Seegers
Dr. Andreas Lüdke

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Telefon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung ADHS Deutschland e.V.

Hannoversche Volksbank
Konto-Nr. 0 221 438 500
BLZ 251 900 01

Auslandsüberweisungen

IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

Gesamtgestaltung und DesktopPublishing

nanoGRUPPE.de, Mediengestaltung

Druck

Novadruk Goppert GmbH

Erscheinungsweise: 3 - 4x 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 Vervielfältigung aller Art nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung des Verbandes

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe
1. Dezember 2009

Fotonachweis

Cover : M.Menter
bilderbox, hans slegers, Rafa Irusta, auris - Fotolia.com
sowie Aktive der Landes- und Regionalgruppen.

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

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

FACHBEITRÄGE

Wissenschaft

Dr. Martin Ohlmeier

04 ADHS und Sucht

Uwe Gröber

09 Methylphenidat und Zink

Lidy M.J. Pelsser

12 Eine randomisierte kontrollierte Untersuchung über die Auswirkungen von Ernährung auf ADHS

Aus der Praxis

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

20 ADHS und Kaufsucht

Berthold Radtke

21 ADHS und berufliche Rehabilitation im Bugenhagen Berufsbildungswerk, Timmendorfer Strand

Maika Keller

25 ADHS-Modellversuch zur beruflichen Qualifizierung lernbehinderter junger Menschen mit ADHS in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

ALLGEMEINES

Sie fragen – Experten antworten

52 Laktose-Intoleranz

Weitere Verbände / Interessengemeinschaften stellen sich vor

Antonia Peters

53 Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

Selena Knoth

54 Forum „Anderswelt“

AKTUELLES

Dr. Klaus Skrodzki

27 Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit - / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland

Stellungnahme des zentralen adhs-netzes

Dr. Myriam Menter

32 Zulassung von Methylphenidatpräparaten bei Erwachsenen

Frederik, Fabian

32 Junges Beraternetz

BERICHTE

Schule

Margit Tütje-Schlicker

33 ADHS-Sprechstunde

Familie

Iris Bramsiepe

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

33 Schwerpunktcur: ADS/ADHS

Anja Dilk

34 Anders als andere

ADHS Deutschland e.V.

Detlev Boeing

36 ADHD Europe Mitgliederversammlung in Budapest

MEDIEN REZENSIONEN

Detlef Träbert

56 J. Wilkes; Der kleine AD(H)S-Therapeut

Christiane Eich

56 F. Jansen/U. Streit; Positiv lernen

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

57 Dres Krause; ADHS im Erwachsenenalter (3. Auflage)

Uwe Metz

58 K. Schleider; ADHS – Wissen, was stimmt

Claus Staudter

38 Unser Stand bei der Jahrestagung der DGKJ in Mannheim

Sabine Nicoletti

38 Fortbildung der TelefonberaterInnen in Springe

Karin Knudsen

39 Kindernetzwerk e.V. – Mitgliederversammlung und Jahrestagung 2009

Fabian

41 Mitgliederversammlung des Kindernetzwerkes mit anschließendem Arbeitstreffen

Frederik

42 Fachtag Jugendmedizin in Stuttgart

Brigitte Wolf

42 GruppenleiterInnen-Treffen 2009 unserer Landesgruppe NRW

Dr. Walter Beerwerth

44 Theater um ADS – ADS im Theater – Halbezeitbericht

Monika Hillmann

46 RG Düsseldorf, Infostand

46 Jahresberichte der Regionalgruppen (in alphabetischer Reihenfolge)

Linus Menter

58 A. Langen; Zappeltappel

Uwe Metz

59 A. Gavalda; 35 Kilo Hoffnung

TERMINE

60 Termine Weiterbildung

60 Telefonberatung

VERBANDSDATEN

62 Kontaktdaten

64 Telefonberatung

ADHS und Sucht

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat aufgrund der hohen Prävalenz, aber auch im Hinblick auf die häufig bestehenden komorbiden Erkrankungen eine große klinische Bedeutung. So konnten verschiedene Studien zeigen, dass die ADHS auch ein bedeutender Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung ist. In einer eigenen Studie wurden 152 erwachsene Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit (n = 91) bzw. einer multiplen Substanzabhängigkeit (n =

*Herr Dr. Martin Ohlmeier
Direktor des
Ludwig-Noll-
Krankenhauses
für Psychiatrie
und Psychotherapie.*



61) auf das Vorliegen einer ADHS untersucht. Bei 20,9% (WURS) bzw. 23,1% (DSM-IV Diagnosekriterien) der alkoholabhängigen Patienten ergaben sich retrospektiv Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit. Bei 26,3% der Patienten ließ sich mit Hilfe der CAARS ein Persistieren der Diagnose im Erwach-

senenalter feststellen. In der Gruppe der Substanzabhängigen erfüllten 50,8% (WURS) bzw. 54,1% (DSM-IV) der Patienten die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit, bei 65,5% (CAARS) persistierte die Erkrankung im Erwachsenenalter. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass bei Suchterkrankungen von einer hohen Komorbidität mit ADHS auszugehen ist, die sowohl in Form eines Alkoholmissbrauchs als auch durch den Konsum illegaler Drogen zum Ausdruck kommen kann. Die Ergebnisse unterstreichen die große Bedeutung einer frühzeitigen und adäquaten Diagnostik und Therapie der ADHS zur Prävention von Suchterkrankungen.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) galt in Deutschland nach schulmedizinischer Auffassung bisher vorwiegend als Erkrankung des Kindes- und Jugendalters. Im Zuge der steigenden Ver-

schreibung von Stimulanzien – insbesondere von Methylphenidat (z.B. Ritalin®) – ist ADHS inzwischen zunehmend in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt (6, 15). Die Häufigkeit der Persistenz der ADHS im Erwachsenenalter ist bislang unklar. Nach epidemiologischen Studien ist in 35–80% von einem Persistieren von zumindest einigen Symptomen der ADHS auszugehen (1, 29). Die Diagnose der ADHS bei Erwachsenen wird anhand der amerikanischen DSM-IV-Kriterien gestellt (9). Die Kernsymptome der Erkrankung sind durch Aufmerksamkeitsstörungen, erhöhte Impulsivität, Hyperaktivität, Desorganisation und emotionale Instabilität gekennzeichnet, und müssen bereits in der Kindheit vor dem siebten Lebensjahr begonnen haben. Als eine mögliche Ursache der ADHS wird derzeit eine genetisch determinierte Dysfunktion des Katecholaminstoffwechsels angenommen, die insbesondere das frontostriatale System des Gehirns betrifft (22). Der mit Hilfe bildgebender Verfahren, Positronenemissionstomografie (PET) und Singlephotonenemissionstomografie (SPECT), geführte Nachweis einer erhöhten Dopamintransporterdichte im Striatum lässt im engeren Sinne eine Störung der dopaminergen Funktionen vermuten (10–12). Neurobiologisch ist demzufolge auch die Rede von der „Dopaminmangelhypothese“. Inzwischen gibt es einige Untersuchungen, die auch die Beteiligung anderer Neurotransmittersysteme postulieren. Die pharmakologische Behandlung der ADHS wird derzeit vor allem durch die Medikamentengruppe der Stimulanzien – insbesondere von Methylphenidat (z.B. Ritalin®) – bestimmt. Seit Dezember 2004 ist auch der selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin (Strattera®) als erstes Nichtstimulans zur Behandlung des ADHS im Kindes- und Jugendalter zugelassen. Darüber hinaus gibt es einige Alternativsubstanzen wie z.B. Pemolin (Tradon®) (wegen z.T. schwerer unerwünschter NW nur noch selten eingesetzt), selek-



Herr Dr. Martin Ohlmeier

tive Serotonin- bzw. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, trizyklische Antidepressiva und Betarezeptorenblocker. Die Pharmakotherapie sollte grundsätzlich i.S. eines „multimodalen Therapiekonzeptes“ in Kombination mit psychotherapeutischen Therapieverfahren erfolgen.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Suchterkrankung

Verschiedene Studien konnten zeigen, dass die ADHS einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung darstellt. Eine Komorbidität von ADHS und Alkoholismus bzw. Substanzmissbrauch wurde in bis zu 71% beschrieben (30). Bei Patienten mit ADHS und Substanzmissbrauch kommt es zu einem früheren Beginn und einer stärkeren Ausprägung des Substanzmissbrauchs als bei Suchtpatienten ohne ADHS. Das Durchschnittsalter bei Beginn eines Substanzmissbrauchs bei ADHS-Patienten wurde in einer Studie mit 19 Jahren angegeben, während in einer Kontrollgruppe von Suchtpatienten ohne ADHS die Suchterkrankung im Durchschnitt erst im 22. Lebensjahr begann (30). Andere Autoren beschrieben für ADHS-Patienten ein verdoppeltes Lebenszeitrisko für eine Suchterkrankung und stellten fest, dass ADHS in Verbindung mit einer komorbiden Störung (Persönlichkeitsstörung, Depression, Angststörungen etc.) zusätzlich das Risiko einer Suchtentwicklung erhöht (2). In diesem Zusammenhang wurde auch berichtet, dass bei einer Komorbidität von ADHS und Suchterkrankung in bis zu 71% auch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann (27).

Hinsichtlich einer Kokainabhängigkeit konnte gezeigt werden, dass bei ADHS in Verbindung mit Suchterkrankungen eine Prävalenz von 35% vorliegt und dass der Kokaingebrauch in dieser Patientengruppe deutlich ausgeprägter ist und früher beginnt als bei Kokainabhängigen ohne ADHS (5).

Das Risiko einer Nikotinabhängigkeit scheint bei ADHS-Patienten ebenfalls erhöht zu sein. Die Koinzidenz einer Nikotinabhängigkeit bei Erwachsenen mit ADHS wird mit 40–75% (vs. 19–26% in der Normalpopulation) angegeben (23). Pathophysiologisch könnte die hohe Prävalenz von Nikotinabhängigkeit bei ADHS-Patienten dadurch erklärbar sein, dass Nikotin die Neurotransmitterausschüttung (Acetylcholin, Dopamin, Serotonin) stimuliert und dadurch die Aufmerksamkeit erhöht. Nikotin scheint einen ähnlichen Effekt auf den Nucleus accumbens zu haben, wie Amphetaminderivate (24). In einer Studie konnte eine ähnliche Wirkung auf die Dopamintransporter belegt werden, wie sie von Methylphenidat bekannt ist (16). Verschiedene dopaminerg und noradrenerg wirksame Medikamente wie Bupropion (Zyban®, Wellbutrin®), Nortriptilen (Nortilen®), Moclobemid (Aurorix®) wirken sich interessanterweise

sowohl bei der Behandlung der Nikotinabhängigkeit als auch der ADHS günstig aus. Klinischen Beobachtungen zu Folge vermindert Nikotin signifikant die Symptome bei ADHS und wird verschiedentlich sogar als mögliches Therapeutikum diskutiert (7, 17, 18).

Behandlung bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Suchterkrankung

Verschiedene Studien belegen, dass die Behandlung von suchterkrankten ADHS-Patienten mit Stimulanzien den Substanzmissbrauch und das „craving“ reduziert (19, 20, 25). Unter Therapie mit Methylphenidat wurde bei ADHS-Patienten, die einen Kokainabusus betrieben, ein vermindertes „Kokain-craving“ sowie eine Besserung der ADHS-Symptomatik beschrieben (20, 28). In anderen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass die Behandlung von Kindern mit ADHS mit Methylphenidat (MPH) die Gefahr eines späteren Substanzmissbrauchs vermindern kann (4, 13). So konnte in einer Langzeitstudie über fünf Jahre bei Patienten mit ADHS unter Therapie mit MPH ein deutlich geringerer Suchtmittelgebrauch als bei unbehandelten ADHS-Patienten beobachtet werden (21). Jugendliche ADHS-Patienten, die mit Stimulanzien behandelt wurden, scheinen somit ein deutlich geringeres Risiko einer Suchtentwicklung (Alkohol, Kokain und andere Drogen) zu haben bzw. betreiben einen geringeren Substanzgebrauch (4).

Es stellt sich nun die Frage, ob eine amphetaminähnliche Substanz wie Methylphenidat selbst süchtig machen kann. Hierfür gibt es derzeit keine Evidenz-basierten Hinweise. In verschiedenen Studien wurde dagegen nachgewiesen, dass bei Kindern mit ADHS die Behandlung mit Methylphenidat die Gefahr eines späteren Substanzmissbrauchs vermindern kann (4, 13). Bei ADHS mit komorbidem Substanzmissbrauch gilt die pharmakologische Behandlung, besonders mit länger wirkenden (retardierten) Stimulanzien, trizyklischen Antidepressiva oder selektiven Serotonin-, Noradrenalin- bzw. kombinierten Wiederaufnahmehemmern (Atomoxetin, Reboxetin, Venlafaxin) als Mittel der Wahl. Die Behandlung scheint bei den Betroffenen den Substanzmissbrauch und das „craving“ zu reduzieren. Bei ADHS und komorbidem Substanzmissbrauch sollte zunächst eine Behandlung der Suchterkrankung erfolgen, welche bei entsprechender klinischer Ausprägung im stationären Setting durchgeführt werden sollte. Begleitend können Selbsthilfegruppen, Psychoedukation und Psychotherapie hilfreich sein. Im Verlauf wird die pharmakologische Behandlung der ADHS und der ggf. vorliegenden komorbiden Störungen (Depression, Angststörungen etc.) empfohlen (26).

Eigene Untersuchungen

zur Prävalenz von ADHS bei Suchterkrankungen

Ziel einer eigenen Studie war es, retrospektiv zu prüfen, wie häufig bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit oder einer multiplen Substanzabhängigkeit eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in der Kindheit vorlag und ob deren Symptome aktuell persistieren. Darüber hinaus wurde die Frage nach möglichen Auswirkungen der ADHS auf den Beginn, die Art und die Ausprägung der Suchterkrankung gestellt.

Patienten und Methoden

Es wurden insgesamt 152 Patienten (volljährige Männer und Frauen) in die Studie eingeschlossen, die sich in freiwilliger stationärer Behandlung in der suchtmedizinischen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses (Klinikum Warendorff) befanden. Zur diagnostischen Abgrenzung eines Alkoholabhängigkeitssyndroms (ICD: F10.2) und einer multiplen Substanzabhängigkeit (ICD: F19) (einschl. Heroin, Methadon, Kokain, Amphetamine, LSD, Halluzinogene, Cannabinoide, Benzodiazepine, Analgetika) diente neben der klinisch-psychiatrischen Untersuchung der European Addiction Severity Index (EuopASI). Die Untersuchung wurde bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit frühestens nach 10-tägiger, bei

Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit frühestens nach 14-tägiger Entgiftungsbehandlung durchgeführt, da zu diesem Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, dass keine Entzugssymptomatik mehr vorlag. Ausschlusskriterien waren akute Psychosen und andere Erkrankungen, die eine Einwilligungsfähigkeit der Patienten ausschlossen. Als Untersuchungsinstrumente für die retrospektive Beurteilung des Vorliegens einer ADHS in der Kindheit diente die autorisierte deutsche Übersetzung der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-K) (14) und die DSM-IV-Symptomcheckliste für ADHS (9). Ergänzend erfolgte eine Einteilung der Betroffenen in diagnostischen Untergruppen nach DSM-IV (unaufmerksamster Typ, impulsiver Typ, gemischter Typ). Zur Überprüfung des Persistierens der ADHS-Symptome im Erwachsenenalter wurden die Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS, Long Version) (8) angewandt.

Ergebnisse

Bei 91 (59,9%) der 152 untersuchten Patienten konnte nach ICD-10 und DSM-IV die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit, bei 61 (40,1%) die einer multiplen Substanzabhängigkeit gestellt werden.

Wie in Abbildung 1 dargestellt, erreichten in der Gruppe der Alkoholabhängigen 19 Patienten (20,9%) in der WURS den cut-off von 30 und erfüllten damit die Kriterien für das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit. In der ebenfalls retrospektiv angewandten DSM-IV-Symptomcheckliste ließ sich bei 21 (23,1%) der alkoholabhängigen Patienten die ADHS-Diagnose bestätigen. Bei fünf (26,3%) der WURS-positiven alkoholabhängigen Patienten fanden sich in den CAARS Hinweise auf das aktuelle Vorliegen von ADHS-Symptomen, und somit für das Persistieren der ADHS im Erwachsenenalter.

In der Gruppe der Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit erreichten 31 (50,8%) in der WURS den cut-off von 30. Bei 33 Patienten (54,1%) sprachen die Ergebnisse der retrospektiv eingesetzten DSM-IV-Symptomcheckliste ebenfalls für das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit. In den CAARS fanden sich in dieser Gruppe bei 19 Patienten (65,5%) Hinweise für ein aktuelles Fortbestehen von ADHS-Symptomen. Die Ergebnisse der WURS, der DSM-IV-Symptomcheckliste sowie der CAARS beider untersuchten Gruppen sind in Abbildung 2 gegenübergestellt.

Ergänzend wurde eine diagnostische Einteilung der ADHS-Subtypen nach den Kriterien der DSM-IV vorgenommen (vgl. Abb. 1). Demnach erfüllten aus der Gruppe der Alkoholabhängigen 13 Patienten (14,3%) die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen des „unaufmerksamen Typs“, zwei Patienten (2,2%) die des „hyperaktiven“ und sechs Patienten (6,6%) die des „gemischten Typs“ der ADHS. Demgegenüber fanden sich in der Gruppe der Substanzabhängigen 16 Patienten (26,2%), welche die diagnostischen Kriterien für den „unaufmerksamen“, 3 Pati-

Abb. 1 ADHS in der Kindheit nach DSM-IV und „WURS“

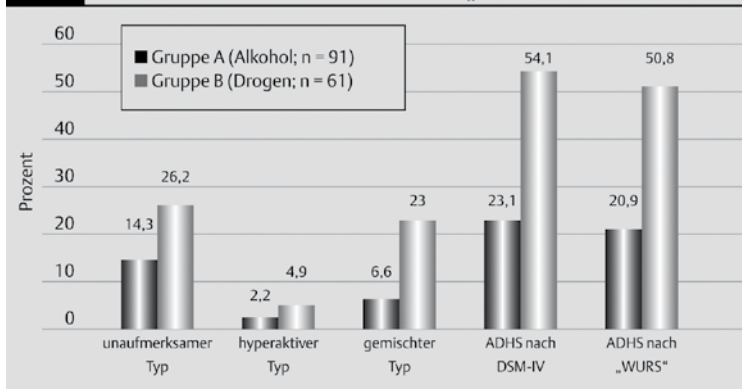
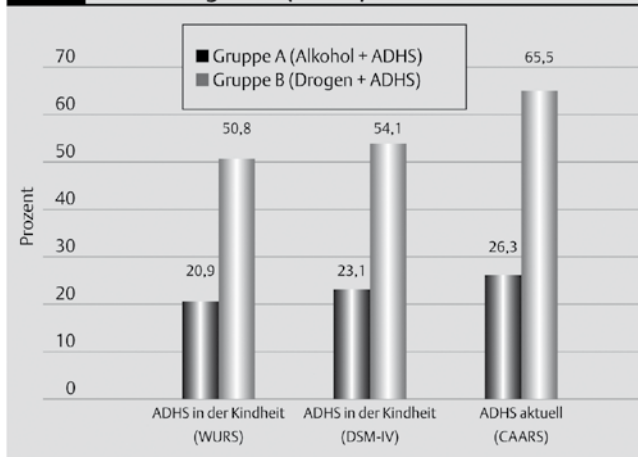


Abb. 2 ADHS im Erwachsenenalter nach den Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS)



enten (4,9%) für den „hyperaktiven“ und 14 (23%) für den „gemischten Typ“ erfüllten.

Hinsichtlich der Art des Substanzmittelabusus ließ sich feststellen, dass bei den ADHS-Betroffenen in etwas höherem Maß Kokain (74,2% versus 73,3%) und deutlich mehr Cannabis (100% versus 83,3%) konsumiert wurde. Auch der Heroinkonsum war bei der ADHS-Gruppe höher (83,9% versus 70,0%), der Amphetamingebrauch dagegen etwas geringer (32,3% versus 40,0%) (vgl. Abb. 3).

In beiden untersuchten Gruppen ließ sich darüber hinaus nachweisen, dass bei einer Komorbidität mit ADHS der Substanzmittelgebrauch deutlich früher begann. In Abbildung 4 ist das Alter des Erstgebrauchs der verschiedenen Substanzen für die Gruppe der Substanzmittelabhängigen mit und ohne komorbide Erkrankung dargestellt.

Diskussion und Zusammenfassung

Abb. 3 Art des Drogengebrauchs in Prozent (Gruppe der Drogenabhängigen n = 61)

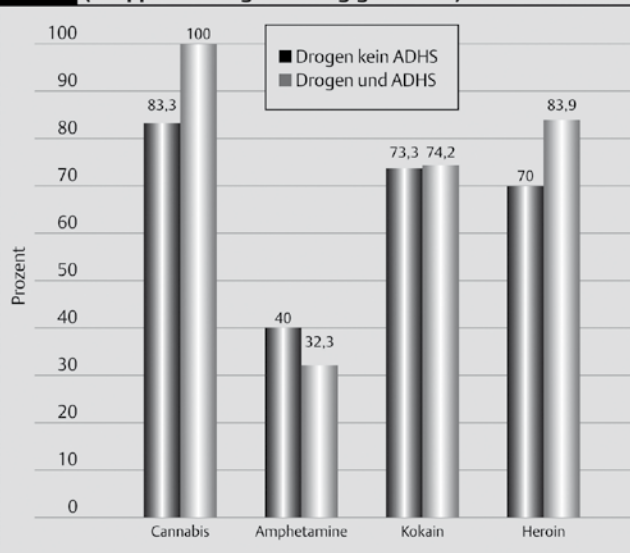
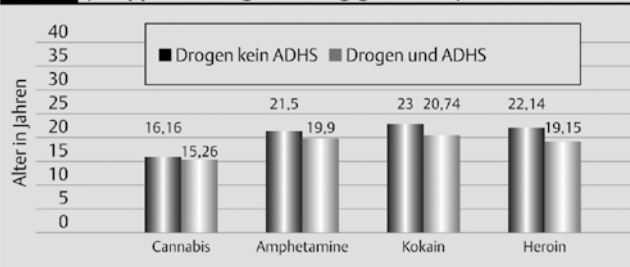


Abb. 4 Alter bei Drogen-Erstgebrauch (Gruppe der Drogenabhängigen n = 61)



Die vorliegenden Studienergebnisse konnten zeigen, dass die Patienten einer großen suchtmedizinischen psychiatrischen Abteilung überproportional häufig die diagnostischen Kriterien der DSM-IV für das Vorliegen einer ADHS erfüllen. Sowohl in der Gruppe der Alkoholabhängi-

gen als auch in der Gruppe der Patienten mit einer multiplen Substanzabhängigkeit ließ sich retrospektiv in einem hohen Prozentsatz eine ADHS in der Kindheit diagnostizieren, die zum Teil noch im Erwachsenenalter persistiert.

Die untersuchten alkoholabhängigen Patienten erfüllten in 20,9% (WURS) bzw. in 23,1% (DSM-IV) die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit und in 26,3% (CAARS) das Persistieren des Störungsbildes.

Noch deutlichere Untersuchungsergebnisse hinsichtlich des Vorkommens der ADHS fanden sich in der Gruppe mit einer multiplen Substanzabhängigkeit. In 50,8% (WURS) bzw. in 54,1% (DSM-IV) war hier von dem Vorliegen einer ADHS in der Kindheit auszugehen, welche in 65,5% (CAARS) persistierte. Diese Ergebnisse waren ebenfalls hochsignifikant. Demzufolge scheint – insbesondere in der Gruppe der Substanzabhängigen – die ADHS auch zu einem hohen Prozentsatz bis in das Erwachsenenalter zu persistieren.

Ausgehend von einer Prävalenz der ADHS im Kindesalter von 8–10%, einem Persistieren der ADHS-Symptomatik in bis zu 80% und einer Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter von 2–6%, belegen unsere Daten – vergleichbar mit bereits vorliegenden Studienergebnissen – ein deutlich erhöhtes Vorkommen der ADHS bei Suchtpatienten. Somit kann ADHS auch nach unseren Daten als ein erheblicher Risikofaktor für eine Suchtentwicklung angesehen werden. In beiden Gruppen fand sich darüber hinaus ein signifikant geringeres Alter bei Erstgebrauch der Droge, wenn eine ADHS vorlag. Die ADHS kann also auch als Risikofaktor für einen „frühen Einstieg“ gewertet werden.

Warum es eine so hohe Koinzidenz von ADHS, Suchterkrankungen und komorbiden Störungen gibt, kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen ist insbesondere bei den hyperaktiven und impuls Kontrollgestörten ADHS-Patienten bzw. bei den Patienten vom „gemischten Typ“ von einer erhöhten „Experimentier- und Risikofreudigkeit“ mit Drogen und Alkohol auszugehen – was u.a. auch den in der Untersuchung deutlich gewordenen stärkeren Gebrauch der „Hochrisikodroge“ Heroin erklären könnte –, zum anderen zeigen die klinischen Erfahrungen, dass betroffene Patienten im Sinne einer „Selbstmedikation“ insbesondere bei Cannabis- und Kokainkonsum von einer – zumindest scheinbaren – Besserung der ADHS-spezifischen Symptome berichten. Dementsprechend dürften auch die vorliegenden Untersuchungsbefunde mit einem deutlich höheren Cannabis- und einem – zumindest tendenziell – höheren Kokainkonsum in der ADHS-Gruppe zu interpretieren sein. Diese Hypothese wird u.a. auch durch die Studien von Volkow et al. [31] unterstützt, welche feststellten, dass bei ADHS vermehrt Kokainabusus vorkommt, und Patienten nach Konsum von einer deutlichen Symptomreduktion berichteten. So ergaben sich in unse-

rer Untersuchung in der Gruppe der Substanzabhängigen signifikant höhere Werte für den „unaufmerksamen“ und den „gemischten Typ“. Der isolierte „hyperaktive Typ“ war in beiden Gruppen vergleichsweise unterrepräsentiert. Diese Ergebnisse scheinen im Hinblick auf die vorliegende Literatur durchaus plausibel. Die Überrepräsentanz in der Gruppe der Substanzabhängigen und das hohe Vorkommen des „gemischten Typs“, welcher die Kriterien der Unaufmerksamkeit und der Hyperaktivität subsumiert, lassen in dieser Gruppe eine erhöhte Risikobereitschaft vermuten. Patienten vom „unaufmerksamen Typ“ benutzen die Substanz vermutlich primär zur Stimulation.

Resümee

Wie im Vorausgegangenen deutlich wurde, kann die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nicht als „neues Krankheitsbild“, sondern als ein psychopathologisches Syndrom vermutlich multifaktorieller Genese verstanden werden. Die diagnostische Abgrenzung von anderen psychiatrischen Erkrankungen kann schwierig sein, was die Notwendigkeit einer kritischen und sorgfältigen Diagnosestellung unterstreicht. Die ADHS ist, besonders in Verbindung mit Komorbidität, ein Risikofaktor für Substanzmissbrauch. Insofern scheint auch im Hinblick auf die Ergebnisse unserer Studie eine frühzeitige Diagnose und Behandlung – die i.S. eines „multimodalen Therapieansatzes“ pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungskonzepte beinhalten sollte – besonders wichtig und kann die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung reduzieren.

ADHD and addiction

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is of great clinical importance not only because of its high prevalence but also due to the frequent comorbid illnesses that are connected with this disorder. Several studies were able to demonstrate that ADHD constitutes a significant risk factor for the exacerbation of habit-forming illnesses, i.e. addictions.

We conducted a study with 152 adult patients with alcohol dependence (n = 91), respectively, multiple substance addiction (n = 61) to determine whether or not these patients were affected by ADHD. 20,9% (WURS), respectively, 23,1% (DSM-IV criteria) of the alcohol-dependent patients showed evidence of retrospective ADHS affliction in childhood. With the help of CAARS ADHD was proved persistent in 26,3% of the adult patients. In the group of substance-addicted patients 50,8% (WURS), respectively, 54,1% (DSM-IV) presented with diagnostic criteria for ADHS in childhood and 65,5% (CAARS) showed evidence of ADHD persisting in adult age. These results reveal that habit-forming illnesses can be associated with a high comorbidity with ADHD, expressed in the form of alcohol abuse and also in the consumption of illegal drugs. The results

underline the great importance of early and adequate diagnostics and therapy of ADHD for the prevention of habit-forming illnesses.

Literatur

1. Barkley RA. Advancing age, declining ADHD; *Am J Psychiatry* 1997; 154 (9): 1323–5
2. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1652–1658
3. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 1998; 44: 269–273
4. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999; 104: e20
5. Carroll KM, Rounsaville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 75–82
6. Caspers-Merk M. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom: Keine „Modeerkrankung“. Positionspapier des Bundesgesundheitsamtes. *Deutsches Ärzteblatt* 99, Heft 24 vom 14.06.02, Seite A-1644
7. Conners CK, Levin ED, Sparrow E, Hinton SC, Erhardt D, Meck WH, Rose JE, March J. Nicotine and attention in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychopharmacol Bull* 1996; 32: 67–73
8. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. North Tonawanda, NY. Multi-Health Systems, 1999
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn: DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington DC., 1994
10. Dougherty DD, Bonab AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ. Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 1999; 354: 2132–2133
11. Dresel SHJ, Kung MP, Huang XF, Plössl K, Hou C, Meegalla SK, Patselas G, Mu M, Saffer JR, Kung HF. Simultaneous SPECT studies of pre- and postsynaptic dopamine binding sites in baboons. *J Nucl Med* 1999; 40: 660–666
12. Ernst M, Zametkin AJ, Matochik JA, Jons PH, Cohen RM. DOPA decarboxylase activity in attention deficit hyperactivity disorder adults. A [fluorine-18] fluorodopa positron emission tomographic study. *J Neurosci* 1998; 18: 5901–5907
13. Huss M. Stimulant treatment in ADHD children lowers risk of drug abuse. In: *Abstracts of the 11th International Congress of European Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 8 (Suppl 2): 126
14. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Weijers HG, Trott GE, Wender PH, Rossler M. Wender Utah Rating Scale (WURS-k). Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 2002; 73 (9): 830–8
15. Krause KH, Krause J, Trott GE. Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung des Erwachsenenalters). *Nervenarzt* 1998: 543–556
16. Krause KH, Dresel SH, Krause J, Kung HF, Tatsch K, Ackenheil M. Stimulant-like action of nicotine on striatal dopamine transporter in the brain of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2002; 5 (2): 111–113
17. Levin ED, Conners CK, Sparrow E, Hinton SC, Erhardt D, Meck WH, Rose JE, March J. Nicotine effects on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology* 1996; 123: 55–63
18. Levin ED, Rezvani AH. Development of nicotinic drug therapy for cognitive disorders. *Eur J Pharmacol* 2000; 393: 141–146
19. Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 15–25
20. Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Kleber HD. Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (6): 300–5
21. Loney J. Substance abuse in adolescents: diagnostic issues derived

from studies of attention deficit disorder with hyperactivity, NIDA Res Monogr. 1988; 77:19–26

- 22. Lou HC, Henriksen L, Bruhn P, Borner H, Bieber Nielsen J. Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. Arch Neurol 1989; 46: 48–52
- 23. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. J Subst Abuse 1995; 7: 373–378
- 24. Pontieri FE, Tanda G, Orzi F, Di Chiara G. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. Nature. 1996 18; 382 (6588): 255–7
- 25. Riggs PD, Leon SL, Mikulich SK, Pottle LC An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998; 37 (12): 1271–8
- 26. Riggs PD, Mikulich SK, Whitmore EA, Crowley TJ. Relationship of ADHD, depression, and non-tobacco substance use disorders to nicotine dependence in substance-dependent delinquents. Drug Alcohol Depend 1999; 54 (3): 195–205
- 27. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. J Clin Psychiatry 2000; 61 (4): 244–51
- 28. Schubiner H, Saules KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, Edwards A, Donlin J, Pihlgren E. Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence. Exp Clin Psychopharmacol 2002; 10: 286–294
- 29. Wender PH, Attention-deficit disorder in adults. New York, Oxford, Oxford University Press, 1995
- 30. Wilens, TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance

disorders. J Nerv Ment Dis 1997; 185: 475–48

- 31. Volkow ND, Wang GJ, Ma Y, Fowler JS, Zhu W, Maynard L, Telang F, Vaska P, Ding YS, Wong C, Swanson JM. Expectation enhances the regional brain metabolic and the reinforcing effects of stimulants in cocaine abusers. J Neurosci 2003; 23 (36): 11461–8

Martin Ohlmeier, Karsten Peters, Nadine Buddensiek,
Jürgen Seifert, Bert te Wildt, Hinderk M. Emrich,
Udo Schneider

Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Quelle: psychoneuro 2005; 31 (11): 554–562,
mit freundlicher Genehmigung des Thieme-Verlages

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Martin Ohlmeier

Facharzt für Neurologie,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Oberarzt der Abteilung

Klinische Psychiatrie und Psychotherapie

Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Ohlmeier.Martin@MH-Hannover.de

Methylphenidat und Zink

Quelle: Deutsche Apotheker Zeitung, 2009; 149

In den westlichen Industrienationen zählen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zu den häufigsten neurokognitiven Störungen bei Kindern. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 5 und 20% Prozent der Schulkinder an diesem Syndrom leiden, das bereits 1845 von dem Frankfurter Kinderpsychiater Heinrich Hoffmann im „Struwwelpeter“ eindrucksvoll beschrieben wird. Jungen sind häufiger von hyperkinetischen Verhaltensstörungen betroffen als Mädchen. Neben der motorischen Hyperaktivität fallen die Kinder vor allem durch Konzentrationsschwäche und impulsives Verhalten

auf. Störungen der schulischen Leistung, soziale Isolation und ein schlechtes Selbstwertgefühl sind häufige Folgen.

Die Entstehung des ADHS-Syndroms ist komplex und bisher noch weitgehend unbekannt. Genetische Einflussfaktoren sowie Störungen im Neurotransmitter- (z.B. Dopamin, Serotonin) und Energiestoffwechsel des Gehirns (ATP-Produktion) sind jedoch von zentraler Bedeutung. Hyperkinetische Verhaltensstörungen können sich aber auch auf dem Boden einer frühen Schädigung des Gehirns, Belastungen mit Umweltgiften (z.B. Blei), Infektionen, Autoimmun- und Schilddrüsenerkrankungen entwickeln [1].

Uwe Gröber
Akademie für
Mikronährstoff-
medizin, Essen/
Neurobiologi-
sche Lernthe-
rapie



Herr Uwe Gröber

Methylphenidat und ADHS

Die Störung im Neurotransmitterstoffwechsel bildet unter anderem die therapeutische Rationale für den Einsatz von Methylphenidat bei Kindern mit ADHS. Methylphenidat (z.B. Ritalin) ist ein Psychostimulans aus der Gruppe der Amphetamine, welches die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin an den Schaltstellen der Nervenzellen beeinflusst und dadurch den Bewegungsdrang der betroffenen Kinder dämpft. In den westlichen Industrienationen war in den vergangenen Jahren ein starker Anstieg der Verordnungshäufigkeit zu beobachten (Abb.1). In Deutschland ist nach Angaben des Siegmund-Freud-Institutes die Anwendung von Methylphenidat um das 270-fache angestiegen.

Methylphenidat entfaltet seine pharmakotherapeutische Wirkung wahrscheinlich im synaptischen Spalt, der Kontaktstelle zwischen zwei Nervenenden. In diesem Bereich werden Nervenimpulse durch den Austausch der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin übertragen. Der Wirkstoff hemmt offenbar im Striatum die Wiederaufnahme von Dopamin über den Dopamin-Transporter (DAT) in die Präsynapse und verstärkt damit die Dopamin-Wirkung im synaptischen Spalt und neuronale Signaltransmission von der Prä- auf die Postsynapse. Der Mechanismus, durch den Ritalin die kognitiven Effekte und Verhaltenseffekte hervorruft, ist nicht eindeutig nachgewiesen.

Tab.1. Neurochemische und metabolische Störungen im Gehirn bei Zinkmangel

- Beeinträchtigung der exzitatorischen und inhibitorischen Neurotransmission
- Aktivitätseinschränkung von Enzymen der Katecholaminbiosynthese (z.B. Dopamin- β -Hydroxylase)
- Erhöhte Vulnerabilität des Dopamin-(DAT)-Transporters und Glutamat-(NMDA)-Rezeptors
- Reduktion der GABA-Spiegel im Hippokampus
- Störungen des neuronalen Glucose- und Energiestoffwechsels
- Fehlbildungen im ZNS

Zink und ADHS

Neben den Imbalancen im Neurotransmitterhaushalt scheint nach aktuellen Studien eine unzureichende diätetische Versorgung mit langkettigen maritimen Gehirnfettsäuren (DHA, EPA) (2) sowie Gehirn aktiven Mikronährstoffen wie Magnesium, Eisen und Zink wesentlich zu der Entstehung und Ausprägung der hyperkinetischen Verhaltensstörungen beizutragen (3-5).

Das Spurenelement Zink ist ein unabdingbares Substrat und Cofaktor für die gesunde Entwicklung und Reifung des zentralen Nervensystems, des Immunsystems und des Hormonsystems. Zink ist Bestandteil von mehr als 300 Enzymsystemen (u.a. Dehydrogenasen, Hydroxylasen, Transferasen) und übernimmt als solches eine wichtige Rolle bei einer Vielzahl elementarer Reaktionen im Intermediärstoffwechsel. Zinkhaltige Enzyme sind am Stoffwechsel der Kohlenhydrate, Lipide und Proteine sowie an der Nukleinsäuresynthese beteiligt.

Der neuronale Energiestoffwechsel ist auf eine ausreichende Verfügbarkeit von Zink angewiesen. Zinkmangel ist mit erhöhter Neigung zu Aggressivität und Reizbarkeit assoziiert. Zink besitzt eine entscheidende Rolle bei der Regulation der exzitatorischen und inhibitorischen Neurotransmission (Tab.1). Eine Störung der neuronalen Transmission führt zu Nervosität, Gedächtnisstörungen und motorischer Unruhe, den bekannten Symptomen des ADHS. Kontrollierte Studien haben gezeigt, dass Kinder mit ADHS im Vergleich zu gesunden Kindern häufig erniedrigte Zinkspiegel im Serum, den roten Blutkörperchen, den Haaren und den Nägeln aufweisen. Einige Untersuchungen deuten auch auf einen direkten Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Zinkdefizits und der Schwere der ADHS-Symptomatik hin (6-7).

Zink unterstützt die Therapie hyperkinetischer Verhaltensstörungen (11)

Mechanismus

Zink: Modulierende Funktionen auf verschiedene Neurotransmitter (z.B. Dopamin) im Gehirn, Hemmung des Dopamin-Transporters (DAT), Regulierung der neuronalen Glucoseutilisation (\rightarrow psychologische Symptome bei Zinkmangel, z.B. Aggressivität, Reizbarkeit)

Folgen

ZNS: Harmonisierung der Signalübertragung im Neurotransmitterstoffwechsel (z.B. Dopamin), Unterstützung des neuronalen Energiestoffwechsels

\rightarrow Verminderung der hyperkinetischen Verhaltensstörungen (z.B. Impulsivität, Hyperaktivität)

Praktischer Hinweis

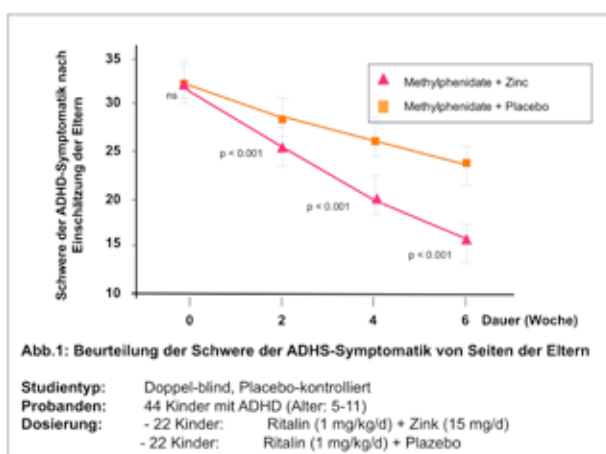
1. Die Supplementierung von Zink (z.B. 10-15 mg/d, p.o.) kann die Wirksamkeit von Methylphenidat bei hyperkinetischen Verhaltensstörungen verbessern (und teilweise den Bedarf an Psychostimulanzien verringern).
2. Kinder mit hyperkinetischer Verhaltensstörung

weisen häufig einen diätetischen Mangel an Zink auf. In Studien hatte die Supplementierung von Zink einen günstigen Einfluss auf die ADHS-Symptomatik (z.B. Hyperaktivität, Impulsivität, kognitive Leistungsfähigkeit) und die Wirksamkeit von Methylphenidat.

- Die labordiagnostische Objektivierung des Mikronährstoffstatus sowie die Kompensation von individuellen Mikronährstoffdefiziten sollte bei hyperkinetischen Verhaltensstörungen die Grundlage jeder Therapie sein (→ Auswahl von Laborparametern: Omega-3-FS (Omega-3-Index), Magnesium (Erythrozyten), Eisen (Ferritin), Zink (Vollblut) und Vitamin B6 (Vollblut)).

Zink verbessert Wirksamkeit von Methylphenidat

Im Tierversuch konnte gezeigt werden, dass ein Mangel an Zink beispielsweise die Aktivität der Dopamin- β -Hydroxylase (wandelt Dopamin in Noradrenalin um) und der Phenylethanolamin-N-methyltransferase (wandelt Noradrenalin in Adrenalin um) im Cortex, Cerebellum und Hippokampus beeinträchtigt [8]. Zink ist darüber hinaus an der Synthese von Melatonin beteiligt, welches eine bedeutende Rolle im Dopamin-Haushalt spielt. Als natürlicher Inhibitor des Dopamin-Transporters (DAT) scheint die Supplementierung von Zink einen direkten positiven Effekt auf die ADHS-Symptome zu haben [9]. In einer doppelblinden und plazebokontrollierten Studie an 44 Kindern mit ADHS (Alter: 5-11 Jahre) konnte durch die begleitende Gabe von Zink (15 mg/d, p.o.) neben der Therapie mit Methylphenidat (1 mg/kg KG/d, p.o.) die Schwere der ADHS-Symptomatik (z.B. Parents ADHS Rating Scale) nach 6 Wochen signifikant verbessert werden ($p < 0.001$)



[12] [Abb.1].

Uwe Gröber
 Akademie für Mikronährstoffmedizin
 Zweigertstr.55, 45130 Essen
 uwegroeber@gmx.net
 www.mikronaehrstoff.de

Referenzen

- [1] Gröber, U, Mikronährstoff-Beratungsprogramm. CD-ROM. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, 2008.
- [2] Stevens, L, et al., EFA supplementation in children with inattention, hyperactivity, and other disruptive behaviors. *Lipids*, 2003; 38(10): 1007-1021.
- [3] Toren P, et al., Zinc deficiency in attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiat* 1996; 40:1308-1310.
- [4] Bekarglu M, et al., Relation between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J Child Psychol Psychiat* 1996; 37: 225-227.
- [5] Kirby K, et al., Diagnosis and management of attention-deficit hyperactivity disorder in children. *Cur Opin in Pediatr* 2001; 13:190-199.
- [6] Arnold, LE, DiSilvestro, RA, Zinc in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child, Adolesc Psychopharmacol*, 2005; 15(4): 619-627.
- [7] Bilici M, et al., Double blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog in Neuropsychopharm & Biol Psychiat*, 2004; 28: 181-190.
- [8] Wenk, GL, Stammer, KL, Activity of enzymes dopamine-beta-hydroxylase and phenylethanolamine-N-methyltransferase in discrete brain regions of the copper-zinc deficient rat following aluminium ingestion. *Neurotoxicolog*, 1982; 43: 93-99.
- [9] Krause, J, SPECT and PET of the dopamine transporter in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother*, 2008; 8(4): 611-625.
- [10] Akhondzadeh, S, et al., Zinc sulfate as an adjunct to methylphenidate for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: A double blind and randomized trial. *BMC Psychiatry*, 2004; 4: 1-6.
- [11] Gröber, U, Interaktionen: Arzneimittel und Mikronährstoffe. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2009.
- [12] Gröber, U, Methylphenidat und Zink. *Deutsche Apotheker Zeitung*, 2009; 149 (14): 60-63.



Eine randomisierte kontrollierte Untersuchung über die Auswirkungen von Ernährung auf ADHS

Lidy M.J. Pelsser; Klaas Frankena; Jan Toorman; Huub F.J. Savelkoul; Rob Rodrigues Pereira; Jan K. Buitelaar

Übersetzung von Florian Müller und Dipl. Psych. Christa Müller, Schulpsychologin

Dr. Lidy Pelsser
wetenschappelijk onderzoeker
ADHD Research
Centrum
Eindhoven



Dr. Lidy Pelsser

Zusammenfassung Einleitung

Das Ziel dieser Untersuchung war, die Wirksamkeit einer eingeschränkten Eliminationsdiät (restricted elimination diet) im Sinne einer Symptomverminderung bei einer unausgewählten Gruppe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu testen. Bei ausgewählten Teilgruppen ist die Wirksamkeit einer solchen Diät bereits wissenschaftlich belegt worden. 27 Kinder (mit dem Durchschnittsalter 6,2), die alle die Kriterien für ADHS nach DSM-IV erfüllten, wurden nach Zufallsprinzip auf die Interventionsgruppe (15/27) oder die Wartekontrollgruppe (12/27) verteilt. Der cut-off für eine positive Reaktion auf die Diät im klinischen Sinne wurde gesetzt, wenn sich eine Verringerung der Symptompunkte bei der verkürzten 10-Item Conner Scala und der ADHD-DSM IV Frageliste um 50% oder mehr zeigte, die in der 9. Woche von Eltern und Lehrern auszufüllen waren. Die Analyse der Untersuchung zeigte, dass in der Interventionsgruppe wesentlich mehr Kinder diese Bedingung erfüllten, als in der Kontrollgruppe [Elternwertung 11/15 (73%) versus 0/12 (0%); Lehrerwertung 7/10 (70%) versus 0/7 (0%)]. Die Anzahl der noch vorhandenen ADHS-Kriterien zeigte eine Effektgröße von 2.1 (Cohen's d) und eine prozentuale Skalenreduzierung um 69,4%. Bei gleichzeitigem Bestehen von oppositionellem Trotzverhalten gab es ebenfalls in der Interventionsgruppe einen wesentlich stärkeren Rückgang der Symptome (Cohen's d von 1.1 bei einer Verringerung der Skalenwerte um 45,3%). Eine strikt eingehaltene Eliminationsdiät könnte für die Erforschung von ADHS bei Kindern eine wichtige Rolle spielen, insbesondere in der Frage, ob es bei der Manifestation der Störung einen Zusammenhang mit der Ernährung gibt, und ob sich die Ernährung positiv auf das Verhalten der Kinder auswirken kann.

Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität (ADHS) ist im Kindesalter eine der häufigsten Verhaltensstörungen mit Symptomen, die oft bis in die Adoleszenz oder das Erwachsenenalter persistieren [16]. Langfristig können unter anderem schlechte Leistungen in der Schule, antisoziale Persönlichkeitsstörung, Straffälligkeit oder Drogenmissbrauch, und im späteren Leben Zerrüttung der Ehe oder Arbeitslosigkeit die Folge sein [19]. ADHS ist eine multifaktorielle Störung bei der überwiegend genetische Risikofaktoren, aber auch verschiedene Umweltfaktoren eine Rolle spielen [5, 32]. Wie es genau zu der Störung kommt, ist jedoch bislang unbekannt [22, 31].

Derzeitigen Richtlinien zufolge sind Medikamente und psychologische Interventionen die am häufigsten empfohlenen und am meisten durchgeführten Behandlungsmethoden [12,18, 31]. Es existiert aber auch die Expertenauffassung, man dürfe sich nicht zu sehr auf bestehende pharmakologische Ansätze verlassen und müsse unter anderem die Wirkung von Diäten erforschen [29]. Die Wirksamkeit einer individuell angepassten standardisierten Eliminationsdiät ist bereits nachgewiesen [15]. Bei Untersuchungen, bei denen eine solche Diät zum Einsatz kam [7, 8, 14, 17, 25, 26] zeigte sie in den Teilgruppen Wirkung, die wegen Nahrungsmittelunverträglichkeit oder Allergien vorher ausgewählt worden waren [2]. Eine niederländische offene Pilotstudie, bei der 40 Kinder mit ADHS eine Eliminationsdiät machten [23], ergab bei 62% der Kinder eine Verringerung der Symptompunkte um mindestens 50% in Bewertungsbögen, die Eltern und Lehrer ausfüllten. Die vorliegende randomisierte kontrollierte Studie sollte dazu dienen, die Wirksamkeit einer Eliminationsdiät bei einer Gruppe von Kindern einzustufen, die weder nach dem Ansprechen auf diätetische Interventionen, noch nach dem Vorliegen von körperlichen Prob-

lemen vorselektiert worden waren. Diese Untersuchung wurde registriert als eine internationalen Standards entsprechende randomisierte Studie mit Kontrollgruppe mit der Nummer ISRCTN47247160.

tretenden Achse I Erkrankungen ein. Keines der Kinder nahm Psychopharmaka.

Rekrutierung der Versuchspersonen

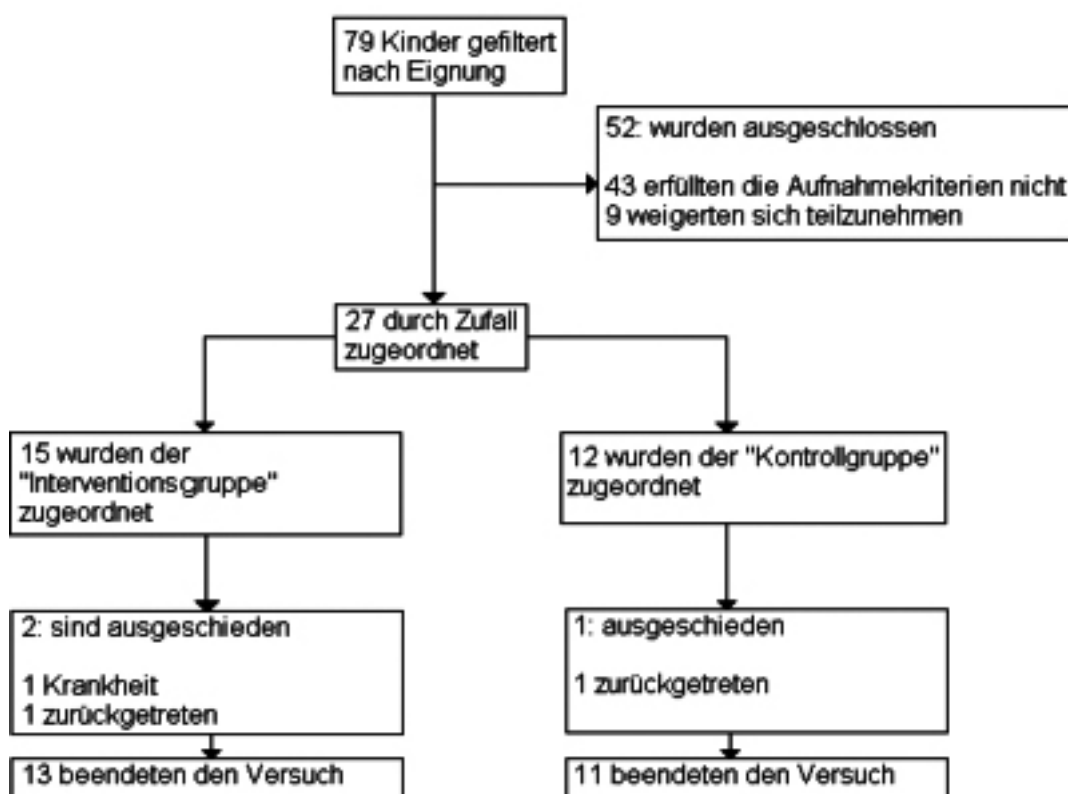
Die Teilnehmer wurden aus einer lückenlosen Folge von 79 niederländischen Kindern ausgewählt, die zwischen Januar und Juni 2006 an das „ADHD Untersuchungszentrum“ verwiesen worden waren. 27 von ihnen nahmen an dem Versuch teil (siehe Graphik 1). Sie waren zwischen 3,8 und 8,5 Jahren alt und erfüllten allesamt nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen, vierte Ausgabe (DSM-IV) die Kriterien für ADHS, Mischtypus, oder ADHS, vorwiegend Hyperaktiv-Impulsiver Typus [1]. Folgende Ausschlusskriterien wurden angewandt: adoptierte oder Pflegekinder, gleichzeitiges Bestehen neurologischer Erkrankungen, ein IQ unter 70, Frühgeburt oder Entwicklungsstörung, Alkoholmissbrauch oder Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft [31], oder gleichzeitiges Bestehen anderer psychiatrischer Störungen mit Ausnahme von oppositionellem Trotzverhalten (ODD) und antisozialer Verhaltensstörung. Das Auswahlverfahren schloss auch eine systematische und komplette Durchsicht der Symptome und diagnostische Kriterien von allen in der Kindheit auf-

Die Eltern wurden mündlich oder schriftlich über die Untersuchung informiert, und die Randomisierung fand erst nach Eingang der ordnungsgemäß unterschriebenen Einverständniserklärungen statt. Kinder, die bereits auf einer Diät waren, mussten diese mindestens 2 Wochen vor dem Versuch abbrechen.

Untersuchungsdesign und Vorgehensweise

Die Wirksamkeit einer Eliminationsdiät bei Kindern mit ADHS wurde durch einen Vergleich der Ergebnisse in der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe (Wartegruppe) festgestellt, wobei die Kinder nach dem Zufallsprinzip auf eine der beiden Gruppen verteilt wurden. Dies geschah folgendermaßen: Eine Reihe von nummerierten Karten wurden von einem unabhängigen Kinderarzt auf nicht gekennzeichnete Briefumschläge verteilt. Jede Karte beinhaltete die Information in welcher Gruppe das jeweilige Kind sein würde, wobei es für beide Möglichkeiten dieselbe Menge an Karten [21] gab. Die Eltern wählten

Graphik 1 :



und öffneten die Umschläge in Anwesenheit des die Untersuchung leitenden Wissenschaftlers und die Behandlung fand gemäß der Zuweisung auf den Karten statt.

Es gab 3 Messpunkte: zu Beginn der Untersuchung (Woche 0), am Ende der Vorlaufzeit (Woche 3), und nach der Eliminationsdiät, bzw. der Wartezeit (Woche 9).

Nach den ersten Tests begann die Vorlaufzeit. Hier sollte 2 Wochen lang der gewohnte Speiseplan befolgt werden, ohne Elimination bestimmter Nahrungsmittel. Während dieser Zeit führten die Eltern ausführlich über die Aktivitäten und das Verhalten des Kindes Buch, um die spätere Auswertung zu erleichtern. Nach der Vorlaufzeit und der zweiten Testung begann die Interventionsgruppe mit einer individuell ausgearbeiteten Eliminationsdiät [15], die 5 Wochen lang befolgt werden musste. Die Diät bestand aus Reis, Puten- und Lammfleisch, Obst, Gemüse, Margarine, Pflanzenöl, Tee, Birnensaft und Wasser [8, 23]. Die Kinder in der Kontrollgruppe ernährten sich weiterhin wie zuvor. Den Eltern wurde zu Beginn der Untersuchung angeboten, dass sie die Eliminationsdiät nach dem letz-

ADHS [21, 29]. Die Bewertungen setzten sich aus 3 Teilen zusammen: Die Anzahl der ADHS-Kriterien (insgesamt 18), 9 Feststellungen, die sich auf Aufmerksamkeitsstörungen beziehen, und 9 Feststellungen zu Impulsivität und Hyperaktivität, wobei die letzten beiden auf einer 4-Punkteskala eingestuft werden [13].

Ein weiteres Untersuchungsinstrument war ein mit den Eltern geführtes strukturiertes psychiatrisches Interview (SPI), in dem sie die DSM-IV-Merkmale für Oppositionelles Trotzverhalten (ODD) bei ihrem Kind einstuften.

Die Eltern und Lehrer, die die Fragebögen bearbeiteten, konnten nicht unter einer „verblindeten Untersuchungssituation“ arbeiten. Das war deshalb nicht möglich, weil sie diejenigen waren, die die Ernährung der Kinder überwachten, und folglich wussten, dass es sich um eine Eliminationsdiät handelte.

Statistische Analyse

Für alle statistischen Analysen wurde SPSS Version 9.0 verwendet. Die Daten wurden mit einer „Intention-to-treat-Analyse“ ausgewertet, wobei im Falle von fehlenden

Tabelle 1: zeitliche Versuchsablaufplanung

	Messpunkte	Bewertungsskala Eltern	Bewertungsskala Lehrer	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Woche 1	1 Bei Versuchsbeginn	ACS-1, ARS-1		Start der gewohnten Ernährung (Baseline)	Start der gewohnten Ernährung
Woche 2				Gewohnte Ernährung (Baseline)	Gewohnte Ernährung
Woche 3	2 nach der Vorlaufzeit	ACS-2, ARS-2 SPI	ACS-2 ARS-2	Ende der Baseline; Eliminationsdiät beginnt	Ende der Vorlaufzeit Warteliste beginnt
Woche 4-9				Eliminationsdiät	Warteliste
Woche 9	3 am Versuchsende	ACS-3, ARS-3 SPI	ACS-3 ARS-3	Eliminationsdiät endet	Warteliste endet Eliminationsdiät beginnt (falls gewünscht)

ten Testzeitpunkt ebenfalls durchführen könnten - falls sie das wünschten.

Der erste Teil der Untersuchung bildeten die von den Eltern und Lehrern jeweils vor und nach der Eliminationsdiät bzw. der Wartezeit auszufüllenden Fragebögen. Verwendet wurden die gekürzte 10-Item umfassende Conners Skala (ACS) und der ADHD Fragebogen (ARS). Die ACS [9] kam in vielen Untersuchungen im Zusammenhang mit ADHS bereits zum Einsatz [7, 8, 14, 23, 25]. Sie besteht aus 10 Fragen zum Verhalten des Kindes, mit Schwerpunkt auf Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit, und verwendet zur Bewertung eine 4-Punkteskala (0 nie, 1 manchmal, 2 häufig, 3 immer). Die häufig angewandte ARS basiert auf den DSM-IV-Merkmalen für

Daten der jeweils letzte Eintrag übernommen wurde. Als deskriptive Parameter zur Ermittlung der Effektgröße wurden der Rückgang der Symptome in Prozent und Cohen`s d verwendet. Die Effekte wurden bei $P < 0,05$ (Wahrscheinlichkeit) getestet; alle Tests wurden zweiseitig durchgeführt. Als erfolgreich wurde die Diät bei einer Versuchsperson nur angesehen, wenn sich das Ergebnis sowohl bei der ACS, als auch bei der ARS zwischen Messpunkt 2 (nach der Vorlaufzeit) und Messpunkt 3 (nach der Eliminationsdiät) um mindestens 50% verbessert hatte. Die Daten wurden mit dem t-Test und dem exakten Fisher-Test überprüft.

Ergebnisse

Insgesamt 79 Kinder wurden auf Eignung überprüft, 43 erfüllten nicht die Kriterien, und 9 verweigerten die Teilnahme. 27 Kinder nahmen an der Untersuchung teil und wurden nach dem Zufallsprinzip in die Interventionsgruppe (15) oder die Kontrollgruppe (12) aufgenommen (Details siehe unten).

Bei 3 (11%) der 27 Kindern konnten keine Daten erfasst werden: Ein Kind aus der Kontrollgruppe zog nach der

rollgruppe, so dass sich ein Untersuchungseffekt im Sinne einer Differenz zwischen den beiden Gruppen bei der ACS von 17,6 zeigte (95-prozentiges Konfidenzintervall Werte von 12,5- 22,6, $P < 0,001$, nach dem t-Test) und beim ARS bei 9,4 (bei einem Konfidenzintervall von 95 % Werte von 5,9- 12,8, bei $P < 0,001$). Im ARS waren sowohl die Symptome für Aufmerksamkeitsstörungen (Differenz im Schnitt 11,8), als auch die Symptome für Hyperaktivität/Impulsivität (Differenz im Schnitt 14,1) betroffen. Die Effektstärke

Tabelle 2: Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer zu Beginn der Studie

	Interventionsgruppe N (%)	Kontrollgruppe N (%)
Anzahl der Teilnehmer	15	12
Jungen	12/15 (80.0%)	10/12 (83.3%)
Alter (Durchschnitt, Standardabweichung)	6.3 (1.6)	6.1 (1.7)
ADHS Mischtypus	10/15 (66.7%)	8/12 (66.7%)
ADHS vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus	5/15 (33.3%)	4/12 (33.3%)
Oppositionelles Trotzverhalten	12/15 (80.0%)	10/12 (83.3%)
Unter Diät	0/15 (0%)	1/12 (8.3%)

Randomisierung die Teilnahme zurück und 2 Kinder aus der Interventionsgruppe machten das Experiment nicht bis zum Schluss mit, eines wegen Krankheit und eines, weil die Eltern nicht die Motivation hatten, sich weiter um die Diät zu kümmern. Bei 17 der 27 Kinder wurden von den Lehrern Fragebögen ausgefüllt, in den anderen Fällen waren die Lehrer sowohl am Ende der Vorlaufzeit, als auch bei der Schlussuntersuchung entweder wegen Urlaub oder Krankheit nicht verfügbar.

Untersuchungsergebnisse erste Erhebung

Zu Beginn der Untersuchung und nach der Vorlaufzeit lag bei den Tests das Durchschnittsergebnis in beiden Gruppen bei 22,7 Punkten bezogen auf die ACS und 13,7 Punkten bezogen auf den ARS, (Zahl der ADHS-Merkmale betrug im Maximum: 18). Zwischen den beiden Messungen gab es keine signifikanten Unterschiede. Bei der Schlussuntersuchung verringerte sich der Punktedurchschnitt in der Interventionsgruppe bei der ACS um 62,6% und bei der ARS um 70,3% ($P < 0,001$). In der Wartekontrollgruppe ging das Durchschnittsergebnis um 4,4% nach oben (bei der ACS) und um 2,2% nach unten (ARS).

Das Verhalten der Kinder in der Interventionsgruppe verbesserte sich also erheblich im Gegensatz zur Kont-

(Cohen`s d) betrug bei der ACS 2,8 (eine Skalenpunktverringernung um 67,3%) und bei der ARS 2,1 bezogen auf die Anzahl der ADHD Kriterien (das entspricht 69,4% Reduzierung). Aus den Elternfragebögen geht hervor, dass 11 von den 13 Kindern in der Interventionsgruppe, die die Studie bis zum Schluss mitgemacht haben, also 85% eine Verhaltensverbesserung um mindestens 50% zeigten (durchschnittliche Differenz bei der Zahl der ADHS-Merkmale 11,2 (95-prozentiges Konfidenzintervall 9,0- 13,5, $P < 0,001$). Keines der Kinder in der Kontrollgruppe (0/11) zeigte eine solche Verbesserung (durchschnittliche Differenz ADHS-Merkmale 0,3 (95-prozentiges Konfidenzintervall -0,4-0,9, $P < 0,43$).

Die Angaben der Eltern wurden durch die Lehrer bestätigt: Hier lag der rechnerische Effekt bei der ACS bei 13,3 (95-prozentiges Konfidenzintervall 7,5- 19,1, $P < 0,001$), bei der ARS 8,4 (95-prozentiges Konfidenzintervall 4,8-11,9, $P < 0,001$) mit beiden Symptomkriterien eingerechnet: Aufmerksamkeitsstörungen (Differenz im Schnitt 8,3, $P < 0,011$), und Hyperaktivität/Impulsivität (Differenz im Schnitt 12,8, $P < 0,002$). Die Effektgröße (Cohen`s d) war bei der ACS 2,4 (64,3%), und 2,5 (70,6%) bei der ARS.

Von den Elternfragebögen ausgehend waren 11 von den insgesamt 15 Kinder der Interventionsgruppe (= 73%) erfolgreich (Verbesserung um mind. 50% bei ACS u. ARS). Die Kriterien für ADHS nach DSM-IV trafen nach einer

Tabelle 3: Elterneinschätzungen, letzte durchgeführte Beobachtung zu Beginn der Untersuchung (Start), nach der Vorlaufzeit (Base) und am Schluss (End)

	Interventionsgruppe, N= 15			Kontrollgruppe N= 12				
	Start	Base	End	Base- End		Start	Base	End
	Mittelwerte (SD)			Differenz (95% CI)	P ^b (%SR)	Mittelwerte(SD)		
ACS	23.7 (3.7)	22.7 (4.1)	8.5 (7.5)	14.2 (9.7-18.7)	< 0.001 ^b 2.3 (62.6)	24.9 (4.5)	24.9 (4.2)	26.0 (4.6)
ARS Anzahl der ADHD Kriterien	14.3 (1.9)	13.8 (2.3)	4.1 (4.8)	9.7 (6.8-12.6)	< 0.001 ^b 2.6 (70.3)	13.7 (2.0)	13.7 (3.5)	13.4 (3.9)
ARS neun Items Unaufmerksamkeit	19.9 (4.5)	18.7 (4.8)	6.5 (5.7)	12.1 (8.0-16.3)	< 0.001 ^b 3.2.(65.2)	18.6 (4.4)	17.6 (6.1)	18.3 (5.3)
ARS neun Items Hyperaktivität/ Impulsivität	23.2 (1.4)	20.8 (2.7)	8.7 (6.8)	12.1 (8.2-15.9)	< 0.001 ^b 2.3 (58.2)	23.2 (3.0)	22.4 (4.5)	22.8 (5.6)
SPI ODD-Kriterien ^a		6.5 (1.2)	2.9(2.7)	3.6 (1.7-5.4)	< 0.001 ^b 1.7 (55.4)		5.4 (1.3)	5.3 (1.3)

SR = Verringerung der Skalenwerte, SD = Standardabweichung
 a ODD: N = 12 in der Interventionsgruppe N= 10 in der Kontrollgruppe

	Base-End		Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe, Endeinschätzung N =27	
	Difference (95% CI)	P ^b (% SR)	Differenz der Mittelwerte (95% CI)	P ^b (% SR)
ACS	-1.1(-2.4-0.2)	< 0.09 ^b -0.2(-4.4)	17.6 (12.5-22.6)	< 0.001 ^b 2.8(67.3)
ARS	0.3 (-0.4-2.9)	< 0.43 ^b 0.1(2.2)	9.4 (5.9-12.8)	< 0.001 ^b 2.1(69.4)
ARS neun Items Unaufmerksamkeit	-0.8 (-1.7-3.2)	< 0. 10 ^b -0.1(-4.0)	11.8 (7.4-16.2)	< 0.001 ^b 2.3(64.5)
ARS neun Items Hyperaktivität/ Impulsivität	-0.4 (-1.6-0.8)	< 0. 46 ^b -0.1(-1.8)	14.1 (9.1-19.1)	< 0.001 ^b 2.3(61.8)
SPI ODD-Kriterien ^a	0,1 [-0,9-1.1]	< 0. 83 ^b -0.1(-1.9)	2.4 (0.4-4.3)	< 0.02 ^b 1.1(45.3)

SR = Verringerung der Skalenwerte
 a ODD (Oppositionelles Trotzverhalten): N = 12 in der Interventionsgruppe N= 10 in der Kontrollgruppe
 b Effektstärke Baseline -Ende, Cohen`s d

erfolgreichen Diät in keinem der Fälle noch zu. In der Kontrollgruppe gab es keine einzige ähnliche Entwicklung bei den 12 Kindern (beidseitiger Fisher-Test, P < 0,001. Nach den Lehrerfragebögen (N = 17) schlug die Diät bei 7 von 10 Kindern an, während es in der Kontrollgruppe keine Verbesserungen gab (0 von 7, P < 0,01)

Tabelle 4 Lehrereinschätzung nach der Vorlaufzeit (Base) und am Schluss (End)

	Interventionsgruppe, N= 10				Kontrollgruppe N= 7	
	Base	End	Base-End		Base	End
	Mittelwerte (SD)		Differenz (95% CI)	P ^b (%SR)	Mittelwerte(SD)	
ACS	19.1 (5.6)	7.4 (5.3)	11.7 (8.0-15.4)	< 0.001 ^a 2.1 (61.3)	21.1 (6.7)	20.7 (5.9)
ARS Anzahl der ADHD Kriterien	12.0 (2.9)	3.5 (3.4)	8.5 (6.4-10.7)	< 0.001 ^a 2.7 (70.8)	10.9 (4.3)	11.9 (3.3)
ARS neun Items Unaufmerksamkeit	16.4 (7.4)	7.0 (6.1)	9.4 (5.9-12.9)	< 0.001 ^a 1.4.(57.3)	13.6 (6.8)	15.3 (4.3)
ARS neun Items Hyperaktivität/ Impulsivität	20.1 (5.3)	7.3 (4.8)	12.8 (8.6-17.0)	< 0.001 ^a 2.5 (63.7)	20.6 (7.4)	20.1 (7.7)

a Effektstärke Baseline -Ende, Cohens` s d
SR = Verringerung der Skalenwerte

	Base-End		Kontrollgruppe im Vergleich zur <u>Interventionsgruppe</u> , <u>Endeinschätzung</u> N =17		
	Difference (95% CI)	P ^b (% SR)	Differenz der Mittelwerte (95% CI)	P ^b (% SR)	
	ACS	0.4 (-1.9-2.8)	< 0.667 ^a 0.1 (1.9)	13.3 (7.5-19.1)	< 0.001 ^a 2.4 (64.3)
ARS Anzahl der ADHD Kriterien	-1.0 (-3.2-1.2)	< 0.309 ^a -0.3 (-9.2)	8.4 (4.8-11.9)	< 0.001 ^a 2.5 (70.6)	
ARS neun Items Unaufmerksamkeit	-1.7 (-6.2-2.8)	< 0.389 ^a -0.3 (-12.5)	8.3 (2.6-14.0)	< 0.001 ^a 1.6 (54.2)	
ARS neun Items Hyperaktivität Impulsivität	-0.4 (-1.3-2.2)	< 0.573 ^a 0.1(2.4)	12.8 (6.4-19.3)	< 0.002 ^a 2.0 (63.7)	

a Effektstärke Baseline -Ende, Cohens` s d
SR = Verringerung der Skalenwerte

Ergebnisse 2. Messzeitpunkt

Ausgehend von den halbstrukturierten Interviews (SPIs) zu Beginn der Untersuchung erfüllten 12 von 15 Kinder in der Interventionsgruppe (80%), und 10 von 12 Kinder in der Kontrollgruppe (83%) die Kriterien für ODD (oppositionelles Trotzverhalten) nach DSM-IV. In der Interventionsgruppe war die durchschnittliche Anzahl an ODD-Symptomen 6,5 (nach den DSM-IV-Kriterien hat ein Kind ODD, wenn 4 (oder mehr) der 8 Symptome vorhanden sind), in der Kontrollgruppe waren es 5,4. Am Ende der Untersuchung erfüllten in der Interventionsgruppe noch 4

von 15 Kindern (27%), und in der Kontrollgruppe 10 von 12 Kindern (83%) die Kriterien für ODD, wobei es jetzt durchschnittlich 2,9 Symptome in der Interventionsgruppe, und 5,3 Symptome in der Kontrollgruppe waren. Die Differenz zwischen den beiden Messpunkten betrug 3,6 (95-prozentiges Konfidenzintervall 1,7-5,4, P < 0,001) bei der Interventionsgruppe, und bei der Kontrollgruppe 0,1 (-0,9-1,1, P < 0,83). Im Schnitt beträgt die Differenz zwischen den beiden Gruppen 2,4 (0,4- 4,3, P < 0,02). Die Effektgröße (Cohens d) betrug 1,1 (das entspricht einer Reduktion von 45,3%).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass eine streng eingehaltene Eliminationsdiät nach spätestens 5 Wochen grundlegende Verhaltensänderungen von Kindern mit ADHS hervorrufen kann. Nach den Fragebögen, die die Eltern und Lehrer ausfüllten, verbesserte sich bei 70% der Kinder das Verhalten um 50%, und sie hatten nach DSM-IV-Kriterien kein ADHS mehr. Das Ergebnis dieser randomisierten kontrollierten Studie stimmt mit denen ähnlicher Studien überein [7, 8, 14, 17, 25, 26]. Alle Untersuchungen zum Zusammenhang von AD(H)S und Ernährung, bei denen eine Eliminationsdiät zum Einsatz kam, brachten eine Verhaltensverbesserung hervor, mal deutlicher und mal weniger deutlich. Es scheint eine Rolle zu spielen, wie weit der Speiseplan eingeschränkt wird, und das könnte sich auf den Grad der Verhaltensverbesserung auswirken: Bei einer Diät mit zu vielen verschiedenen Nahrungsmitteln, gibt es womöglich weniger Versuchspersonen, bei denen die Diät funktioniert [25]. Eine Diät, bei der nur ein Inhaltsstoff, wie Zucker, oder Zusatzstoffe ausgeschlossen werden, würde also bei einem Kind mit ADHS nicht viel bewirken [8, 10, 15]. Einige aktuelle Untersuchungen über Zusatzstoffe haben hervorgebracht, dass künstliche Farbstoffe und das Konservierungsmittel Benzoesäure- bis zu einem gewissen Grad bei allen 3-jährigen hyperaktive Verhaltensweisen auslösen und nicht nur bei hyperaktiven Kindern [4, 20]. Das könnte bedeuten, dass es einen allgemeinen ungünstigen Effekt (mit einer geringen Effektgröße [0,18]. von Zusatzstoffe und Konservierungsmittel auf das Verhalten von allen kleinen Kindern gibt. Da es in der Untersuchung um die Auswirkungen von Ernährung auf ADHS gehen sollte, wurden alle Kinder mit potentiell prädisponierenden umweltbedingten Risikofaktoren für ADHS, wie übertragene Säuglinge, entwicklungsgestörte Kinder und solche, die durch Rauchen oder Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft geschädigt worden waren, von dem Versuch ausgeschlossen [31]. Es wurde versucht, die Untersuchung möglichst wissenschaftlich-neutral vorzubereiten und durchzuführen; die Kinder waren nicht aufgrund von Ansprechen auf diätische Interventionen vorselektiert worden.

Zu Beginn des Versuchs erfüllten auch 22 von 27 Kindern die Kriterien für ODD, 80% der Kinder in der Interventionsgruppe, und 83% in der Kontrollgruppe. ODD ist bei ADHS sehr häufig [31]. Am Ende des Versuchs erfüllten alle Kinder in der Kontrollgruppe noch die Kriterien, doch in der Interventionsgruppe hatten die ODD-Merkmale um 66% abgenommen. Es wäre eigentlich davon auszugehen gewesen, dass sich das ODD-Verhalten in der Interventionsgruppe verschlimmert, als Reaktion auf die Einschränkungen der Diät, die sie bestimmt nicht mögen würden.

Wie es scheint, kann man mit der Eliminationsdiät starken Einfluss auf die ADHS- sowie auch auf die ODD-Symp-

tome nehmen. Das ist besonders wichtig, da ADHS-Kinder mit ODD oder antisozialer Verhaltensstörung oft langfristige Anpassungsschwierigkeiten haben [3]. Die Vermutung liegt nahe, dass die Anwendung einer Eliminationsdiät bei allen Kindern dieses Risiko verringern könnte.

Grenzen der Untersuchung

Die Untersuchung war nicht „verblindet“, es gab kein Placebo. Da bei der Eliminationsdiät nur sehr wenige Nahrungsmittel gegessen werden dürfen, ist es praktisch unmöglich eine zweckmäßige Placebodiät zusammenzustellen. Die Tatsache, dass sich bereits eine kleine Änderung bei der Ernährung eines Kindes, etwa das Weglassen von Zusatzstoffen, positiv auf das Verhalten auswirken kann [4, 20], illustriert, wie schwierig es wäre, eine Placebodiät zu erschaffen. Die Eltern und die Lehrer wussten von der Intervention, eine Einschränkung, die man zur Kenntnis nehmen muss. Auch wenn offene randomisierte kontrollierte Studien oft zum Einsatz kommen, wenn das Verblinden Schwierigkeiten darstellt [6, 11, 24, 27, 28, 30, 33, 34], wäre eine Wiederholung des Versuchs mit Verblindungsmaßnahmen durch einen unabhängigen Beobachter wünschenswert [6]. Auch das Einbinden von objektiven Tests der Aufmerksamkeitsfähigkeit und Verhaltensparametern sollte in Betracht gezogen werden.

Es wäre auch denkbar, dass die Verhaltensverbesserungen teilweise durch die erhöhte Zuwendung erklärbar würden. Um diesen Effekt zu messen, sollten die Eltern während der Vorlaufzeit ihr Kind genau beobachten und über alles Buch führen. Im zweiten Test, der nach dieser Periode stattfand, waren jedoch kaum Unterschiede zum Anfang zu erkennen. Dennoch müssen Placeboeffekte durch Erwartungen und das Engagement der Eltern in Betracht gezogen werden.

Das Aufrechterhalten einer Eliminationsdiät kann als beschwerlich empfunden werden. Das Management der Diät ist schwer und kann belastend für die ganze Familie sein [8]. Diese Methode wird also nicht bei allen Kindern mit ADHS anwendbar sein. Dennoch kann das Ausprobieren einer anderen Ernährung für manche Kinder eine Möglichkeit sein, und interessierten Eltern sollten die Möglichkeit angeboten werden, eine solche Diät bei ihrem Kind durchzuführen, sofern ein Spezialist die Intervention überwachen kann [15]. Wenn die Diät bei einem Kind anschlägt, sollten Experimente mit bestimmten Nahrungsmitteln unternommen werden, um die belastenden Stoffe zu identifizieren und die Diät auf ein breiteres Spektrum ausweiten zu können. Weitere Erforschungen könnten sich auf Nachbeobachtungen in Anschluss an eine diätische Intervention konzentrieren, und auf die Möglichkeit dauerhafte Diäten durchzuführen.

Wie genau die Effekte, die Nahrung auf den Körper haben kann, zustande kommen, ist unklar. Toxische, phar-

makologische, und immunologische Mechanismen könnten dabei eine Rolle spielen und die physiologischen Auswirkungen von verschiedenen Nahrungsmitteln können weit gestreut sein [8]. Hier besteht noch Forschungsbedarf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Untersuchung die Ergebnisse vorheriger Untersuchungen bestä-

tigt [7, 8, 14, 17, 25, 26], dass sich eine gut überwachte, standardisierte Eliminationsdiät positiv auf das Verhalten mancher Kinder auswirkt, und dass sie beim Klären der Frage nützlich sein könnte, ob die Ernährung bei der Manifestation der Störung eine Rolle spielt.



References

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. APA, Washington
- Arnold LE (1999) Treatment alternatives for ADHD. *J Atten Disord* 3:30–48
- Barkley RA (1998) Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press, New York
- Bateman B, Warner JO, Hutchinson E, Dean T, Rowlandson P, Gant C, Grundy J, Fitzgerald C, Stevenson J (2004) The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. *Arch Dis Child* 89:506–511
- Biederman J, Faraone SV (2005) Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 366:237–248
- Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huysen J, Kamphuis JH (2005) Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 73:647–657
- Boris M, Mandel FS (1994) Food and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. *Ann Allergy* 72:462–468
- Carter CM, Urbanowicz M, Hemsley R, Mantilla L, Strobel S, Graham PJ, Taylor E (1993) Effects of a few food diet in attention deficit disorder. *Arch Dis Child* 69:564–568
- Conners CK, Goyette CH, Southwick DA, Lees JM, Andrulonis PA (1976) Food additives and hyperkinesia: a controlled double-blind experiment. *Pediatrics* 58:154–166
- Cruz NV, Bahna SL (2006) Do food or additives cause behavior disorders? *Pediatr Ann* 35:744–745, 748–754
- Deale A, Chalder T, Marks I, Wessely S (1997) Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 154:408–414
- Dulcan M (1997) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:855–1215
- Dupaul GR (1991) Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *J Clin Child Psychol* 20:242–253
- Egger J, Carter CM, Graham PJ, Gumley D, Soothill JF (1985) Controlled trial of oligo-antigenic treatment in the hyperkinetic syndrome. *Lancet* 1:540–545
- Hill P, Taylor E (2001) An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child* 84:404–409
- Hill P (2005) Attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child* 90:i1
- Kaplan BJ, McNicol J, Conte RA, Moghadam HK (1989) Dietary replacement in preschool-aged hyperactive boys. *Pediatrics* 83:7–17
- Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S (2004) International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 14:11–28
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M (1993) Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50:565–576
- McCann D, Barrett A, Cooper A, Crumpler D, Dalen L, Grimshaw K, Kitchen E, Lok K, Porteous L, Prince E, Sonuga-Barke E, Warner JO, Stevenson J (2007) Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebocontrolled trial. *Lancet* 370:1560–1567
- Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T, Atomoxetine ADHD Study Group (2001) Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebocontrolled, dose-response study. *Pediatrics* 108:E83
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (2000) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:182–193
- Pelsser LMJ, Buitelaar JK (2002) Gunstige invloed van een standaardeliminatie op het gedrag van jonge kinderen met aandachtkorthyperactiviteitsstoornis (ADHD), een verkennend onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 146:2543–2547
- Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, de Boo TM, Severens JL, van der Wilt GJ, Spinhoven P, van der Meer JW (2001) Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 357:841–847
- L.M.J. Pelsser et al. A randomised controlled trial into the effects of food on ADHD
- Schmidt MH, Mocks P, Lay B, Eisert HG, Fojkar R, Fritz-sigmund D, Marcus A, Musaeus B (1997) Does oligoantigenic diet influence hyperactive/conductdisordered children, a controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 6:88–95
- Schulte-Korne G, Deimel W, Guttenbrunner C, Hennighausen K, Blank R, Rieger C, Remschmidt H (1996) Effect of an oligo-antigen diet on the behavior of hyperkinetic children. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 24:176–183
- Smithuis F, Kyaw MK, Phe O, Aye KZ, Htet L, Barends M, Lindegardh N, Singtoroj T, Ashley E, Lwin S, Stepniowska K, White NJ (2006) Efficacy and effectiveness of dihydroartemisinin-piperaquine versus artesunate-mefloquine in falciparum malaria: an open-label randomised comparison. *Lancet* 367:2075–2085
- Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, Scheewe S, Scheidt R, Schmid-Ott G, Schnopp C, Szczepanski R, Werfel T, Wittenmeier M, Wahn U, Gieler U (2006) Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *Br Med J* 332:933–938
- Steer CR (2005) Managing attention deficit/hyperactivity disorder: unmet needs and future directions. *Arch Dis Child* 90:19–25
- Stulemeijer M, de Jong LW, Fiselier TJ, Hoogveld SW, Bleijenberg G (2005) Cognitive behaviour therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. *Br Med J* 330:14–19
- Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Zuddas A (2004) European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13:17–30
- Taylor E, Rogers JW (2005) Practitioner review: early adversity and developmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 46:451–467
- Van Wijck AJ, Opstelten W, Moons KG, van Essen GA, Stolker RJ, Kalkman CJ, Verheij TJ (2006) The PINE study of epidural steroids and local anaesthetics to prevent postherpetic neuralgia: a randomised controlled trial. *Lancet* 367:219–224
- Wilson DC, Cairns P, Halliday HL, Reid M, McClure G, Dodge JA (1997) Randomised controlled trial of an aggressive nutritional regimen in sick very low birthweight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 77:F4–F11



ADHS und Kaufsucht

Kaufsucht gehört zu den Störungen der Impulskontrolle. Sie kann auch im Rahmen anderer Erkrankungen auftreten. Bei ADHS zeigen sich häufiger Störungen der Impulskontrolle und Kaufsucht ist für viele ADHS-ler ein Thema, das sie immer wieder beschäftigt.

Nicht wenige ADHS-ler haben immer wieder das Bedürfnis sich Dinge spontan und sofort kaufen zu müssen. Oft beschreiben sie dies wie eine innere Getriebenheit und eine Art Sucht sich immer wieder neue Konsumartikel aneignen zu müssen, ohne dass sie diese wirklich benötigen. In unserer Praxis fragen wir im Rahmen der von uns durchgeführten ADHS-Trainingskurse immer wieder auch nach Kaufzwängen und Verschuldung. Es ist oft unglaublich, was eine Gruppe von ADHS-lern an Erkenntnissen über Kaufsucht zusammentragen kann. So berichtete eine Patientin darüber, 63 Paar Turnschuhe zu besitzen, ein weiterer Patient erzählte, dass er immer wieder in teuren Geschäften nach den neusten und ausgefallensten Hemden suchen müsse und er dafür sehr viel Geld ausbebe. Er könne dann diese Hemden höchstens dreimal tragen, weil er dann etwas Unperfektes an diesem Hemd fände und jeder kleinste Makel an seiner Bekleidung für ihn einfach so unerträglich sei, dass er sie nicht noch einmal anziehen könne. Dieser Patient brachte es auf 103 Hemden, die er aktuell in seinem Kleiderschrank gezählt hatte. Häufig berichten die Patienten auch, dass sie dann einkaufen gehen, wenn sie sich frustriert, leer oder unzufrieden fühlen. Wenn sie kaufen, haben sie ein kurzfristiges Gefühl der Befriedigung, das aber nicht lange anhält und schon wieder müssen sie dann, wie süchtig Getriebene, Jagd auf ein neues Objekt ihrer Begierde machen. ADHS-ler haben dabei auch immer wieder etwas Unersättliches. Es ist nie genug und ihre Bedürfnisbefriedigung reicht oft nur für einen kurzen Zeitraum und schon entsteht in ihnen ein neues Bedürfnis, das sie sofort befriedigen möchten. Es ist häufig auch wie ein unstillbarer Hunger nach Abwechslung, nach Spannung und dem Kick. Wir nennen das „Sensation seeking“, die Suche und die Sucht nach Sensation und Ereignissen, die über Monotonie und Langeweile hinwegtäuschen soll, weil gerade diese Situationen oft für ADHS-ler so unerträglich sind. Es ist die ständige Gier nach mehr und es zeigt sich wohl nirgends deutlicher

als in den ADHS-Liedern von Mick Jagger: „I can't get no satisfaction“, von Queen: „I want it all“ oder aber von Konstantin Wecker: „Genug ist nicht genug“.

ADHS ist häufig auch eine Erkrankung der Exzesse, der Extreme und der Maßlosigkeit. ADHS-ler können Langweile und Ereignislosigkeit sehr bedrohlich erleben, nämlich als bleierne Schwere, als Vakuum, mit dem sie nichts anzufangen wissen. Diesen Gefühlen versuchen sie durch eine Art Ersatzbefriedigung zu entgehen. Das Leben wird wieder spannend, wenn ADHS-ler sich auf die Jagd nach Schnäppchen oder dem „megageilen“ T-Shirt machen oder in eBay sich die ausgefallensten Sachen ersteigern. Und es ist ein wenig wie bei der Jagd: Sobald die Beute ihnen gehört, wird schon wieder nach der nächsten Ausschau gehalten, statt das gejagte oder erworben Beutestück genießen zu können.

Und so entsteht immer wieder ein Gefühl von Getriebenheit, Gereiztheit und Unzufriedenheit. ADHS-ler vergessen auch immer wieder sehr schnell, was sie alles haben und sie neigen dazu den Focus auf das zu richten, was sie ersehnen und erträumen, oder was für sie unerreichbar ist. Ihre Mitmenschen haben häufig große Schwierigkeiten mit dieser Maßlosigkeit umzugehen und sie können nicht verstehen, warum sich ADHS-ler so schnell übervorteilt und zu kurz gekommen wähnen. Häufig reklamiert der ADHS-ler eine vermeintliche Ungerechtigkeit oder Benachteiligung auch in materiellen Dingen, die objektiv so für andere nicht feststellbar ist.

Nicht wenige ADHS-ler sind auch auf Grund ihres Kaufzwanges überschuldet. Sie kaufen spontan, ohne die Konsequenzen ihrer Einkäufe zu überdenken, ohne auf ihr Konto zu schauen und ohne den Überblick zu haben, ob sie sich ihre Einkäufe überhaupt leisten konnten. Sie kaufen erst und merken oft zu spät, dass sie das alles auch bezahlen müssen. So neigen sie dazu auf Raten zu kaufen und häufig ist das gekaufte Objekt schon vergessen, wenn die Rechnung auftaucht und die Bezahlung angemahnt wird. Von dieser Mentalität leben Versandhäuser mit Kleinkrediten und natürlich auch die Inkassobüros, die vergessene Zahlungen eintreiben bzw. immer wieder Zah-

lungen anmahnen müssen, mit denen der ADHS-ler über seine Verhältnisse gelebt hat. Manchmal kaufen sie auch Sachen doppelt oder dreifach, weil sie einfach gar nicht mehr wissen, was sie bereits alles gekauft haben.

Das Tragische dabei ist, dass der ADHS-ler meist nie genug Geld zur Verfügung hat, denn verfügt er über mehr Geld, schraubt er seine Ansprüche hoch und schon reicht es wieder nicht. Sein Problem ist nicht der vermeintliche Mangel, sondern seine Unersättlichkeit. So ist es zunächst für Betroffene wichtig sich selbst die eigene Kaufsucht einzugestehen, statt andere für die eigene Unzufriedenheit verantwortlich zu machen. Der ADHS-ler muss erfahren, dass eine materielle Konsumbefriedigung nicht sein Problem der Unzufriedenheit löst, sondern dass er sein Glück nur in sich selbst und in der Auseinandersetzung mit seiner Problematik finden kann. Auch muss er lernen, dass Begrenzungen und Verzicht zum Leben gehören. Es ist so schwer für ADHS-ler Misserfolge, Enttäuschungen und Kränkungen als lebensimmanent zu akzeptieren und zu lernen trotz dieser unausweichlichen Schattenseiten des Lebens ein glücklicher Mensch zu sein. Eigent-

lich will der ADHS-ler nur Spaß und Erfolg und er ist auf der Suche nach dem verlorenen Glück und dem vollkommenen Leben. Dabei ist niemanden so etwas zu Lebzeiten versprochen worden, aber der ADHS-ler fordert es trotz und beleidigt ein. Manchmal sind ADHS-ler dann wie 3-Jährige: sie wollen alles jetzt, sofort und immer und wenn sie es nicht bekommen, verhalten sie sich wie ungezogene Kinder, die gereizt und missgestimmt ihren Ärger und ihre Wut über die Ungerechtigkeit der Welt kundtun.

In der Therapie der Kaufsucht geht es dann für den ADHS-ler darum das eigene Glück nicht im Materiellen zu suchen, sondern die eigene Mitte zu finden und sich darauf zu besinnen, was sie wirklich brauchen und was sie wirklich auf die Dauer glücklich macht. Weiterhin ist es wichtig für sie zu lernen, dass Entbehrungen und Einschränkungen zum Leben gehören und nicht zwangsläufig zu Missmut und Frustration führen müssen.

Dr. Astrid Neuy-Bartmann ■

ADHS und berufliche Rehabilitation im Bogenhagen Berufsbildungswerk, Timmendorfer

Berufsbildungswerke sind spezifische Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation mit besonderen Rahmen- und Förderbedingungen, die jungen Menschen mit Behinderungen und Benachteiligungen eine berufliche Erstausbildung ermöglichen. Bundesweit gibt es 52 Berufsbildungswerke mit etwa 15.000 Ausbildungsplätzen in mindestens 190 Berufen. Die Ausbildung erfolgt in anerkannten Ausbildungsberufen. Darüber hinaus bieten Berufsbildungswerke spezielle berufsvorbereitende Maßnahmen an. Dies sind die Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB), Eignungsabklärung und Arbeitserprobung.

Das Ziel der Berufsbildungswerke ist die Eingliederung der Rehabilitanden in den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die persönliche, soziale und gesellschaftliche Integration. Großen Wert wird daher auf die Unterstützung der jungen Menschen bei der Entwicklung ihrer Persönlichkeit gelegt, um sie umfassend auf ein selbstständiges Leben außerhalb des Berufsbildungswerkes vorzu-

Berthold Radtke
Psychotherapeut
Bogenhagen
Berufsbildungswerk



Berthold Radtke



Auszubildender beim Lesetraining mit Celeco „Richtig lesen lernen“ / Förderunterricht

bereiten. Die Rehabilitanden werden individuell gefördert. Ein Team von Ausbildern, Pädagogen, Sozialpädagogen, Lehrern, Psychologen und Ärzten arbeitet interdisziplinär zusammen, um den Rehabilitanden optimale Entwicklungs-, Qualifizierungs- und Ausbildungsbedingungen zu gewährleisten. Um den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern, verfügen die Berufsbildungswerke im Allgemeinen über einen Integrationsdienst oder beraten im Rahmen des Sozialdienstes.

Ganzheitliche Förderung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation

Im Bugenhagen Berufsbildungswerk werden Jugendliche und junge Erwachsene in 36 Berufen ausgebildet. Während der zwei- oder dreijährigen Ausbildungszeit werden in externen Betrieben mehrwöchige Praktika durchgeführt. In einigen Berufen erfolgt die Ausbildung insgesamt in Kooperationsbetrieben. Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (Dauer 11 Monate), Eignungsabklärungen (bis zu drei Monaten) und Arbeitserprobungen (20 Arbeitstage) werden ebenfalls durchgeführt. Zum großen Teil wohnen die Teilnehmer in unterschiedlichen Wohnformen des Internates und werden dort sozialpädagogisch unterstützt. Die Auszubildenden und Teilnehmer der Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme besuchen überwiegend die angrenzende Berufsschule.

Wichtige Elemente der individuellen Förderung sind Förderplangespräche, Selbst- und Fremdbeurteilungen, Zielvereinbarungen sowie Rückmeldegespräche. Der sozialpädagogische, sonderpädagogische und psychologische Fachdienst sowie der Gesundheitsfachdienst unterstützen und begleiten die Teilnehmer im beruflichen Rehabilitationsprozess. Die Integrationsberatung unterstützt die jungen Menschen bei der Arbeitssuche und bietet Arbeitsgebern vor Ort umfassende Beratung und Unterstützung. Die Anmeldung für die Maßnahmen erfolgt über die Agen-

turen für Arbeit oder im Einzelfall durch einen anderen Kostenträger (z. B. Versicherungen).

ADHS-Modellversuch in Berufsbildungswerken und drei sonstigen Reha-Einrichtungen

Das Bugenhagen Berufsbildungswerk hat von 2004 bis 2007 an einem bundesweiten ADHS-Modellversuch mit acht weiteren Berufsbildungswerken und drei sonstigen Reha-Einrichtungen teilgenommen. Im Rahmen des umfangreichen Modellversuches wurden verschiedene Interventionen/Maßnahmen durchgeführt. Am Modellversuch im Bugenhagen Berufsbildungswerk haben insgesamt 28 Personen aus unterschiedlichen Bereichen mitgearbeitet. Hierzu zählten Ausbildung, Internat, Sonderpädagogischer Fachdienst, Berufsschule, Psychologischer Fachdienst, Integrationsdienst und ein Arzt. In der ADHS-Modellgruppe haben sechs Auszubildende aus unterschiedlichen Ausbildungsbereichen mitgearbeitet. An der Kontrollgruppe haben ebenfalls sechs Auszubildende teilgenommen. Die ADHS-spezifischen Interventionen für die Modellgruppe waren im Einzelnen: Coaching, Infogruppe/Psychoedukation, ADHS-spezifisches Training sozialer Kompetenzen (angelehnt an Copeland & Walker/Neuhaus), Strategietraining (angelehnt an Lauth & Schlottke), Strukturierungshilfen sowie medizinische Begleitung/Medikation. Schulung und Praxistraining für Mitarbeitende waren weitere Interventionen. Die am Modellversuch beteiligten Personen konnten ihre fachliche Kompetenz verbessern, dies zeigen die Befragungsergebnisse. Die Teilnehmer der Modellgruppe konnten ebenfalls von den Interventionen/Maßnahmen des Modellversuches profitieren. Sie konnten beispielsweise ihr Wissen über ADHS verbessern und wurden von den Mitarbeitern in ihrer Entwicklung positiver eingeschätzt als die Teilnehmer der Kontrollgruppe.



Eingangsbereich



Ehemaligentreffen

Kinder- und Jugendpsychiater begleitet und berät die Rehabilitanden im Bugenhagen Berufsbildungswerk

Das Konzept des Modellversuches war die Grundlage für das jetzige Förderkonzept junger Menschen mit ADS/ADHS im Bugenhagen Berufsbildungswerk. So kommt weiterhin regelmäßig ein Kinder- und Jugendpsychiater ins Bugenhagen Berufsbildungswerk zur begleitenden Einzelfallanalyse. U. a. berät er die Rehabilitanden und Eltern, erläutert die medikamentöse Therapie, klärt über Wirkungen und Nebenwirkungen auf und kontrolliert den Behandlungsverlauf. Die Rehabilitanden können die Medikamente dann über unseren Gesundheitsfachdienst erhalten. Der Psychologische Fachdienst begleitet den Behandlungsverlauf durch kontinuierliche Gespräche mit allen am Rehabprozess Beteiligten.

Kompetenzerweiterung durch spezielle Fortbildungen

Individuelle Förderung im Bugenhagen Berufsbildungswerk bedeutet, junge Menschen mit ADS/ADHS vor allem dort zu fördern, wo sie arbeiten, lernen und wohnen. Fortbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hat im Bugenhagen Berufsbildungswerk daher einen hohen Stellenwert. Nach dem Modellversuch konnte die fachliche, berufliche Kompetenz der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch weitere ADHS-Fachvorträge, Fallbesprechungen, Fallsupervisionen und ADHS-Seminare sowie durch den Erfahrungsaustausch weiter erhöht werden. Gleiches gilt für die Berufsschullehrer, die ebenfalls an Fachvorträgen zum Thema ADS/ADHS im Bugenhagen Berufsbildungswerk teilgenommen haben. Ziel der Fortbildungen ist die individuelle ADHS-spezifische Förderung in den unterschiedlichen Lern-, Unterweisungs-, Arbeits- und Wohnbereichen noch weiter zu verbessern, z. B. durch

Unterrichtsgestaltung, Strukturierungshilfen, Lernstrategien und pädagogische Strategien.

Zielpaten helfen weiter

Probleme sollen normalerweise dort bearbeitet werden, wo sie auftreten. Wichtige Zielkriterien der pädagogischen Arbeit in den jeweiligen Bereichen Ausbildung, BvB, Internat, Berufsschule sowie Sonderpädagogischer Fachdienst sind u. a. Motivation, Zuverlässigkeit, Planen und Organisieren, Konflikt- und Teamfähigkeit, Selbstvertrauen, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung. Eine Zielpatin oder ein Zielpate aus einem der oben genannten Bereiche unterstützt den Rehabilitanden lösungsorientiert bei der Bearbeitung und Erreichung der vereinbarten Förderziele.

Psychologische Begleitung

Psychologische Kriseninterventionen und Beratungsgespräche sowie psychotherapeutische Begleitung sind für viele unserer Rehabilitanden, insbesondere mit einer ADS/ADHS, wichtig und notwendig. Im Psychologischen Fachdienst arbeiten zwei Psychologen und zwei Psychologinnen sowie Psychologinnen auf Honorarbasis mit unterschiedlichen Spezialisierungen: ADHS, Autismus, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Neuropsychologie, Diagnostik.

Psychoedukation und Trainingsgruppen

Nach dem Modellversuch wurden weitere Infogruppen und ADHS-spezifische Trainingsgruppen sozialer Kompetenzen mit Erfolg durchgeführt. Die Module für die Trainingsgruppe wurden angelehnt an Hesslinger et al. erweitert. An der jetzigen ADHS-Gruppe nehmen acht Rehabilitanden teil. Die ADHS-Gruppe trifft sich einmal in der Woche, ist halboffen und findet kontinuierlich statt. Aufgrund des Bedarfs sollen ab Mitte Oktober 2009 zwei



Trainingsgruppen gleichzeitig angeboten werden. In den letzten zwei Jahren hatten etwa 8-10% der Rehabilitanden eine diagnostizierte ADS/ADHS, etwa 30-40% von ihnen nahmen an einer medikamentösen Therapie teil.

Neben ADHS-spezifischen Angeboten, gibt es weitere Fördermaßnahmen, die nach individuellem Bedarf bzw. Störungsbild angeboten werden. An der Entspannungsgruppe (PR nach Jacobsen) haben auch einige Jugendliche mit ADHS gerne teilgenommen. An der Gruppe Skills-training nimmt derzeit auch eine junge Frau mit ADHS teil. Demnächst startet eine Feldenkraisgruppe.

Sport- und Freizeitangebote

Die vielfältigen Sport- und Freizeitangebote des Freizeitbereiches wie z. B. Fitnesstraining, Schwimmen, Tanzkurse, Theater- und Musik-AG werden insbesondere von Jugendlichen mit ADHS gerne angenommen. In der BBW-Fußballmannschaft sind Jugendliche mit ADHS oft die stolzen Leistungsträger.

Suchtprävention

Die suchtpräventive Arbeit wird durch zwei ausgebildete Suchtpräventionskräfte und eine pädagogische Mitarbeiterin durchgeführt. Die primärpräventive Arbeit zielt darauf ab, den Konsum von illegalen und möglichst auch legalen Suchtmitteln bzw. süchtiges Verhalten zu vermeiden. Die sekundäre Arbeit richtet sich speziell an Konsumierende und Suchtgefährdete. Für Suchtgefährdete wird eine Begleitgruppe mit sechs aufeinanderfolgenden Terminen angeboten. Die Vermittlung in ambulante oder stationäre Therapien übernimmt der Suchtkrankenhelfer in Kooperation mit einer Suchtberatungsstelle. Der Suchtkrankenhelfer hält während der Therapiezeit den Kontakt zum Teilnehmenden.

Kooperation mit Kostenträgern

Sehr wichtig für das Bugenhagen Berufsbildungswerk ist eine gute Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit und den Argen. Nach Anfrage wurden im Oktober 2008 meh-

rere Agenturen für Arbeit aus Schleswig-Holstein zum einem ADHS-Fachvortrag eingeladen. Inhalte des Vortrages waren Grundlagen, ADHS-Modellversuch, berufliche Rehabilitation junger Menschen mit ADS/ADHS im Bugenhagen Berufsbildungswerk und die Integration in den Arbeitsmarkt.

Telefonsprechstunde

Für Fragen im Zusammenhang mit ADS/ADHS bietet das Bugenhagen Berufsbildungswerk eine Telefonsprechstunde an. Häufig kommen interessierte Eltern mit ihrer Tochter oder ihrem Sohn auch ins Bugenhagen Berufsbildungswerk, um sich vor Ort über Rahmenbedingungen, spezielle Förder- und Therapieangebote, Ausbildungsmöglichkeiten, Anmeldung etc. zu informieren.

Verbesserung der beruflichen Perspektive

Die Chancen die berufsvorbereitenden Maßnahmen und die Ausbildung erfolgreich zu absolvieren, haben sich für Jugendliche / junge Erwachsene mit ADS/ADHS erhöht. In wenigen Fällen muss die Maßnahme/Ausbildung jedoch vorzeitig beendet werden. Wobei auch die Möglichkeit besteht, nach erfolgreicher Therapie die Maßnahme/Ausbildung fortzusetzen. In der Regel ist es jedoch schwierig, schnell einen geeigneten Therapieplatz zu bekommen. Dadurch wird die berufliche Rehabilitation für die Betroffenen erschwert und verlängert.

Zusammenfassend betrachtet hat sich die berufliche und persönliche Perspektive junger Menschen mit ADS/ADHS im Bugenhagen Berufsbildungswerk in den letzten Jahren deutlich verbessert.

■

ADHS-Modellversuch

zur beruflichen Qualifizierung lernbehinderter junger Menschen mit ADHS in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Von Mai 2004 bis Mai 2008 wurde dieser ADHS-Modellversuch federführend in Zusammenarbeit der beiden Berufsbildungswerke Waiblingen und Lingen durchgeführt, finanziert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales. In die Kooperationsarbeit wurden bundesweit 11 weitere Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation einbezogen, die mit lernbehinderten jungen Menschen arbeiten. In diesen Einrichtungen können junge Menschen eine berufsvorbereitende Maßnahme bzw. eine Ausbildung durchlaufen und ggf. auch vor Ort wohnen. Ein Mitarbeitendenteam von AusbilderInnen, pädagogischen und psychologischen Fachkräften sowie von ÄrztInnen ist für die individuelle Förderung der jungen Menschen mit dem Ziel einer erfolgreichen Integration auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt sowie der persönlichen und sozialen Reife zuständig.

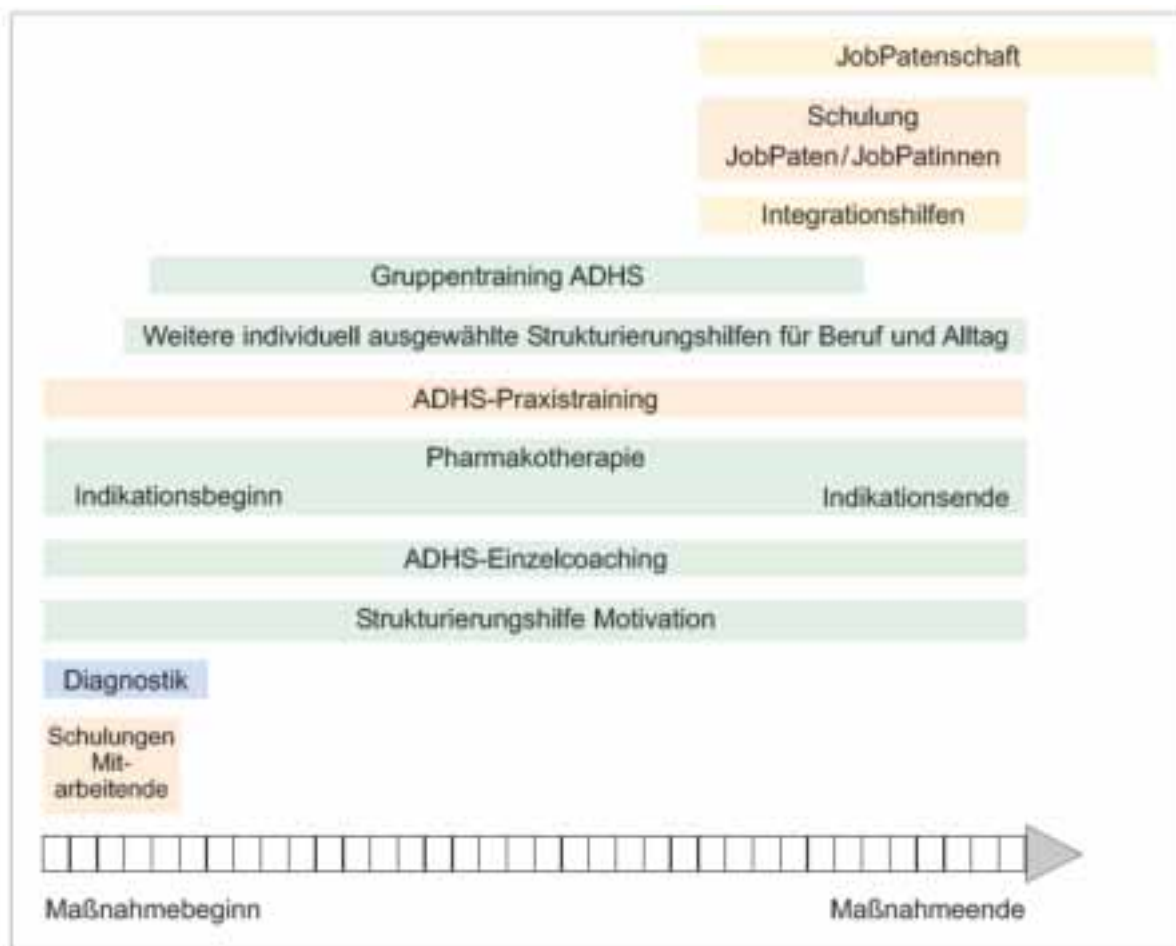
Die Berufsbildungswerke Waiblingen und Lingen stellen eine ADHS-spezifische Förderkonzeption zur beruflichen Qualifizierung und Integration von jungen Menschen mit ADHS zusammen, die verschiedene Module umfasst:

Maike Keller
Dipl. Psychiaterin, Dipl. Pädagogin, Psychotherapeutin



Maike Keller

Zeitlicher Ablauf der Maßnahmen





Diese Module werden bereits im Beitrag von Bertold Radtke aus dem BBW Bugenhagen beschrieben, weshalb hier nicht mehr näher darauf eingegangen wird. Eine ausführliche Handreichung zu den Inhalten und der Durchführung aller Module wurde im Rahmen des ADHS-Modellversuches erstellt.

Neben der Module zur Schulung und Weiterbildung der Mitarbeitenden (rot hinterlegt) war ebenfalls ein Diagnostik-Modul (blau hinterlegt) enthalten, zum einen, um ggf. eine Veränderung der Symptomatik durch die ADHS-spezifischen Förderung zu belegen, zum anderen um „ADHS-Verdachtsfälle“ überprüfen zu können. Die Module zur Qualifizierung (grün hinterlegt) nahmen im Rahmen des Modellversuches 83 jungen Menschen mit ADHS wahr, Jobpatenschaften, d.h. ehrenamtliche, ADHS geschulte Begleitung nach Beendigung der beruflichen Rehabilitation, nahmen 13 junge Menschen für sich in Anspruch. Insgesamt zeigte sich bei den beteiligten jungen Menschen eine hohe Zufriedenheit mit den Modulen, insbesondere mit dem ADHS-Einzelcoaching. Ebenso verzeichneten die Mitarbeitenden durch die Schulungsbausteine in ihrem Wissen und in ihrer Handlungskompetenz bzgl. ADHS einen für sie bedeutsamen Zuwachs. Darüber hinaus waren weniger Maßnahmenabbrüche und eine höhere Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei diesen jungen Menschen zu verzeichnen als bei den 33 jungen Menschen mit ADHS, die diese Module nicht absolvierten.

Das Berufsbildungswerk Waiblingen hält deshalb auch nach Beendigung des ADHS-Modellversuches an dieser Förderkonzeption für junge Menschen mit ADHS fest. Erweitert wurde diese Konzeption um eine Aikidogruppe für junge Menschen mit ADHS sowie um eine ADHS-Sprechstunde, die sowohl externe Interessierte als auch interne Mitarbeitende und Jugendliche aufsuchen können. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass immer mehr junge Menschen mit ADHS den Weg in das Berufsbildungswerk nach Waiblingen finden. So hat sich die Aufnahme von diagnostizierten jungen Menschen mit ADHS in den letzten 8 Jahren verfünffach. Derzeit sind 10%

der jungen Menschen im Berufsbildungswerk Waiblingen offiziell von ADHS betroffen. Seit 2004 haben im Berufsbildungswerk Waiblingen 64 junge Menschen mit ADHS ihre Ausbildung erfolgreich beendet; dies waren 82% aller Absolventen/Absolventinnen mit ADHS.

Um diesen jungen Menschen menschlich und fachlich gerecht zu werden, ist ein deutlich erhöhter personeller Einsatz und ein klarer struktureller Rahmen notwendig. Dabei sind häufig kreative Einzelfalllösungen, die nicht in „altbekannte“ Strukturen passen, von Nöten. Aufgeschlossenheit für neue Wege, die zuweilen auch Umwege enthalten, ist deshalb in allen an der beruflichen Rehabilitation beteiligten Institutionen – Ausbildungszentren, Schulen, Internaten, Arbeitsämter, Kliniken, Jugendämter etc. – obligat. Darüber hinaus gilt es schul- und gesundheitspolitisch ebenfalls, sich auf Neues einzulassen, damit junge Menschen, die über ausreichende intellektuelle Ressourcen verfügen, nicht mehr „allein“ aufgrund ihrer ADHS-Symptomatik in Förderschulen geschickt werden, oder damit auch junge Menschen mit ADHS, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ihre Medikation auf Kassenrezept erhalten, wenn sie diese zur Bewältigung ihres Alltags benötigen. Gleichzeitig müssen konstruktive, schnelle und unkomplizierte institutionsübergreifende Lösungen gefunden werden, wenn Menschen mit ADHS in der beruflichen Rehabilitation zusätzliche gesundheitliche Hilfen benötigen, wie z.B. bei Suchtmittelkonsum/-abhängigkeit oder gravierenden Komorbiditäten. Es bräuchte mehr Netzwerkarbeit unter Berufsgruppen und Institutionen, die weniger von finanziellen als von inhaltlichen Belangen gesteuert wird.

Insgesamt haben sich durch die eingehende Beschäftigung mit ADHS in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation viele positive Aspekte ergeben. Dies gilt u.a. für ein tieferes Verständnis für die Schwierigkeiten und Ressourcen von lernbehinderten jungen Menschen mit ADHS in ihrer gesamten Variationsbreite und für eine darauf abzielende veränderte individuelle berufliche Förderung. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, wenn sich durch eine an dieser Förderung ausgerichteten Integrationsarbeit eine allmähliche Sensibilisierung der beruflichen Lebenswelt für die Bedürfnisse von lernbehinderten jungen Menschen mit ADHS ergäbe, damit es ihnen leichter fällt, ihre Fähigkeiten präsentieren zu können.

Maïke Keller ■
Diplom-Psychologin, Diplom-Pädagogin,
Psychologische Psychotherapeutin
Berufsbildungswerk Waiblingen gGmbH

Versorgung von

Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland



Stellungnahme des zentralen adhs-netzes zum Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Das zentrale adhs-netz begrüßt, dass der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009 zur *Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens* (<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>) sich intensiv mit Aspekten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS beschäftigt hat. Einige der Empfehlungen des Sachverständigenrates werden vom zentralen adhs-netz ausdrücklich unterstützt, andere bedürfen nach unserer Auffassung der Korrektur.

Die Aussagen im Sondergutachten zum Thema ADHS wurden von Autoren verfasst, die nicht als Experten in diesem Gebiet ausgewiesen sind. Die Aussagen beziehen sich zudem an vielen Stellen auf Sekundärliteratur¹, die nicht den aktuellen Stand der Erkenntnisse adäquat widerspiegelt. Insgesamt berücksichtigt das Gutachten den gesicherten Erkenntnisstand in der internationalen Literatur nicht in der angemessenen Weise und es gelingt nicht, die Evidenzgrade der verschiedenen Aussagen und auch die Bedeutung von Außenseitermeinungen angemessen deutlich zu machen.

Das zentrale adhs-netz sieht sich daher genötigt, zu einigen zentralen Äußerungen Stellung zu nehmen und bezieht sich dabei auf die internationale Forschungsliteratur sowie auf folgende von Experten verfasste zusammenfassende Stellungnahmen und Leitlinien:

- das Eckpunktepapier der interdisziplinären Konsensuskonferenz des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitäts-

störungen (ADHS) (www.zentrales-adhs-netz.de), das auch Grundlage der Arbeit des zentralen adhs-Netzes ist;

- die European guidelines for hyperkinetic disorders (Taylor et al. 2004) und die nachfolgenden guidelines über long-acting medications (Banaschewski et al., 2006, 2008a,b);
- die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Döpfner et al., 2007), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Grosse & Skrodzki, 2007), und - bezogen auf ADHS für Erwachsene - die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Ebert et al., 2003);
- die Stellungnahme der Bundesärztekammer (2007) zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- die Stellungnahme des Arzneimittelausschusses (CHMP) der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA zur Änderung der Produktbeschreibungen und der Packungsbeilage Methylphenidat-haltiger Arzneimittel

1. **ADHS kann ab dem Grundschulalter in der Regel zuverlässig diagnostiziert werden.** Wie alle psychischen Störungen ist ADHS durch ein Muster mehrerer Einzelsymptome definiert, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Bei diesen Symptomen gibt es einen fließenden Übergang zu Normvariationen, wie dies übrigens auch bei körperlichen Erkrankungen nicht selten ist. ADHS kann aber davon durch die Zahl und Schwere der Symptome und die damit einhergehende deutliche Beeinträchtigung abgegrenzt werden. In Einzelfällen kann, wie bei vielen Erkrankungen und insbesondere bei psychischen Störungen, die Differenzialdiagnostik und Abgrenzung zu anderen Störungen und Erkrankungen oder auch zur Normvariation schwierig sein. Vor allem im Vorschulalter kann die Diagnosestellung schwierig sein. Insbesondere die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungsbildern sowie die Diagnostik komorbider psychischer Störungen bedürfen besonderer Expertise. Die im Gutachten zitierten Kritiker, die davon ausgehen,

¹ So wird die Arbeit von Gebhardt et al. 2008 (ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder ErsatzKasse GEK, Bremen/Schwäbisch Gmünd [Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 65] insgesamt 30 mal zitiert, um verschiedenste Thesen zu belegen, wie etwa dass es sich bei den betroffenen Kindern um „besonders intelligente und kreative Kinder, die z. B. in Schulklassen auch deshalb auffällig werden, weil sie sich unterfordert fühlen“ handelt (S. 324)..

dass ADHS kein spezifisches Krankheitsbild sei, repräsentieren Außenseitermeinungen, für deren Behauptungen keine empirischen Belege vorliegen. Dies wird in dem Gutachten leider nicht deutlich gemacht.

2. **Über die Ursachen von ADHS liegen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse vor.** ADHS zählt zu den psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, über die bereits viele Erkenntnisse hinsichtlich der Ursachen gut gesichert sind. International besteht kein Zweifel, dass genetische Ursachen den größten Einzelfaktor in der Entstehung von ADHS bilden. Wie bei allen psychischen Störungen und bei vielen körperlichen Erkrankungen sind auch bei ADHS die Ursachenzusammenhänge noch nicht abschließend geklärt (wie im Gutachten betont). Sowohl die molekulargenetischen Faktoren als auch die komplexen Interaktionen von genetischen und verschiedenen Umweltfaktoren bedürfen noch weiterer Erforschung. Die offenen Punkte zu den Ursachen von ADHS verhindern - wie bei anderen Erkrankungen auch - jedoch nicht die Entwicklung valider diagnostischer Verfahren und therapeutischer Interventionen, wenngleich von einer weiteren Klärung der Ursachenfaktoren auch ein stimulierender Einfluss auf die Verbesserung von Diagnostik und Therapie erwartet werden kann. Ein Einfluss psychosozialer Bedingungen auf die Ausprägung von ADHS ist wahrscheinlich, doch liegen hierzu bislang nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor. Für die mögliche ätiologische Relevanz einer „zunehmenden Reizüberflutung, z. B. durch Fernsehen und Computerspiele sowie eine Erziehung mit mangelnder Zuwendung und fehlender Grenzziehung“ (Gutachten, S. 323) gibt es keine gesicherten empirischen Belege. Eine mögliche Überbetonung genetischer Faktoren in der gegenwärtigen empirischen Literatur lässt sich wissenschaftlich nicht nachweisen.
3. **Kinder und Jugendliche mit ADHS haben Stärken, wie andere Kinder auch.** Es ist therapeutisch sehr wichtig und hilfreich, nicht nur auf die Probleme von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu fokussieren, sondern auch ihre individuellen Stärken und Potenziale herauszuarbeiten. Im Durchschnitt liegt die Intelligenzleistung von Kindern mit ADHS jedoch nicht über dem Populationsdurchschnitt, wenngleich natürlich auch einzelne Kinder mit guter und überdurchschnittlicher Begabung vorkommen. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur schulischen Unterforderung bei hoher Begabung ist in Einzelfällen wichtig, sie kommt jedoch seltener vor als die differenzialdiagnostische Abgrenzung von ADHS zu intellektueller Beeinträchtigung.
4. **Die Prävention sollte flächendeckend gestärkt werden.** Mehrere auch im deutschen Sprachraum entwi-

ckelte Programme haben sich in der Prävention von expansiven Verhaltensauffälligkeiten einschließlich von ADHS-Symptomen bewährt. Ihre Umsetzbarkeit in die klinische Routineversorgung ist erfolgreich geprüft worden (Hanisch 2006, Hautmann, 2008, 2009). Die systematische Implementierung evidenzbasierter Programme im Vorschul- und Schulalter sollte nun eingeleitet werden. Für diesen Bereich werden die Aussagen des Gutachtens ausdrücklich unterstützt.

5. **Die Pharmakotherapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ist ein wesentlicher Behandlungsbaustein, sie ist jedoch nicht bei allen Patienten notwendig und bedarf einer Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept.** Dieser Satz spiegelt den gegenwärtigen Stand der Empfehlungen, wie er in europäischen und deutschen Behandlungsleitlinien gegeben wird. Eine relativ frühzeitige Pharmakotherapie wird in diesen Leitlinien bei Kindern ab dem Alter von sechs Jahren dann empfohlen, wenn die Symptomatik zu erheblicher Einschränkung von Alltagsfunktionen führt. In solchen Fällen wird eine Pharmakotherapie nach der immer grundlegend notwendigen Psychoedukation und Aufklärung und Beratung der Eltern und der Patienten empfohlen. Eine vorausgehende Verhaltenstherapie wird in diesen Fällen nicht als notwendige Voraussetzung für die Durchführung der Pharmakotherapie erachtet. In vielen Fällen ist jedoch zumindest eine begleitende verhaltenstherapeutisch fundierte Beratung indiziert. Zusätzliches Elternt raining und Interventionen in der Schule können dabei sehr hilfreich sein. Bei Fällen mit weniger stark ausgeprägter Funktionseinschränkung sollte entsprechend den Leitlinien eine Pharmakotherapie erst nach psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen in Erwägung gezogen werden. Die Langzeitwirksamkeit der Pharmakotherapie ist noch ungenügend untersucht. Die Ergebnisse der vorliegenden Studien lassen verschiedene Interpretationsmöglichkeiten offen, deren Richtigkeit aufgrund der Studienlage nicht entscheidbar ist (Banaschewski et al., 2009a). Für die These, dass „die chronische Gabe von Methylphenidat an Kinder deren Prädisposition für das Parkinson-Syndrom durch eine Verringerung der dopaminergen Innervation dramatisch erhöhen könnte“ (Gutachten, S. 335) geben empirische Studien keinerlei Anhalt. Langzeitdaten über eine mögliche Wirkung von Methylphenidat auf das kardiovaskuläre System und die Auswirkung auf das Wachstum fehlen noch. Insgesamt gelangt der Arzneimittelausschuss (CHMP) der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA jedoch in seiner jüngsten Beurteilung zu dem Schluss, dass das Nutzen/Risiko-Verhältnis für Methylphenidat enthaltende Produkte bei der Behandlung von ADHS bei Kindern ab sechs Jahren unter Berücksichtigung von möglichen

Auswirkungen auf das Wachstum und Auswirkungen auf kardiovaskuläre und psychiatrische Erkrankungen als günstig erachtet wird (EMEA_CMHP, 2009)

6. Die Versorgungskapazität und die Versorgungsstrukturen für eine multimodale Behandlung müssen weiter verbessert werden. Sowohl die Pharmakotherapie als auch die verhaltenstherapeutische Behandlung sind für den Therapeuten relativ zeitaufwändig und bedürfen einer besonderen Expertise. Die Daten zur gegenwärtigen Versorgungssituation in Deutschland sind unvollständig und begrenzt aussagefähig. Eine umfassende Erhebung zur Versorgungsqualität von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS ist daher dringend notwendig. Die vorliegenden Daten deuten jedoch auf die Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität, der Versorgungsstrukturen und der Versorgungskapazität hin. Dazu können vor allem folgende Schritte dienen:

- Verbessertes pharmakotherapeutisches Management einschließlich verbesserter initialer Dosisoptimierungen, sowie Verbesserungen bei Psychoedukation und Beratung der Patienten und ihrer Bezugspersonen – entsprechend den Empfehlungen der Leitlinien
- Verbesserung der verhaltenstherapeutischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Eine nach dem individuellen Bedarf erforderliche Verhaltenstherapie scheitert nicht selten an den mangelnden Versorgungskapazitäten vor Ort.
- Weiterer Ausbau der bereits jetzt vielerorts regional in interdisziplinären Qualitätszirkeln und regionalen Netzen praktizierten interdisziplinären Versorgungsstrukturen.

Um diese Verbesserungen zu erreichen, sind eine Erhöhung der Versorgungskapazität und eine weitere Qualifizierung der in der Versorgung tätigen Ärzte, Psychotherapeuten sowie weiterer therapeutischer Berufsgruppen und eine Förderung der interdisziplinären Kooperation notwendig. Sowohl Kinder- und Jugendpsychiater, als auch Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind für eine Sicherstellung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS notwendig. Eine verbesserte Honorierung, insbesondere der zeitaufwändigen personalkommunikativen diagnostischen, psychoedukativen, pharmako- und verhaltenstherapeutischen Interventionen, auch die Förderung von Möglichkeiten zur Intervention in Schulen und in vorschulischen Einrichtungen, erscheinen, wie im Gutachten gefordert, dringend geboten. Richtungweisend und auch die Forderung der Autoren des Sachverständigen Gutachtens nach Kooperation und Koordination erfüllend ist hier der über die KBV-Vertragswerkstatt unter Beteiligung der Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsy-

chiatern und Psychotherapeuten entwickelte Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS (<http://www.kvbawue.de/rechtsquellen/vertraege-der-kvbw.html>). Dieser Vertrag gewährleistet: am individuellen Bedarf ausgerichtete qualitätsgesicherte interdisziplinäre Versorgung durch Leitlinienorientierung, Teambildung, optimale Nutzung der regionalen Ressourcen, Patienteninformation in schriftlicher Form, Förderung von Elterntermin, aufwandsgerechte Honorierung. Für Erwachsene müssen entsprechende Konzepte noch erarbeitet werden.

7. Die Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlung bei ADHS sollte dringend überprüft werden. Es liegen keine zuverlässigen Studien zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlungsansätze bei ADHS vor. Dem steht eine sehr häufige Verordnung von Ergotherapie gegenüber. Bei der Verordnung von Ergotherapie sollte die zu verändernde Zielsymptomatik genau spezifiziert werden und die Wirksamkeit im Einzelfall – wie auch bei der Pharmako- und Verhaltenstherapie – überprüft werden. Bei einem Verfahren, das bislang keinen Nachweis über die generelle Wirksamkeit des Ansatzes bei der Behandlung von ADHS erbracht hat, muss eine mindestens ebenso strenge Wirksamkeitskontrolle im Einzelfall gefordert werden, wie bei generell als wirksam bestätigten Therapien. Allein aus dem Befund, dass bei gleichzeitig durchgeführter Ergotherapie niedrigere Tagesdosierungen an Methylphenidat verordnet werden, lässt sich nicht schlussfolgern, dass „bei einer Kombinationstherapie die Menge der verordneten Arzneimittel verringert werden“ kann (Gutachten, S. 341). Zur Behandlung gehäuft auftretender komorbider Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen kann Ergotherapie indiziert sein.

8. Die pharmakotherapeutische Langzeitbehandlung bedarf der Verbesserung, weil Patienten und ihre Bezugspersonen Behandlungsempfehlungen mitunter nicht umsetzen (TherapieCompliance) und die Pharmakotherapie häufig frühzeitig abbrechen, aber auch, um mögliche unerwünschte Wirkungen und die Notwendigkeit zur Fortsetzung von Pharmakotherapie zu prüfen. Die kontinuierliche Überwachung der medikamentösen Therapie ist, wie das Gutachten zu Recht betont, dringend erforderlich. Körpergröße, Gewicht und Appetit, Blutdruck und Puls sowie der psychische Status müssen bei jeder Dosisanpassung und dann mindestens alle 6 Monate kontrolliert werden, da die medikamentöse Behandlung zu Hypertonie, Tachykardien aber auch zu einer Wachstumsverzögerung führen kann. Regelmäßige kontrollierte Therapiepausen sind ebenso zu empfehlen. Die Förderung der Kooperation von Patienten und Bezugspersonen

ist ein wichtiger Aspekt für die Erhöhung der Effizienz nicht nur der medikamentösen Therapie der ADHS. Kontinuierliche langfristige Betreuung ist die Voraussetzung dafür, dass über viele Jahre Nebenwirkungen und Langzeitwirkungen besser erkannt und beurteilt werden können, und auch dafür, dass dem individuellen Verlauf angepasst jeweils nötige Therapien wie z.B. verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte oder andere medikamentöse Therapien zugeschaltet, geändert oder abgesetzt werden können. Das entspricht weitgehend den Empfehlungen im Abschnitt 7.2 Patient-Centered Medical Home (Gutachten S. 729).

9. Die Versorgung von Erwachsenen mit ADHS ist nicht gesichert. Wie das Sondergutachten betont, ist wissenschaftlich gut belegt, dass bei einem beträchtlichen Anteil der Patienten, die ADHS Symptomatik bis ins Erwachsenenalter hinein persistiert und dass die Erwachsenen die unter dieser Symptomatik leiden, erhebliche Einschränkungen in ihrem psychosozialen Funktionsniveau und ihrer Partizipationsfähigkeit aufweisen. Obwohl mittlerweile gut validierte diagnostische Verfahren zur Abklärung von ADHS im Erwachsenenalter vorliegen, sind die diagnostische sowie die psycho- und pharmakotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit ADHS in Deutschland derzeit nicht gewährleistet. Dafür sind sowohl die noch begrenzte Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten in der Diagnose und Behandlung dieser Störung sowie die bislang nicht erfolgte Zulassung von Medikamenten verantwortlich. Vor diesem Hintergrund ist gegenwärtig nur der Off-Label-use möglich, der allerdings einen erheblichen bürokratischen Aufwand erfordert und häufig zu Verunsicherungen von verschreibenden Ärzten und von Patienten führt. Eine möglichst rasche Änderung dieser unhaltbaren Versorgungssituation ist dringend geboten. Der Vorschlag des Sachverständigenrates auch für Methylphenidat die Fortführung einer im Kindes- und Jugendalter begonnenen Behandlung im Erwachsenenalter zu ermöglichen, wird daher ausdrücklich begrüßt. Allerdings würde diese Regelung das Problem der Neueinstellung von Erwachsenen mit ADHS, die in ihrer Kindheit nicht medikamentös behandelt wurden, nicht lösen.

10. Um effektive Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu identifizierten und zu implementieren, sollten gezielte Pilotprojekte mit Begleitevaluation durchgeführt werden. Dabei sollte auf eine Begrenzung des notwendigen bürokratischen Aufwandes besonders geachtet werden. Das im Gutachten vorgeschlagene Zweitmeinungsverfahren stellt nach unserer Einschätzung keine optimale Maßnahme zur Qualitätsverbesserung dar und gefährdet die Versorgung der Betroffenen, weil damit neue Versorgungsengpässe entstehen.

Vielmehr sollten bestimmte Standards - entsprechend den Leitlinien - in der Diagnostik, in der Prüfung der therapeutischen Effekte aller Therapieformen, in der pharmakotherapeutischen Dosisoptimierung und in der Implementierung von verhaltenstherapeutischen Verfahren gesetzt werden, deren Umsetzung und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität in Begleitevaluationen gezielt überprüft werden sollten.

11. Die Erforschung von ADHS in Deutschland sollte weiter gefördert werden. Sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch für das Erwachsenenalter erfolgt die weitere Erforschung der Ursachen von ADHS, ihres Verlaufs, der Effekte von Prävention und von Pharmako- und Psychotherapie auf hohem Niveau und deutsche Wissenschaftler sind in internationalen Arbeits- und Leitliniengruppen aktiv eingebunden (Banaschewski et al., 2009b). Diese Forschungsaktivität muss weiter unterstützt und ausgebaut werden, weil sie mittel- und langfristig einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS leistet.

Literatur

- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H. C., Sonuga-Barke, E. J. & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15(8), 476-495.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Paramala, S., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E. J. S. & Taylor, E. (2008a). Langwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht und europäische Behandlungsleitlinien. Teil I: Übersicht und Empfehlungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 81-96.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Paramala, S., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S. V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E. J. S. & Taylor, E. (2008b). Langwirksame Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. Eine systematische Übersicht und europäische Behandlungsleitlinien. Teil II: Ein quantitativer Vergleich der langwirksamen Präparate. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 81-96.
- Banaschewski, T., Döpfner, M., Rothenberger, A. & Steinhausen, H.-C. (2008). Kommentar zu den Europäischen Leitlinien zum Einsatz langwirksamer Medikamente zur Behandlung der hyperkinetischen Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 77-79.
- Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Sergeant, J.A., Sonuga-Barke, E.J., Zuddas, A., Taylor, E., and the ADHD European Guidelines Group (2009a). Treatment for ADHD - no long-term bene-

- fits? A Comment on the MTA Results at 8 Year-Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, im Druck.
- Banaschewski, T., Konrad, K., Rothenberger, A., Hebebrand, J. (2009): Forschungsbericht: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Z. Kinder-Jugendpsychiatr. Psychother.* 37 (4). 250-265 (siehe Download unter http://www.dgkjp.de/de_forschungsbericht_191.html)
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (2007). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Stellungnahme herausgegeben vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Schepker, R. & Frölich, J. (2007). *Hyperkinetische Störungen (F90)*. In *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.), Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. überarb. und erw. Aufl., S. 239-254)*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Ebert, D., Krause, J., Roth-Sackenheim, C. (2003). *ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN*. *Nervenarzt*, 74, 939-946.
- EMA - CHMP (2009): *Elements recommended for inclusion in Summaries of Product Characteristics for methylphenidate-containing medicinal products authorised for the treatment of ADHD in children aged six years and above and adolescents*. <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/referral/methylphenidate/4461609en.pdf>
- Grosse, K-P & Skrodzki, K. (2007). *ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. Aktualisierte Fassung Januar 2007*. In: *Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin*. Elsevier, Urban & Fischer. München Jena 2007; auch unter www.agadhs.de und www.dgspj.de
- Hanisch, C., Plück, J., Meyer, N., Brix, G., Freund-Braier, I., Hautmann, C. & Döpfner, M. (2006). *Kurzzeiteffekte des indizierten Präventionsprogramms für Expansives Problemverhalten (PEP) auf das elterliche Erziehungsverhalten und auf das kindliche Problemverhalten* *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), 117-126. Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J. & Döpfner, M. (2008). *Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder--generalization to the real world*. *Journal of Neural Transmission*, 115(2), 363-370.
- Hautmann, C., Hoijtink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Plück, J., Walter, D. & Döpfner, M. (2009). *One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-396.
- Krause, J., K.-H. Krause (2009). *ADHS im Erwachsenenalter*. 3. Auflage. Schattauer, Stuttgart, New York.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H. C. & Zuddas, A. (2004). *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 1, 17-30.

Die Leitungsgruppe des zentralen adhs-netzes, 11.9.2009

Manfred Döpfner, Köln
 Tobias Banaschewski, Mannheim
 Johanna Krause, München
 Klaus Skrodzki, Forchheim

Die Stellungnahme der zentralen adhs-netzes wird ausdrücklich unterstützt von dem Selbsthilfeverein ADHS Deutschland e.V., der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (AG ADHS), dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), dem Berufsverband Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Gesellschaft für Neuropädiatrie.

Zulassung von Methylphenidatpräparaten bei Erwachsenen

Bezüglich der Zulassung von Methylphenidatpräparaten bei Erwachsenen haben wir bei den einzelnen Firmen nachgefragt, inwieweit eine Beantragung bereits erfolgt ist. Bis dato hat nur die Firma Medice eine Zulassung beantragt. Dazu haben wir die folgende Information erhalten:

Wir haben für Medikinet® retard im März 2007 die Erweiterung der Zulassung auch für Erwachsene beantragt. Dazu wurde in enger Abstimmung mit der Zulassungsbehörde eine klinische Studie Phase III durchgeführt (EMMA-Studie). Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zu Gunsten von Verum im Vergleich zu Placebo. Sie finden die Publikation im Anhang.

Inzwischen hat ein persönliches Gespräch zwischen MEDICE und der Zulassungsbehörde stattgefunden. Fazit dieses Gesprächs ist, dass auf Grundlage der Studiener-

gebnisse noch einige zusätzliche Daten zu erheben sind. Dabei geht es um Fragen der Dosierung und geschlechtsspezifischer Unterschiede beim Ansprechen auf Methylphenidat.

Diese wird Medice mit einer Folgestudie erarbeiten, die im September 2008 begonnen hat. 2010 wird ein Antrag auf Erweiterung der Zulassung gestellt.

Für die Praxis bedeutet dies, dass in absehbarer Zeit (bis Mitte 2010) eine Zulassung für Erwachsene nicht erfolgen wird.

Dr. Myriam Menter ■

Junges Beraternetz

„Was Eltern sagen interessiert mich nicht.“

„Ich will doch nicht mit irgendeinem Erwachsenen über meine Probleme reden.“

„Ihr wisst doch alle gar nicht was mich gerade bedrückt.“

Viele Jugendliche mit ADHS haben genau diese Probleme jemanden zu finden, mit dem sie über ihre Probleme reden wollen oder können. Die Informationsangebote von Erwachsenen wirken uninteressant und werden daher nicht genutzt.

Der ADHS-Deutschland hat über 200 Selbsthilfegruppen für Erwachsene und Eltern, doch bisher gibt es noch kein Angebot für uns betroffene Kinder und Jugendliche.

Wir wollen ein Projekt starten und uns den Fragen von anderen Jugendlichen annehmen und bei Problemen Ansprechpartner sein.

Bisher sind wir nur zu dritt bei diesem Projekt, so können wir es aber leider nicht in die Tat umsetzen. Und genau da kommt ihr ins Spiel: Wir suchen dringend Jugendliche die unser Projekt unterstützen und uns helfen wollen. Alle die Interesse haben melden sich bitte unter jugend@adhs-deutschland.de. Gemeinsam wollen wir übers Internet ein Beraternetz per E-Mail einrichten.

Jugendveranstaltung in Nordenham

Parallel zur Mitgliederversammlung des ADHS-Deutschland in Nordenham im April 2010 wird es auch in Nordenham ein Treffen für Jugendliche mit ADHS geben. Dr. Johannes Streif wird ein spannenden und interessanten Vortrag extra für uns Jugendliche halten. Das Projekt „Junges Beraternetz“ werden wir hier noch mal ausführlich vorstellen.

Frederik, Fabian ■

ADHS-Sprechstunde

Um auch denjenigen, die (zunächst) nicht in eine Selbsthilfegruppe kommen möchten, die Gelegenheit zum Gespräch zu geben und sich über ADHS zu informieren, hatte ich Anfang dieses Jahres dem Schulleiter unserer Haupt- und Realschule den Vorschlag einer ADHS-Sprechstunde unterbreitet. Diese sollte Eltern (auch Großeltern), Lehrer/innen (auch Erzieher/innen) und Schüler/innen, nicht nur der HRS, sondern auch der drei Grundschulen unserer Gemeinde zugute kommen. Weil ich an dieser Schule einige Jahre Vorsitzende des Schulleiternrates war, gab es keine Einwände, meinem Vorschlag wurde spontan zugestimmt. Gesagt, getan: Ich entwarf Info-Zettel, die dann auch in einem Teil der Klassen verteilt wurden. Eine Woche vor Beginn der Osterferien setzte ich mich also in den mir zur Verfügung gestellten Raum und harterte der Dinge, die da kommen. Wie nicht anders zu erwarten, saß

ich während dieser Zeit alleine da. Es schaute immer mal wieder jemand mehr oder weniger neugierig zu mir herein, aber das war's dann auch schon. Inzwischen habe ich tatsächlich zwei Mütter beraten, ihnen zugehört und sie über ADHS informiert. Auch die eine oder andere Lehrkraft schaut vorbei, wenn auch manche/r „nur“ um mich zu begrüßen. Aber immer wird auch ein wenig geplaudert. So entstehen Kontakte, die unserer Selbsthilfearbeit meiner Einschätzung nach nur zugute kommen können. Mir macht es Spaß und ich werde weiter daran arbeiten. Kürzlich kam dann sogar die Frage nach einer Schulinternen Lehrerfortbildung (SchiLF) zum Thema ADHS. Eine gute Idee! Ich werde darauf zurückkommen.

Margit Tütje-Schlicker, ■
AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg
rg.sassenburg@adhs-deutschland.de.

Schwerpunktkur: ADS/ADHS

Die Abkürzung ADS/ADHS bezeichnet eine so genannte Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne versus mit Hyperaktivität. Dahinter verbirgt sich heutzutage eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Man nimmt an, dass etwa 2 bis 6 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland unter ADS/ADHS leiden. Charakteristisch für die Erkrankung sind folgende drei Hauptsymptome: Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwächen, Impulsivität sowie (bei ADHS) Hyperaktivität. Im Vergleich zu Mädchen leiden Jungen drei bis neun Mal häufiger an dieser psychischen Störung. Unterschiede der Geschlechter zeigen sich auch in der Ausprägung der Erkrankung: Bei Jungen findet man häufiger die Variante des hyperaktiv-impulsiven Typs (ADHS: „Zappelphilipp“), während Mädchen eher von der unaufmerksamen und verträumten Variante (ADS: „Traumsuse“) ohne hyperaktive Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind.

Die Klinik Maximilian in Scheidegg im Allgäu bietet mehrfach im Jahr Eltern-Kind-Kuren zu dem Schwerpunkt ADS/ADHS an. Daran nehmen Eltern teil, deren Kind/ Kinder eine bereits vom Facharzt diagnostizierte ADS/ADHS aufweisen. Der Schwerpunkt hält sowohl für die Eltern als auch für die Kinder ein multimodales Behandlungsangebot bereit. Dieses umfasst für die Eltern neben einem Elterstraining ein Seminar zur medikamentösen Behandlung von ADS/ADHS. Individuelle Fragen und Anliegen können die Eltern des Weiteren vertiefend in Einzelgesprächen bearbeiten. Zusätzlich können

die Eltern am Entspannungstraining (Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation) teilnehmen. Für die Kinder beinhaltet der Schwerpunkt die Aspekte Psychomotoriktherapie, Kinderentspannung, Kindersport sowie Angebote aus der Kreativ-Abteilung (z. B. Laubsägen u. v. m.). Eltern und Kinder gemeinsam nehmen außerdem am Eltern-Kind-Interaktionstraining teil, wobei die Interaktionen beobachtet werden und nachbearbeitet werden können.

Insgesamt zielt der Schwerpunkt auf eine Stärkung der Eltern und der Kinder ab. Neben der Wissensvermittlung zu ADS/ADHS als einer psychischen Störung sollen die Eltern im Umgang mit ihrem Kind/ihren Kindern unterstützt werden hinsichtlich einer verbesserten Beziehungsgestaltung bei einer klaren, strukturierten, ruhigen und eindeutigen Führung. Dies verlangt eine Stärkung der Eltern in ihren Ressourcen. Für die Kinder gilt es, sie durch die genannten Angebote u. a. in ihrer Grob- und Feinmotorik sowie Konzentrationsfähigkeit zu trainieren, in ihrem Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein zu fördern und ihre soziale Integration zu verbessern.

Iris Barmsiepe
Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.
www.mutter-kind-hilfswerk.de

Anders als andere

Quelle: 5/2009 Erziehung und Wissenschaft, mit freundlicher Genehmigung der GEW Frankfurt



Letzte Woche haben sie ihre Wut verbrannt. Erst malten sie sich mit dicken, grellen Pinselstrichen den Zorn von der Seele. Dann schnappten sich Mutter und Sohn die Blätter, zündeten sie auf dem Balkon an und schauten zu, bis die Flammen das Papier in Staub verwandelten. Danach ging es ihnen besser, vor allem Calvin, dem Sohn. Er ist wieder ein wenig zur Ruhe gekommen, nach all dem Toben, dem Brüllen, dieser Eruption der Gefühle, die sich immer wieder seiner bemächtigt, wenn dem Siebenjährigen etwas nicht passt. „So ein Ventil hilft, loszulassen“, sagt Veronika, die Mutter. Jetzt sammelt er die Asche in einem Schraubglas, um sie anzuschauen, seine Wut. Ja, das hilft. Denn sich beherrschen, sich kontrollieren fällt ihm unendlich schwer. Seine Frustrationsschwelle ist extrem niedrig. Calvin hat ADHS: Er leidet unter dem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom.

Veronika Seegers-Marczinke streicht sich eine Strähne aus dem Gesicht. Manchmal kommt sie im Alltag selbst an ihre Grenzen, allzu anstrengend ist ihr Sohn oft. Schon als Calvin noch ein Baby war, hielt er seine Mutter auf Trab. Permanent wollte er beschäftigt werden, dürstete nach immer neuem Input. Er lief mit einem Dreivierteljahr, sprach wie ein Vierjähriger mit Eineinhalb. Schnell wie der Wind entwischte er der Mutter beim Einkaufen oder Spaziergängen, bei jedem „Nein“ fing er an zu Schreien, beim kleinsten Konflikt flippte er aus wie ein HB-Männchen, Unfälle waren an der Tagesordnung. Im Alter von drei Jahren löcherte er sie, ohne Atem zu holen, mit Fragen. Später, in der Kita, geriet er oft mit Regeln in Konflikt, haute und stritt sich mit anderen. Veronika Seegers-Marczinke war bald klar: Calvin ist anders als andere. Außergewöhnlich aufnahmefähig, intelligent, sensibel. Aber auch reizbar, unkontrolliert, aufgedreht, unfähig mit Unvorhergesehenem umzugehen. Als ihr eines Tages die Erzieherin riet: „Wollen sie Calvin nicht mal auf ADHS testen lassen?“ hat Seegers-Marczinke nur genickt. Die Diagnose, die ihr der Kinderarzt kurz darauf in die Hand drückte, überraschte sie wenig. Sie bestätigte, was Veronika Seegers insgeheim schon lange geahnt hatte, schließlich kennt sie die Krankheit nur zu gut. Seegers hat selbst hat ADHS.

In ihrer Kindheit freilich, in den frühen 1980er-Jahren, hatten die meisten Ärzte nicht einmal einen Namen dafür. „Seien Sie konsequenter“, rieten sie ihrer Mutter, Karin Seegers, als diese mit der kleinen Veronika anklopfte, diesem Kind, das wie ein Flummi durch sein Leben titschte, schwankend zwischen Zorn, Euphorie und Zurückgezogenheit. Karin Seegers schüttelt den Kopf. Was hat sie sich nicht alles gefallen lassen müssen. „Ich stand alleine da. Es gab fast keine Bücher zu diesem Thema, kein Internet, nichts.“ Eines Tages stieß sie selbst auf den Zusammenhang zwischen Ernährung und ADHS, strich unter anderem Zucker vom Speiseplan der Tochter, endlich ging es besser. Karin Seegers hat einen langen Ritt gegen Unkenntnis und Unverständnis ihres Umfeldes hinter sich. Sie hat Wege gefunden, sich durchzukämpfen für ihr Kind - aus eigener Kraft. Etwa, indem sie den Lehrkräften die Krankheit als „Allergie“ verkaufte und so leichter ihre Unterstützung gewann. Und indem sie sich selbst zur Expertin für ADHS machte. Kein Wunder, dass heute noch Eltern Schlange bei ihr stehen, Rat in der Selbsthilfegruppe suchen, die die 68jährige damals in Berlin aufgebaut hat. Sie weiß: Immer noch kommt ADHS im Kopf vieler Kinderärzte nicht genug vor, es ist nicht Teil der Lehrerausbildung und manchmal müssen sich Eltern heute noch für „Erziehungsdefizite“ beschimpfen lassen oder werden mit einer Psychotherapie für ihr Kind abgeseigt. Karin Seegers: „Dabei muss man in jedem Fall Punkt für Punkt abklären: Woran hakt es? Was hilft? Welcher Therapie-Mix passt zum Kind?“

Veronika seufzt. Sie kennt das. Natürlich, es hilft, die eigene Mutter im Rücken zu wissen, deren Kenntnisse, deren Kraft und Liebe. Doch einen Großteil des Weges muss sie mit ihrem Sohn alleine gehen. Was hat sie mit Calvin nicht schon alles ausprobiert. Mit Hilfe der Ergo- und Verhaltenstherapie optimierte Calvin seine Wahrnehmung, Bewegungsabläufe, den Tastsinn. Seit er ein Paukenröhrchen hat und keine Polypen mehr, hört er besser. Seit er die Ernährung umstellte, ist er etwas ruhiger geworden. Nun isst er nicht mehr in der Schulkantine, seine Mutter gibt ihm sein Mittagessen mit. Von einem „inneren Wandel“ sprach danach die Klassenlehrerin. Vor-

her konnte er kaum zuhören, sich auf nichts konzentrieren, brüllte im Unterricht dazwischen, war hibbelig. „Aber es war und ist ein ständiges Auf und Ab“, sagt Seegers-Marczinke. Immer noch war er dauergestresst, schnell auf 180, ihm fehlten feste Strukturen, auch Ruhezeiten, in denen er die Fülle von Eindrücken verarbeiten konnte. „In der zweiten Klasse hatte der kleine Kerl fast ein Burn-out: Er war so fertig, dass er kaum noch aß.“ Er magerte ab, war blass wie der Tod. Schließlich verschrieb ihm die Ärztin Methylphenidat, den Wirkstoff, der auch in Ritalin enthalten ist. Erstmals gab es für Calvin Blütenblätter für gute Leistungen statt Roter oder Gelber Karten wie sonst jeden Tag.

Kürzlich kam Calvin weinend aus der Schule. Wieder hatten ihn die Kinder, gehänselt und geärgert. Seine Mutter kann seine Traurigkeit in solchen Momenten kaum ertragen. Sie weiß, dass sie ihm nicht ersparen kann, was sie selbst als Kind so oft erlebt hat: Ausgestoßen zu werden, verlacht, weil die anderen erkennen, wie leicht man sich zum Opfer machen lässt, wie verletzlich man ist. Nie wird sie vergessen, wie Mitschüler sie auf dem Heimweg mit dem Fahrrad verfolgten, einmal sogar festbanden im Wald, um Kochlöffel auf ihrem Rücken zu zertrümmern. Seegers-Marczinke weiß, dass man so etwas nicht leicht wegsteckt. Deshalb spricht sie regelmäßig mit ihrem Sohn über seine „Ärgererfahrungen“. Gut, dass sie offen mit der Lehrerin sprechen kann. Zum Beispiel darüber, dass Calvin mehr Strukturen braucht als andere, aber eben auch ab und zu Auszeiten. Inzwischen darf er jederzeit den Klassenraum verlassen, um sich für einige Minuten zurückzuziehen.

Natürlich, damit ist es nicht getan. Ebenso wenig wie mit dem Medikament. Es wird nie getan sein. Sie wird immer wieder probieren, optimieren, Neues versuchen

müssen. Manchmal droht Veronika Seegers-Marczinke daran zu zerbrechen. Schließlich kämpft sie zugleich mit ihrem eigenen ADHS, wie soll sie Calvin Strukturen bieten, an denen es ihr selbst mangelt? Und schließlich gibt es auch noch Silvan, den Vierjährigen, der sie ebenfalls braucht. Und ihren Mann, der nur wenig helfen kann, weil er bis über die Ohren in seiner Arbeit als Zoofachhändler steckt.

Zum Glück hat die 31-Jährige ihre Phantasie, die sie immer wieder zu neuen, Alltagslösungen trägt. Listen mit Smilies etwa, auf denen sich die Kinder hocharbeiten können. Ein kleiner Tauschhandel mit Muscheln, die Calvin und Silvan bekommen, wenn sie Kartoffeln schälen, den Müll runter bringen, oder besonders freundlich sind. Für drei Muscheln gibt es einen Griff in die Schatzkiste auf dem Schrank, mit Glitzerstiften, Tatoos oder Kaugummis. Oder eben die Wut verbrennen, wenn es nötig ist.

Und immer wieder muss sie mit den Lehrerinnen und Lehrern in der Schule sprechen, damit diese ihren Sohn nicht in die Schublade „Störer“ schieben. Er hat so viel zu bieten, ist, wie viele ADHS-Kinder nicht nur ein intellektueller Überflieger, der Bücher verschlingt wie ein Teenager, sondern auch ein ganz besonderer Junge. Zwei Tage nachdem er zum erstem Mal Methylphenidat genommen hatte, schrieb er seinen Eltern ein Gedicht: „Frühling, Sommer, Herbst und Winter, jeden Tag und jede Nacht hütet ihr mich und gebt mir Ratschläge und gebt mir Mut in der Schule. Ich lese schon, bevor ich in der Schule bin, denn euer Leben ist das Buch, in dem ich lese.“

Anja Dilk ■



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

ABITUR und MITTLERE REIFE

Auch bei Versetzungs- und Aufnahme Problemen 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



ADHD Europe

Mitgliederversammlung in Budapest

Nomen est omen. „Fortuna“, so lautete der Name des Hotelschiffes am Fuße des Burgpalastes in der Donaumeetropole Budapest, wo im April 2009 die erste Mitgliederversammlung des neu gegründeten europäischen Dachverbandes ADHD Europe stattfand. Zu dem zweitägigen Treffen, hervorragend vorbereitet und begleitet von Agnes Hadju und ihren MitarbeiterInnen von der ADHD Hungary Foundation, kamen mehr als 30 Vertreter von ADHD-Verbänden und Initiativen aus 16 europäischen Ländern zusammen. Insgesamt sind mittlerweile 27 Verbände und Initiativen aus 19 Ländern in ADHD Europe zusammengeschlossen. Seit Budapest gehören auch die sehr aktiven ADHD-Verbände aus den EU-Kandidatenländern Kroatien und Türkei dazu.

Die von der Präsidentin von ADHD Europe, Myriam Menter, geleitete Mitgliederversammlung hatte eine umfangreiche Tagesordnung zu bewältigen. Im folgenden ein Überblick über die wichtigsten angesprochenen Themen:

Im Frühjahr 2009 wurde ADHD Europe als gemeinnütziger internationaler Verein in das belgische Verbandsregister eingetragen. Er hat damit den für die weiteren Aktivitäten auf europäischem Parkett erforderlichen Rechtsstatus erhalten. Gleichzeitig wurde ADHD Europe auch als einer der ersten Verbände im Bereich der öffentlichen Gesundheit in das von der EU-Kommission neu erstellte Register der Interessensvertreter eingetragen. Dies ist für die weitere Arbeit von großer Bedeutung, z.B. um zu internationalen EU-Fachtagungen eingeladen zu werden, zu EU-Gesetzesvorhaben Stellung nehmen oder Projektvorschläge einreichen zu können.

Auf großes Interesse stieß die von Stephanie Clark von der englischsprachigen ADHD-Erwachseneninitiative Brüssel erarbeitete Studie zu Unterschieden, Problemen und Fortschritten bei der Diagnose und Behandlung von ADHD in Europa. Die Studie enthält eine Fülle interessanter Daten sowie aufschlussreiche Vergleiche zwischen den einzelnen Ländern, wie z.B. den Kosten einer Medikation. Die gravierenden Unterschiede zwischen den Ländern in der Verschreibung von Medikamenten werden wohl schrittweise abgebaut werden, nachdem die EU-Kommis-

sion im Mai auf der Grundlage von umfassenden wissenschaftlichen Studien beschlossen hat, dass die Behandlung mit Methylphenidat nach heutigem Erkenntnisstand sicher ist und ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist, dass aber die Hinweise auf den Beipackzetteln im Interesse der Verbraucher in Europa zu harmonisieren sind. Die von einigen Kritikern geforderte starke Einschränkung oder gar ein Verbot solcher Präparate wegen angeblich risikoreicher Nebenwirkungen ist daher vom Tisch.

Erfolgreiche Verbandsarbeit in Europa erfordert eine aktuelle und umfassende Präsenz im Internet. Sowohl Informationen über ADHS und wichtige EU-Projekte als auch links zu allen Mitgliedsverbänden sowie eine Rubrik „Friends of ADHD Europe“ sollen die Vernetzung auf europäischer Ebene weiter fördern. Geplant sind ferner ein regelmäßiger Newsletter und die aktive Nutzung von sozialen Netzwerken wie z.B. Facebook.

Der Jahresetat von ADHD Europe beträgt zur Zeit weniger als 5000 Euro. Dies ist ein im Vergleich zu anderen europäischen Dachverbänden im Gesundheitswesen verschwindend geringer Betrag, der keine kostspieligen Initiativen oder Projektvorschläge ermöglicht. Getragen wird der Verband im wesentlichen von der ehrenamtlichen Mitarbeit vieler seiner Mitglieder. Die Mitgliederversammlung griff daher auch das Thema fund-raising und sponsoring auf. Im Einzelfall wird es erforderlich sein, auf projektbezogene Unterstützung von Seiten der Industrie oder anderer Seite zurückzugreifen. Man einigte sich darauf, im Interesse von Transparenz und Rechenschaft dazu interne Regeln aufzustellen. Diese sollen u.a. beinhalten, dass Beiträge Dritter nicht mehr als 20% des Gesamtjahrese-tats ausmachen dürfen.

Als Dachverband aller nationalen ADHS-Verbände und -Initiativen benötigt ADHD Europe fachliche Unterstützung. Ähnlich wie in manchen nationalen Verbänden soll daher ein aus international bekannten Experten zusammengesetzter wissenschaftlicher Beirat uns in unserer Arbeit begleiten: Dies beinhaltet z.B. sachliche Information von Politikern, Presse und Bevölkerung. Die Auswahl der Experten wird mithilfe eines Kriterienkatalogs und

anhand von Namensvorschlägen aus den jeweiligen Länderverbänden erfolgen. Die endgültige Benennung erfolgt dann gegen Ende 2009.

Schließlich stimmten sich die Teilnehmer über mögliche Aktionen, wie z.B. Konferenzen, Chats oder Pressebriefings, während der AD/HD-Awareness Week vom 20.-27. September 2009 ab. Einzelheiten über die geplanten Aktivitäten werden auf der Website von ADHD Europe veröffentlicht.

ADHD kennt keine Grenzen. Das zeigten zum Schluss die Präsentationen der neuen Mitgliedsverbände aus Kroatien und der Türkei. Marko Ferek und seine Frau Nikolina sind mit ihrem Verband „Hyperactive Dreamers“ in Kroatien seit fünf Jahren aktiv. Der Verband hat mittlerweile über 800 Mitglieder. Über hundert Vorträge und Workshops, Beiträge und eine Buchveröffentlichung, enge Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen und auch Songveröffentlichungen, das sind einige der Hauptaktivitäten der beiden. Sie wollen vor allem auch die positiven Seiten von Menschen mit ADHD aufzeigen (englischsprachige homepage: <http://www.hyperactivedreamers.com/>).

Für alle überraschend präsentierte sich mit „Hiperaktivite“ mit Sitz in Ankara ein außerordentlich aktiver und mitgliederstarker Elternverband, der sich vor allem um Kinder und Jugendliche mit Lernschwierigkeiten kümmert. In seinem reich bebilderten Vortrag präsentierte der Vorsitzende Yildiz Ibram mit Unterstützung von Nezhir H. Cingir die „Geschichte meines Sohnes“, gleichzeitig auch eine Geschichte seiner 1999 gegründeten Organisation. Obwohl der Verband kurze Zeit später einige dutzend Mitglieder während eines großen Erdbebens in der Türkei verlor, wurde er über die Jahre immer größer und erfolgreicher. Neben Buchveröffentlichungen, Lern-CDs, Workshops für Eltern, und Konferenzen organisiert der Verband mit großem Erfolg bis zu 30 Sommercamps am Meer pro Saison für Kinder und Jugendliche. Am Ende seines Vortrags verteilte er an alle Teilnehmer kleine handbemalte Schälchen als Gastgeschenk. Die türkischsprachige Homepage lautet <http://www.hiperaktivite.org.tr/>.

Insgesamt also eine sehr erfolgreiche Mitgliederversammlung, in der alte Kontakte vertieft und neue geschlossen wurden. Das nächste Treffen findet im Mai 2010 in Paris statt. Wer sich über die weiteren Aktivitäten in den einzelnen Mitgliedsverbänden, aber auch in ADHD Europe, auf dem Laufenden halten möchte, kann uns auf der Homepage „www.adhdeurope.eu“ besuchen.

Detlev Boeing ■



Vorstand mit Gastgeberin



Mitglieder des ADHS Europe

Unser Stand

bei der Jahrestagung in Mannheim

Vom 03.-06-09.2009 fand in Mannheim die 105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der 61. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie und Jugendmedizin im Kongresszentrum Rosengarten statt.

Schön platziert inmitten der Industrieausstellung, direkt neben einem Medizinproduktehersteller, der seinen neuesten HI-TEC Inkubator vorstellte und beflankt von einer Pharma-Firma, die drei Tage lang mit ihrer Popcorn-Maschine für guten Geruch und die reichliche Verteilung von Fett und Kohlehydraten sorgte konnten wir viele interessante Gespräche führen und neue Kontakte knüpfen.

„Meine Frau ist Lehrerin und ich hätte da mal eine Frage.....“ „ Der Vater eines Patienten ist selbst betroffen und die Krankenkasse übernimmt nicht mehr die Kosten für die Medikamente, die er doch so deutlich braucht“ „ Wohin kann ich denn die Eltern verweisen, haben Sie auch eine Gruppe in.....“.

So oder so ähnlich begannen die Gespräche, die alleine schon begründen, warum es richtig und wichtig ist bei einer solchen Tagung Präsenz zu zeigen.

Höhepunkt der Kontakte war eindeutig der Samstag, da an diesem Tag ADHS ein Schwerpunktthema darstellte und auch hervorragende Referenten vor Ort waren. Zum Einen natürlich ganz spannend, dass Dr. Russell A. Bark-

ley den gesamten Tag über Vorträge in unterschiedlich großen Sälen hielt, zum Anderen sehr spannend der Vortrag von Prof. Dr. Dipl. Psych. Michael Huss und Dr. Klaus Skrodzki, den sie gemeinsam hielten.

Saubere, valide Daten, mit einer großen Patientenzahl, die endlich mit der Mär aufräumen, dass mit Methylphenidat behandelte Kinder kleiner bleiben und nicht bis zu ihrer zu erwartenden Größe wachsen. Spannend auch die Hypothese, dass es offensichtlich etliche Patienten gibt, die bis zu einem Alter von 20-22 Jahren „nachwachsen“.

Im Umfeld des Kongresses konnten wir eine Veranstaltung zu ADHS am 18.11.2009 in Ludwigshafen realisieren und planen. Besonders schön in den Tagen von Mannheim natürlich auch der Besuch von Herrn Skrodzki am Stand und viele nette Menschen, die einfach mal sagen wollten „ Wir sind Mitglied bei Euch, schön, dass es Euch gibt, macht weiter so...“.

Ein rundum gelungener Kongress und eine aus unserer Sicht gelungene Präsentation unseres Bundesverbandes geht zu Ende und ja, vermutlich werden uns 2009 weder Kugelschreiber noch Taschen ausgehen.

Vorankündigung: Die 106. Jahrestagung der DGKJ findet vom 16.09. – 19.09.2010 in Potsdam-Babelsberg statt.

Claus Staudter ■

Fortbildung

der TelefonberaterInnen
in Springe, 19. - 21. Juni 2009

Eigentlich sollte es ja Münster werden, aber kurzfristig mussten wir umdisponieren und Gerhild Gehrman machte das Wunder möglich, eine Woche vorher noch geeignete Räume für uns zu organisieren. So trafen wir uns im Lutherheim, oberhalb von Springe, in einem male- risch schönen Park am Rande des Deisters gelegen.

Am Freitag Abend ging es gleich in die Vollen, Manfred Rabatsch brachte uns die Sozialgesetzbücher nahe, insbesondere die Paragraphen, die betroffenen ADHS-Kindern helfen. Nachzulesen ist sein Wissen auch im Internet unter dem Link <http://www.adhs-deutschland.de/pdf/pdf0085.pdf>. Wieder einmal wurde deutlich, wie wichtig es ist, dass Eltern über die Rechte ihrer Kinder gut informiert

sind, wenn sie etwas erreichen wollen. In der anschließenden Diskussion stellte sich heraus, dass die Anwesenden ganz verschiedene Erfahrungen mit ihrem jeweiligen Jugendamt gemacht hatten, zwischen voll zufrieden bis sehr frustriert. An dieser Stelle noch einmal ein Dankeschön an Herrn Rabatsch für sein Kommen und seine Geduld mit uns.

Dem Samstag sahen wir mit Spannung entgegen, sollte doch eine neue Supervisorin zu uns kommen. Um halb zehn holten wir Frau Böhrk-Martin vom Bahnhof ab und sie war uns allen auf Anhieb sympathisch. Marion Böhrk-Martin ist Pastorin, Ehe- und Familienberaterin sowie Supervisorin und leitet die Telefonseelsorge in Lübeck. Ihr Programm, das sie mitgebracht hatte, bestand aus Lerninhalten über Kommunikation, aber auch aus Lerneinheiten aus dem Stegreif, die sich um Fragen zu unseren geführten Gesprächen drehten. Sehr souverän hat sie unsere Runde moderiert und unsere Aufmerksamkeit gefesselt. Wir freuen uns, dass sie auch beim nächsten

Mal wieder mit uns arbeiten will.

Wenn ich zusammenfassen soll, was ich an diesem Wochenende besonders wichtig fand, dann wäre das folgendes: Es ist schwer, die Sorgen der Anrufenden auszuhalten und nicht vorschnell Patentrezepte zu geben.

Das Wetter war leider nicht so gut, dennoch hatten sich einige Mutige am Samstag in der Mittagspause aufgemacht, die Umgebung zu erkunden. Sie kamen glücklicherweise trocken zurück. Den Samstag Abend verbrachten wir in gemütlicher Runde, so dass auch private Kontakte nicht zu kurz kamen. Sonntag Mittag hieß es dann Abschied nehmen, die Züge fuhren nach Nord, Süd, Ost und West. Mit viel Stoff zum Nachdenken ging es nach Hause und wir sehen dem nächsten Termin im kommenden Jahr gespannt entgegen.

Sabine Nicolai ■

Kindernetzwerk e.V.

Mitgliederversammlung und Jahrestagung 2009

Die Mitgliederversammlung des Kindernetzwerkes in Aschaffenburg am 26. Juni 2009 hatte eine Neuausrichtung im Blick, von der möglichst viele Familien zukünftig profitieren können. Familien-Seminare und Freizeiten für Eltern, die durch die Erkrankung ihrer Kinder ihr Leben völlig neu gestalten müssen

Das Angebot wird künftig erweitert um einen Schwerpunkt „sozialrechtliche, pflegerische und psychosoziale Beratung“.

Highlight war die Preisverleihung durch den Arbeitskreis „Kooperation“ (Leitung: Heidemarie Marona, Jansen-Cilag) für die „Beste Kooperation“ an den Bundesverband herzkrank Kinder (BVHK) für das Modellprojekt „Interdisziplinäre Versorgung von jungen Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern“. Es folgten zwei Förderpreise für die Vereinigung „Kreis für Eltern von Kindern mit Speiseröhrenmissbildung“ (KEKS e.V.) und den Tageselternverein „Felsberg Schwalm-Eder e.V.“ für das Projekt „Spieltreffs für behinderte und verhaltensauffällige Kinder und ihre jugendlichen Paten in Felsberg und Bromberg“, in dem behinderte, verhaltensauffällige und gesunde Kinder die Möglichkeit haben, gemeinsam zu spielen und sich zu integrieren, - ein nachahmenswertes Projekt!

Die Berichte der Arbeitskreise, darunter der AK „Jugendliche / Junge Erwachsene“, rundeten das Programm ab. Auch aus unserem Verband engagieren sich hier sehr motivierte Jugendliche und junge Erwachsene.

Am Abend wurde die neue Geschäftsstelle des Kindernetzwerkes e.V. in der Hanauer Str. 8 offiziell eingeweiht, - ein helles, freundliches Umfeld steht den Mitarbeitenden hier zur Verfügung.

Die Jahrestagung des Kindernetzwerkes am 27.06.2009 stand unter dem Motto „Lobbyarbeit für Kinder und junge Menschen mit besonderen Bedürfnissen“. Der Vorsitzende, Professor Dr. Dr. von Voß, sprach sich vehement für diejenigen aus, die Schutz brauchen und keine Stimme haben: Familien mit besonderen Bedürfnissen, Familien, die um Therapien kämpfen müssen, Familien, die aufgrund der Gesetzgebung allein gelassen sind! Kein Dschungel, sondern transparente Gesetze seien gefordert. „Wer keine Kraft mehr hat, Gesetze und Bestimmungen nicht versteht, kann nur noch verzweifeln und in Not geraten“, und er betonte, dass man nicht ruhen werde, Politiker zu befragen, wie sie das Kindeswohl zu schützen gedenken.

Die geladene Prominenz aus der Politik bemühte sich dann auch redlich, ein gutes Bild im Wahljahr abzugeben. So räumte der Bundestagsabgeordnete Wolfgang Zöllner, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Fraktion



im Deutschen Bundestag, ein, dass die Kindergesundheit zwar besser als früher sei, wir aber bereits wieder dabei seien, sie zu verschlechtern. „Chancen“ – so Zöllner – „erreichen die unterschiedlichen Schichten der Bevölkerung bei weitem nicht in gleichem Maße“. Herr Zöllner nannte ADHS im gleichen Atemzug mit Adipositas, PC-Spielsucht, Alkohol, Stresszunahme und Leistungsdruck und war immerhin informiert, dass es in jeder Schulklasse Kinder mit ADHS gebe. Eine Erkenntnis, die nicht einmal die vor Ort aktiven Lehrkräfte haben und die hoffen lässt, dass die künftig wieder Mitregierenden und politisch Verantwortlichen dies im Auge behalten werden!

Herr Dr. von Voß bemängelte, dass Behinderte und Mehrfachbehinderte unzählige bürokratische Hürden zu überwinden haben. Hier gelte es, Bürokratieabbau und einen Gesetzeswert zu fordern, der die einzelnen Paragraphen bündelt, damit es nicht dem reinen Zufall überlassen bleibe, ob Hilfen aufgegriffen werden oder nicht.

Ebenfalls kritisierte Dr. von Voß, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen ihre Pflichtbeträge nicht jedes Jahr komplett ausgeben. Hier seien die Vertreter-

versammlungen in den GKV aufgerufen zu sagen, wo es lang geht.

Herr Zöllner stimmte zu, dass Mitarbeiter der Krankenkassen sich nicht als Verhinderer von Ansprüchen, sondern als Dienstleister zu verstehen hätten.

Der Aschaffener Oberbürgermeister Klaus Herzog sieht ein Versäumnis auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene in der mangelhaften Unterstützung von Eltern: „Wie will man Eltern ermutigen Kinder zu bekommen, wenn überall Barrieren aufgebaut werden?“

Bundesjustizministerin Brigitte Zypries weist auf das vor wenigen Wochen 60 Jahre alt gewordene Grundgesetz und neue wegweisende Gesetze (z.B. Kinderschutz, Gewalt-/Opferschutz, Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses für ArbeitnehmerInnen im sozialen Bereich hin, sieht jedoch auch eine gewisse „Schnittstellenproblematik“.

Marlene Rupprecht von der Kinderkommission des Deutschen Bundestages beginnt mit dem Goethe-Zitat: „Eltern müssen ihren Kindern zwei Dinge mitgeben – Wurzeln und Flügel“. Man müsse einen Rahmen schaffen, damit alle Kinder gut aufwachsen, nicht defizitorientiert, sondern an den Möglichkeiten die jedes Kind hat. „Wir selektieren, packen Kinder in Schablonen nach dem Motto „Wenn du nicht zurecht kommst, hast du Pech“. Kompetenz müsse in den Schulen gewährleistet sein; von Eltern wünscht sie sich Lobbyarbeit und gezielte Mitarbeit, um den Boden für Veränderung bereiten.“

Frau Rupprecht fordert, dass Sprachheillehrer mit den Therapien in der Kita beginnen, bei Bedarf drei Kräfte pro Klasse zur Verfügung stehen sollten, damit auch differenziert werden kann! - Schule, ein tolles Zukunftsprojekt! Ein großes Hemmnis sei allerdings das föderalistische System.

Netzwerksstrukturen und Helferkonferenzen könnten dafür sorgen, dass Eltern und Kinder zurecht kommen. Frau Rupprecht will weg von der rein medizinischen hin zur psychosozialen Unterstützung; wir seien alle große Problemerkennner-Meister, besser sei VORSorge durch fachliche Kompetenz.

Gegen Ende der Tagung zieht Herr Dr. von Voß sein Fazit und betont u.a., dass man sich nicht von der Politik verführen lassen dürfe. Erfreut nimmt er wahr, dass die Gruppe der jungen Erwachsenen innerhalb des Netzwerkes gute Modelle entwickelt und dass alle mitwirken, Ideen zu verwirklichen, damit wir die große Angst vor dem Anderssein verlieren und die Schöpfung in unseren Kindern auch entdecken können!

Karin Knudsen, Köln ■

Mitgliederversammlung des Kindernetzwerks

mit anschließendem Arbeitstreffen

Am Freitag den 26. Juni reisten Julian und ich aus unserem Urlaub auf Fehmarn direkt nach Aschaffenburg zur Mitgliederversammlung des Kindernetzwerks mit anschließendem Arbeitskreistreffen an.

Zunächst wurde am späten Freitagnachmittag noch die neue Geschäftsstelle des KNW eingeweiht. Unter anderem hielt der Aschaffener Oberbürgermeister eine Rede. Nach Abschluss dieses offiziellen Teils setzten wir uns noch am späten Abend in ein Café zum gemütlichen Tratsch.

Am nächsten Tag ging es früh los. Erstmals waren wir bei der Mitgliederversammlung des KNW. Bekannte Redner waren geladen, die Bundesjustizministerin Frau Zypries sowie der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU Wolfgang Zöller waren die Bekanntesten. Unserem Arbeitskreis 4, Junge Erwachsene, wurde besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Sogar die Bundesjustizministerin wurde von unserer Arbeitskreissprecherin mit einer Rede begrüßt. Frau Zypries bot uns ihre Hilfe an. Wir freuen uns über den Kontakt, und werden ihn gerne für Rechtsfragen in Anspruch nehmen.

Auf dem Programm der Versammlung stand im Folgenden auch unser Workshop „Jugendarbeit“. Wir wollten uns gemeinsam mit den Teilnehmern an die komplexe Fragestellung „Wie sollte erfolgreiche Jugendarbeit aussehen?“ heranwagen und der Antwort ein paar Schritte näher kommen.

Leider gab es dieses Jahr nur wenige Teilnehmer, so dass dieser Workshop leider nicht zustande kam. Auch der Arbeitskreis selbst war schlecht besucht – von durchschnittlich 15 Teilnehmern waren wir diesmal nur fünf. Abgesehen von einer Email an Frau Zypries, blieb uns nur noch das nächste Treffen zu planen.

Auch wenn wir mit dem Fortschritt unserer Arbeit diesmal nicht ganz zufrieden sind – mit der Bundesjustizministerin haben wir einen wichtigen Kontakt geknüpft. Auch das zählt.

Fabian ■

10 Argumente für eine

ADHS-Deutschland-Mitgliedschaft

1. Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V. – denn nur wer mitmacht, kann mitreden!
2. ADHS – **Auf Deine Hilfe Setzen** wir! Werden Sie Mitglied!
3. ADHS Deutschland e.V. braucht *Ihre* Hilfe, weil andere *unsere* Hilfe brauchen! Werden Sie Mitglied!
4. Kanalisieren Sie Ihre Hyperaktivität – machen Sie bei uns mit: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V.!
5. Haben Sie nicht etwas vergessen? Mit Ihrer Mitgliedschaft im ADHS Deutschland e.V. helfen Sie mit, an die Betroffenen zu denken!
6. Aufgepasst: Die ADHS verdient Ihre Aufmerksamkeit – und ADHS Deutschland e.V. Ihre Mitgliedschaft!
7. Geben Sie Ihrem Impuls nach: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V.!
8. Leiden Sie an einem Aufmerksamkeitsdefizit? ADHS Deutschland e.V. schenkt seinen Mitgliedern die ganze Aufmerksamkeit. Werden Sie Mitglied!
9. Warum Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V. werden sollen? Dafür gibt es zehn gute Gründe – an wie viele können Sie sich erinnern?
10. Sind Sie schon Mitglied im ADHS Deutschland e.V.? Wenn Sie es nicht wissen, sollten Sie eintreten! Dann wissen Sie alles!

Fachtag Jugendmedizin

Am Samstag, den 4. Juli 2009 fand in Stuttgart der Fachtag Jugendmedizin mit dem Titel: „Lebenswelt von Jugendlichen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung“ statt. Organisiert wurde er vom Arbeitskreis Jugendmedizin der Region Stuttgart. Vormittags gab es Vorträge für die anwesenden Kinder- und Jugendärzte. Am Mittag fand zusammen mit dem Kindernetzwerk eine Podiumsdiskussion statt, zu der ich als Vertreter des ADHS Deutschland e.V. eingeladen war mit dem Titel: „Behinderte Jugendliche kommen zu Wort“.

Weitere Teilnehmer waren Vertreter von KEKS Speiseröhrenfehlbildungen und BHSV Multiple kartilaginäre Exostosen.

Folgende Fragen wurden erörtert:

- Unsere Gesellschaft bezeichnet sich als Solidargemeinschaft, sichtbar im System der Krankenkassen. Wo empfinden Sie in Ihrem Alltag Solidarität von Seiten der Gesellschaft mit Ihren Problemen, mit Ihrer Erkrankung?

- Wo erleben Sie Gleichgültigkeit oder Ablehnung?
- Wie ergeht es Ihnen als jungen Erwachsene beim Wechsel vom System der Kindermedizin, d.h. Kinderärzte, Kinderklinik in das System der Erwachsenenmedizin?
- Sie alle haben wegen Ihrer Erkrankung, Ihrer Beeinträchtigung mehr oder weniger intensiven Kontakt zu Ärzten. Heute sind hier viele Vertreter der Medizinsystems anwesend, welche Wünsche haben Sie insbesondere in Bezug auf die medizinische Versorgung und den Umgang der Ärzte mit Ihnen?

Nachmittags wurden Workshops angeboten.

Es war eine interessante Veranstaltung, leider war die Zeit für die Podiumsdiskussion sehr begrenzt und die Fragen konnten nur kurz diskutiert werden.

Frederik ■

GruppenleiterInnen-Treffen 2009

Fortbildung in Nordrhein-Westfalen

Am 20. und 21. Juni 2009 traf sich die Landesgruppe NRW wieder zu einem sehr informativen Treffen im Jugendgästehaus „Aasee“ in Münster. Samstagmorgen um 10.00 Uhr konnte die Leiterin der Landesgruppe, Herta Bürschgens, fast dreißig Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 20 verschiedenen Regionalgruppen begrüßen. Der Vormittag diente dem Erfahrungsaustausch und Bericht über die Aktivitäten der einzelnen Gruppen. Frau Bürschgens berichtete von aktuellen Entwicklungen im Bundesverband und erläuterte noch einmal die Möglichkeiten des Newsletterbezugs und der Mitgliederinfos im Internet.

Nach dem ausgezeichneten Mittagessen, das neben der Sorge für das leiblichen Wohl auch viel Raum ließ für informellen Austausch, startete das Vortragsprogramm mit dem Referenten Dr. Bodo Müller, Leiter der Kinder-

und Jugendpsychiatrie der St. Marien-Hospitals in Düren. Der Titel seines Vortrags lautete: „Heutige bzw. aktuelle Möglichkeiten der medikamentösen ADHS-Behandlung.“ Die Zuhörerinnen und Zuhörer wurden grundlegend informiert über die verschiedenen Präparate, ihre Inhaltsstoffe, Darreichungsformen und Wirkungsweisen. Belegt wurde vieles mit Ergebnissen von durchgeführten Studien und Erfahrungswerten aus der Behandlungspraxis. Der Vortrag war für alle Anwesenden interessant, denn er beinhaltete sowohl Basiswissen wie auch Detailinformationen, die für viele neu waren.

Daran an schloss sich der Vortrag von Kathrin Hoberg, Diplom-Psychologin im SPZ Aachen. Ihr Vortrag war sowohl inhaltlich als auch von der Darbietung her ein Genuss, der die Zuhörer allesamt mitriss und begeis-

terte. Frau Hoberg gelang es, die Erfahrungen und Enttäuschungen der Anwesenden als Eltern und ehemalige Schüler aufzugreifen und hierbei Möglichkeiten für Eltern im Kontakt mit den Lehrern aufzuzeigen. Sie warb aber auch um Verständnis für die Lehrerinnen und Lehrer. Der Vortrag war so gut, das sich die Autorin dieses Artikels (selbst Lehrerin und Mutter eines betroffenen Sohnes) sofort am nächsten Montag das Buch von Frau Hoberg, „ADHS“ – Der praktische Ratgeber für Schule und Unterricht, in unserem Internet-Shop gekauft hat.

Mit dem Vortrag „Familientherapie und ADHS – wann sinnvoll und in welcher Form?“ endete der offizielle Teil des ersten Tages. Referent war Dr. Thomas Dirksen, Kinder- und Jugendpsychiater aus Münster. Er stellte zunächst die verschiedenen Ansätze in der Familientherapie dar und erläuterte an Hand von Fallbeispielen aus seiner persönlichen Arbeit die Möglichkeiten und Anwendungsbereiche. Es wurde deutlich, dass Familientherapie nur in besonderen Fällen bei ADHS sinnvoll eingesetzt wird, um insbesondere Belastungen innerhalb der Familie und bei den betroffenen Kindern aufzugreifen und zu behandeln.

Seinen Abschluss fand der Samstag im gemütlichen Abendessen und gemeinsamen Aktivitäten, die von der Regionalgruppe Münster organisiert und begleitet wurden.

Der Sonntag begann mit den jährlichen Vereinsformalitäten, u.a. mit dem Kassenbericht und der Entlastung der Landesleitung sowie der Wahl des Leitungsteams (Vorstandes). Einstimmig wurde Herta Bürschgens als Leiterin der Landesgruppe NRW in ihrem Amt bestätigt. Als Stellvertreterin wurde Brigitte Wolf gewählt, die bereits kommissarisch seit einem Jahr die Nachfolge von Karin Knudsen übernommen hatte.

Anschließend berichteten Dr. Walter Beerwerth, Mitglied der Regionalgruppe Münster und Olaf Herzog, Theaterpädagoge über das Theaterprojekt „Theater um ADS – ADS im Theater“, das von der Landesgruppe NRW finanziell mit unterstützt wurde. Es handelt sich um ein Angebot für Jugendliche und Erwachsene mit AD(H)S, einmal wöchentlich in Münster unter Anleitung eines Theaterpädagogen Improvisationstheater zu machen. Gefördert werden die Selbstwahrnehmung, Impulskontrolle, Wahrnehmung von Gruppenprozessen und Training der Kooperationsfähigkeit. Erfolge zeigen sich in der Verbesserung der Schulleistungen, der Sozialkontakte und einer allgemeinen Erhöhung der Lebensqualität. Nähere Informationen können bei dem Projektleiter Dr. W. Beerwerth angefordert werden (www.ads-muenster.de; docbeerwerth@web.de).



Den Abschluss des Vormittags machte Brigitte Wolf mit ihrem kurzen Vortrag zu den Ergebnissen einer Studie unter Führung der Universität Erlangen. Inhalt der Studie ist die Wirksamkeit von Neurofeedback als Therapiemöglichkeit bei ADHS. Frau Wolf stellte die Methode vor und erläuterte die Ergebnisse. Neurofeedback hat bei 25 % der Probanden gute Erfolge erzielt. Ein Durchbruch bei der Behandlung von ADHS ist die Methode bislang jedoch nicht, sie kann als Ergänzung zur Medikation und zum Verhaltenstraining eingesetzt werden. Die Therapie wird nicht von den Krankenkassen bezahlt.

Nach dem gemeinsamen Mittagessen und einem kurzen Rückblick auf das Wochenende fuhren die TeilnehmerInnen zufrieden und mit vielen neuen Informationen nach Hause. Man verabedete sich bereits für das nächste Jahr. Die nächste NRW-Gruppenleiter-Schulung findet wieder im JGH in Münster am 12./13.06.2010 statt.

Brigitte Wolf ■

Theater um ADS - ADS im Theater

Halbzeitbericht

1. Vorab die Zusammenfassung

Improtheater nach Art des „Theater um ADS“ ist gedacht gewesen als ausschließlich ressourcenbasiertes Verhaltenstraining für Jugendliche mit ADS. Die Vorstellung war die einer Reifungsförderung in den Bereichen: Selbstwahrnehmung, Impulskontrolle, Wahrnehmung von Gruppenprozessen und Training der Kooperationsfähigkeit. Die Verlagerung auf den Erwachsenenbereich zeigt wider Erwarten trotz Reifungsabschluss selbige Effekte. Wegen evaluationsmethodischer Probleme wird das in der laufenden Pilotstudie schwerlich auf gutem Signifikanz-Niveau nachweisbar sein. Dennoch

Die Rückmeldungen der Spieler sind so gut, dass Folgestudien geboten sind!

Es ist uns klar geworden, dass es unverzichtbar ist, auf gut ausgebildete Theaterpädagogen zurückzugreifen: „mal Impro gespielt“, „als Therapeut einen Kurs besucht“, das reicht nicht! Das Problem ist, diese müssen im naturwissenschaftlichen Diskurs geübt sein. Wenn es unserer Arbeitsgruppe gelänge, unser Wissen in die Zusammenarbeit einer theaterpädagogischen Hochschule mit einer Institutsambulanz einzubringen, sollte es möglich werden, diese wertvolle Methode zu etablieren und fortzuentwickeln.

2. Träger, Unterstützer

Die ADS-Erwachsenenselbsthilfegruppe Münster ist Träger des Pilotprojektes, das die Auswirkung von Improtheater auf Menschen mit ADS untersuchen soll. **Gefördert** wird es von der Landesgruppe NRW des ADHS Deutschland e.V., der BKK Westf/Lippe, der AOK Münster, der BEK Münster.

ADS-fachlich und zur Bewerbung unterstützen die Mitglieder des ADS-Qualitätszirkels Münster unter der Führung vom Dipl. Psych. Thomas Hillebrand. Der Gesundheitssoziologe PD Dr. Wichard Puls unterstützt in der Evaluation.

Räumlichkeiten stellt die ev. Familienbildungsstädte zur Verfügung.

Organisatorisch leistet das Coachingunternehmen Position 51/7 Unterstützung.

Mitarbeiter sind für die pädagogische Arbeit Theaterpädagogin Olaf Herzog (Theatermafia), Dipl. Theaterpädagogin/ Dipl. Soz. Päd. Stefan Kappenberg, Theaterpädagogin Luisa Hausmann BA.

Projektleiter ist Dr. med. Walter Beerwerth.

Start der Werbung um Spieler war am 13.08.08 auf einer Veranstaltung für Teilnehmer des QZ, Geldgeber und weiteren Netzwerkpartnern. Vorausgegangen war eine intensive Vorbereitungsphase. Für die Spieler begann es in einer sich über Wochen hinziehenden Gruppenbildungsphase Mitte November 08.

3. „Archäologie der Theaterpädagogik“

Diesen schönen Begriff verdanken wir Frau Prof. Streisand aus der Theaterpädagogischen Hochschule in Lingen. Gemeint ist, Bewährtes aus der Vergangenheit nutzbar zu machen. In der Tat finden sich erste schriftliche Hinweise auf eine Affinität von ADS und Stegreifvortrag in der frühen nordischen Literatur, hier besonders in der Kormaksaga. Für unser Projekt war die Arbeit am Jugendzentrum der Erlösergemeinde, dem Paul Gerhard Haus, unter Andreas und Janina Lehr und Olaf Herzog das Vorbild. Die dortigen Improgruppen waren stark von Jugendlichen mit ADS durchsetzt. Diese haben besonders vom regelmäßigen Training profitiert, was sich in Schulleistungen, Sozialkontakten und einer allgemeinen Erhöhung der Lebensqualität äußerte.

4. Methodik

Es handelt sich um Methoden aus dem Bereich des Improvisationstheaters mit Elementen aus dem Wirken von Keith Johnstone, Viola Spolin und Augusto Boal. Besonders werden Szenisches Spiel, Status- und Rollenarbeit durchgeführt. Das größte Augenmerk liegt in den ersten Stunden auf der Gruppenentwicklung. Später steht das Üben von Techniken im Vordergrund. Es wird darauf geachtet, dass die Behinderung der Teilnehmer und deren Folgen nicht thematisiert werden. Ziel der Arbeit ist ein Sich-Frei-Spielen, Technikerwerb und Standfestigkeit für spätere Auftritte. Das Verfahren ähnelt dem, der auf Jahre angelegten Trainingsprogramme bei koordinativ

anspruchsvollen Sportarten. Es ist in medizinischen Begriffen ein Verhaltenstraining in dem die störungsspezifischen Ressourcen alleiniger Pfeiler des Verfahrens ist. Störungsbezogen kognitives Arbeiten wird zugunsten der Übung mit Nachdruck unterbunden. Gearbeitet wird körperbezogen spielerisch.

5. Evaluation

Es war ein integratives Projekt für Menschen mit AD(H)S im Alter zwischen 12 und 18 Jahren geplant. Wegen der Therapiemüdigkeit dieser Gruppe bekamen wir trotz intensiver Bewerbung in jugendpsychiatrischen und -therapeutischen Praxen keine Spieler. Erst nach Umstellung auf Erwachsene und Bewerbung über die SHG kam die erste Spielgruppe zustande. Aktuell sind die Spieler zwischen 18 und 60 Jahre alt. Wir wollten gängige psychometrische Fragebögen einsetzen. In Vorgesprächen zeigte sich, dass diese den Teilnehmern wegen psychiatrischer Vorerfahrung bestens bekannt waren und zudem mit negativen Gefühlen besetzt. Wir haben dann auf Skalen zu Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit von PD W. Puls zurückgegriffen, ergänzt durch eine Skala aus dem Suchbereich. Wichtiger sind die regelmäßigen Protokolle der Trainer und gelegentliche Berichte der Teilnehmer. Sämtliche Teilnehmer verfügen über eine von einem Psychiater gestellte Diagnose ADS oder ADHS. Nebendiagnosen wurden nicht eigens abgefragt, um die Teilnehmer mit traumatischen Psychiatrieerfahrungen nicht zu verprellen. Sie führten aber als „Persönlichkeitsstörung“, „Depression“ oder „psychotische Entgleisung“ zu krankheitsbedingtem Fehlen. Wegen der Teilnehmer-Selektion durch die Werbung in der SHG kommen viele mehrfach körperlich und seelisch Geschädigte zusammen. Die dadurch verursachten Ausfälle (Drop outs), dann oft über Monate, werden eine statistisch korrekte Auswertung unmöglich machen, so zeichnet es sich bereits ab.

6. Gruppenentwicklung

Begonnen hat die erste Gruppe mit ständig wechselnden Teilnehmern, zwischen 5 und 7 Personen an der Zahl. Durch Mundpropaganda „hat richtig Spaß gemacht“ wuchs die Zahl auf 18 und hat sich nun auf einen festen Stamm von 11 Spielern eingependelt. Der Bedarf war so groß, dass wir mittlerweile unter der Trägerschaft der Evangelischen Familienbildungsstätte eine zweite Gruppe mit identischer Dynamik im Aufbau haben. Die Rückmeldung aus der älteren Gruppe ist, dass die Spieler ihre Lebensqualität gebessert sehen. Im Gespräch mit ihnen, in der anstrengenden Situation der turbulenten Selbst-Hilfe-Gruppe wirken sie gelöster und flexibler als zuvor. So erklärt sich, dass es bisher trotz des in anderen Lebensfeldern störungsbedingt unsteten Verhaltens der Spieler, Ausfälle nur durch Krankheit gab. Theater nimmt bereits einen zentralen Raum im Leben der Spieler ein. Die Teilnehmer sind entschlossen, auch nach Auslaufen

des Projektes auf privater Basis weiterzumachen.

7. Teamentwicklung

Hier haben wir das meiste Lehrgeld gezahlt. Projektleiter und die Unterstützer kommen aus der Medizin. Devise ist rasch Probleme erkennen, um sie dann „chirurgisch“ sehr gezielt und effizient im Teamwork zu beheben. Das geschieht mit den Mitteln der Delegation, der Meldung und sowie der kurzen und deutlichen Rückmeldung, alles in straffer Weise.

Die Pädagogen arbeiten mit Sich-Ausprobieren, Raum geben, Zeit nehmen, im Versuchen zusammenfinden. Das ist notwendige Basis ihrer Tätigkeit mit den Theaterspielern.

Wenn beide Kulturen aufeinander treffen, wird es problematisch. Die klaren Ansagen der medizinischen Seite zur Sache wurden als Angriff auf die Person missverstanden. Reaktion: Rückzug. Rückzug wieder wurde vom Partner als Desinteresse an der Sache missverstanden. Insgesamt machten es Missverständnisse dieser Art es schwer, miteinander konstruktiv um Konzepte zu ringen.

Es zeigt sich zunehmend, dass es für beide Seiten eine Bereicherung ist, auch die „Sprache“ der jeweils anderen zu lernen und situationsgerecht einzusetzen.

8. „Ständige Konferenz Spiel und Theater an Hochschulen 2009“

Die Teilnahme an der jährlichen Fachtagung der Theaterpädagoginnen stellte nach der Startveranstaltung den zweiten Höhepunkt in der Präsentation des Projektes dar. Dieses Jahr fand die Konferenz unter der vorzüglichen Organisation von Prof. E. Wilhelm in Münster statt. Wir haben mit gutem Zuspruch und ebensolcher Rückmeldung am 20.06.09 unser Konzept vorgestellt, wobei wir Elemente des Improtheaters zur Vortragsgestaltung nutzten. Die Konferenz war auch für eine Fülle von Anregungen gut. Unter anderem: Der Hauptreferent, Thomas Prattki, stellte das innige Körper-Geist-Verhältnis und Reifungsprozesse unter dem philosophischen Aspekt eines Dualismus Ich/Selbst dar. Das ist (in anderer Nomenklatur) Basis auch unserer Arbeit. Aus Lingen gab es einen Beitrag zum Unternehmenstheater, in dem wie bei uns, Probleme der Kommunikation auftraten. Die Schlussfolgerung von Prof. B. Ruping: Interdisziplinäre Arbeit ist mühsam, lohnt aber für beide Seiten, schon um das Verhaltensrepertoire zu erweitern.

Dr. W. Beerwerth ■

Projektleiter, Münster am 22. Juni 2009,
www.ads-muenster.de; docbeerwerth@web.de

Regionalgruppe Düsseldorf aktiv



Am Samstag, 5.9.2009, hatte unsere ADHS Elterngruppe einen Stand vor dem Rathaus in Düsseldorf. Das Selbsthilfe-Service-Büro des Gesundheitsamtes der Stadt feierte sein 20-jähriges Bestehen mit einem „Selbsthilfe-Tag“.

Neben dem Infostand gab es auch Spielgeräte und ein Malangebot für Kinder. Zu unserer Freude war der Banner des Bundesverbandes sogar abends groß im Regio-

nalfernsehen eingeblendet. Die Reporterin einer örtlichen Tageszeitung nahm sich Zeit für ein längeres Gespräch und deckte sich mit Flyern des Verbandes ein, 50% der Besucher an unserem Stand erkundigten sich nach einer Gruppe für Erwachsene mit ADHS. Positiv: Auch LehrerInnen informierten sich am Stand.

Am Sonntag, 6. September, war die Regionalgruppe Düsseldorf beim 30. Floraparkfest vertreten, einem Stadtteilfest vor allem für Familien, auf dem sich Non-Profit-Gruppen und Institutionen der Umgebung vorstellten. Viele Spiel- und Bastelstände, eine Floßaktion über den Teich und eine Zaubershow lockten über 1000 Besucher auf die Wiese vor dem Haus der Wissenschaften. Der „heiße Draht“ forderte am Stand unserer Regionalgruppe Kinder heraus, konzentriert eine Drahtschlinge um einen Metallbogen zu führen, ohne ein Klingelsignal auszulösen. Auch hier nutzten Eltern und Lehrer die Gelegenheit zur Information.

Da es in Düsseldorf eine starke scientologisch beeinflusste Szene gibt, war es gut, mit dem Banner des Bundesverbandes „Flagge“ zu zeigen und ein fachlich fundiertes Hilfsangebot zu präsentieren.

Monika Hillmann ■

Jahresbericht 2008 der

ADHS-Elterninitiative Marburg

„Wer sich vornimmt Gutes zu bewirken, darf nicht erwarten, dass die Menschen ihm deswegen Steine aus dem Weg räumen.“

Albert Schweitzer

Auch in unserem Weg durch das Jahr 2008 lagen eine Reihe von Steinen. Unbeabsichtigt „verstreut“ erschweren und intensivierten sie die Arbeit, sorgten aber (in Form von Glatteis) auch für ein ausgefallenes Treffen.

Das Leitungsteam hat sich dadurch nicht entmutigen lassen. Und der „Reibungsverlust, der bei der Übergabe der Aufgaben von „alten Hasen“ auf „Grünschnäbel“ wohl zwangsläufig entsteht, hielt sich in erträglichen Grenzen.

Die Vorträge waren gut besucht, die Gesprächskreise so, dass man sich gut unterhalten und gegenseitig unter-

stützen konnte. Glücklicherweise veröffentlichte die Presse unsere Ankündigungen regelmäßig. Dadurch haben wir beim Vortrag „Kleinkinder und ADHS“, der „unsere“ Eltern weniger betraf, eine Reihe von Erzieherinnen und Pädagogikstudenten erreichen können. Während unsere A4 Plakate bei Kindergärten, Ärzte und Therapeuten keinen Erfolg zeigten.

Die Tagung in Forchheim war für die Gruppenleiterinnen sehr hilfreich und hat wichtige Impulse für die künftige Arbeit gebracht.

Es besteht weiterhin großes Interesse an einer Erwachsenengruppe, für die jedoch noch niemanden bereit ist die Verantwortung zu übernehmen.

RG Marburg, Iris Schnell ■

Jahresbericht 2008 der

ADS Selbsthilfegruppe Hemer

Unsere Gruppe traf sich jeden 2. Dienstag im Monat.

Im April hatten wir Dr. Hans-Heiner Decker aus Arnsberg zum Thema Diagnose und Behandlung von ADHS Erwachsenen zu Gast.

Im August veranstalteten wir unseren jährlichen Familientag. Die teilnehmenden Familien hatten sehr viel Spaß bei Kaffee und Kuchen, verschiedenen Spielen, lockeren Unterhaltungen und abschließendem Grillen.

Im September beteiligte sich die ADS Gruppe mit einem Infostand bei der Veranstaltung "Hemer – dein Verein" – eine öffentliche Präsentationsplattform für Vereine und Selbsthilfegruppen die von der Stadt Hemer organisiert wird.

Im September konnten wir Paul Hundelshausen, Leiter der SHG Hochsauerland für einen offenen Info- und Gesprächsabend zum Thema ADHS bei Kinder und Jugendlichen gewinnen.

Im November veranstalteten wir einen Abend zum Thema ADHS Kinder und Hausaufgaben.

Im Dezember fand wie jedes Jahr unsere Weihnachtsfeier statt.

RG Hemer, Regina Wortmann ■

Jahresbericht 2008 der

Regionalgruppe Hünfelden

Der „Gesprächskreis ADS und Lernprobleme“ trifft sich monatlich, außerhalb der Ferien. Somit hatten wir in 2008 sieben Gruppentreffen. Darunter waren zwei Vorträge: Frau Dr. Hammer „AD(H)S und Schule – Tipps und Hilfen für Eltern und Pädagogen“ und Ruf/Arthen „Förderungs- und Interventionsmöglichkeiten bei Kindergartenkindern mit AD(H)S und Verhaltensauffälligkeiten“. Der geplante Vortrag von Dr. Neuy-Bartmann „AD(H)S im Erwachsenenalter, eine unterschätzte Krankheit“ musste auf 2009 verschoben werden. Bei der Auswahl der Vortragsthemen versuchen wir immer möglichst alle betroffenen Altersgruppen abzudecken.

Am 13. April 2008 fand die Mitgliederversammlung des AD(H)S Deutschland in Friedrichsdorf statt. Da dieser Standort für uns ohne Übernachtung und lange Anreise zu erreichen ist, nahmen wir sehr gerne daran teil und informierten uns in den verschiedenen Vorträgen über Neuigkeiten aus dem AD(H)S-Bereich.

Auf dem Selbsthilfetag im September in Limburg war unsere Gruppe mit einem Bücherstand und Informationsmaterial vertreten. Hier finden wir immer wieder Kontakt zu Pädagogen oder z. B. Großeltern von betroffenen Kindern, die nicht den Weg über ein Gruppentreffen gegangen sind.

Im November 2008 waren Frau Ruf und Frau Reigl natürlich auf der Regionalleiter-Fortbildung in Hirschaid/Forchheim, die in diesem Jahr besonders interessant war. Uns hat auch gut gefallen, dass Workshops angeboten wurden. Wir nahmen an unterschiedlichen Angeboten teil und konnten so ein großes Maß an Informationen mit nach Hause nehmen.

RG Hünfelden, Lisette Reigl ■

„Auch eine Reise von tausend Meilen fängt mit dem ersten Schritt an. Achte auf deine Gedanken – sie sind der Anfang deiner Taten.“ (Chinesisches Sprichwort)

„Nicht in die ferne Zeit verliere dich, den Augenblick ergreife. Der ist dein!“ (Friedrich von Schiller, 1759-1805)

Jahresbericht 2008 der

Regionalgruppe Ingolstadt

Auch im Jahr 2008 fand, außer im August, jeden 3. Donnerstag im Monat unser Treffen statt. Unsere umfangreiche Bücherei mit Fachliteratur wird sehr gut genutzt. Neben der ADHS-Kinderproblematik tritt in den Gesprächsrunden immer mehr das Erwachsenen-ADS in den Fokus.

Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen

30.01.2008

Elterninformationsveranstaltung in der Kindertagesstätte „Netz für Kinder“ in Ingolstadt. Frau Bleicher referierte über Symptomatik und Therapiemöglichkeiten bei AD(H)S-Kindern.

14.02.2008

Teilnahme am Vortrag „Der erwachsene Zappelphillip“ im Zentrum für psychische Gesundheit im Klinikum Ingolstadt. Bei der anschließenden Diskussion konnten wir unsere Selbsthilfegruppe näher vorstellen.

20.03.2008

Die Studentin Anja Born (Tochter von Armin Born, Autor von „Lernen mit ADS-Kindern“) besuchte uns in der Selbsthilfegruppe. Sie stellte ein Elterntraining vor: „Wie unterstütze ich mein ADS-Kind beim Lernen?“ das sie selbst mit interessierten Eltern durchführt.

07.05.2008

Der Verein „Mobile Familie“ (er bildet Tagespflegemütter aus und vermittelt diese), trat an uns heran mit dem Wunsch einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema

ADS. Frau Bleicher (sozialpädagogische Familienhelferin, ausschließlich in ADS-Familien tätig), führte eine dreistündige Fortbildung mit Powerpoint-Präsentation und anschließender Diskussion durch. Neben Ursache, Symptomatik und Therapiemöglichkeiten waren die 25 Teilnehmer auch sehr an praktischen Handlungshilfen im Alltag interessiert.

05.07.2008

Wir nahmen am Ingolstädter Gesundheitstag mit einem Informationsstand teil. Sowohl durch Infomaterial, als auch durch persönliche Gespräche konnten sich Interessierte über die ADS-Problematik informieren.

18.10-19.10.2008

Regionalleiterseminar in Hirschaid

28.11.2008

Besuch in der neuen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung im Klinikum Ingolstadt. Frau Dr. Weimann wollte uns und unsere Arbeit kennen lernen und sie berichtete über den weiteren Aufbau der Station. Außer Diagnostik und Medikation sollen weitere Therapiemöglichkeiten geschaffen werden.

16.12.2008

Eine Seminargruppe (Schulpsychologie) der Kath. Universität Eichstätt tritt an uns heran mit der Bitte, unsere Erfahrungen zum Thema „Elternberatung bei ADHS“ einzubringen. Neben vielen Gesprächsbeispielen war es uns auch wichtig, den Blick der Studenten auch auf die hypoaktiven Kinder zu lenken.

Iris Fuchs ■

Jahresbericht 2008 der

Regionalgruppe Lüneburg

Es ist nicht sehr viel zu berichten.

Nachdem wir in den Jahren vorher immer etwa vier Vorträge angeboten hatten, haben wir seit 2008 nur noch Gesprächsabende angeboten, da die Resonanz auf die Vorträge immer geringer wurde, offensichtlich ist das Informationsbedürfnis nicht mehr so groß wie in der ersten Zeit.

Wir treffen uns also einmal im Monat zum Gesprächsabend und werden dabei gelegentlich von einer sehr erfahrenen Kinderärztin unterstützt.

Silke Hansen-Dau ■

In eigener Sache:

AKTIVE MENSCHEN

Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS

Sie sind bereits Mitglied in unserem Selbsthilfverband? –

Wenn ja, haben Sie sicher gute Gründe dafür:

- Sie sind immer am Puls zum Thema ADHS – durch aktuelle Informationen, Kontakte, Erfahrungsaustausch.
- Sie leisten Unterstützung unserer ehrenamtlichen Hilfe zur Selbsthilfe
- Sie sparen durch Ermäßigungen bei Veranstaltungen und Publikationen
- Sie beziehen unsere Zeitschrift neue AKZENTE jährlich dreimal kostenlos
- Der Vereinsbeitrag ist steuerlich absetzbar

Bringen Sie sich ein und werben

Sie neue Mitglieder, denn nur **gemeinsam** sind wir stark.

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

In der Selbsthilfelandchaft gibt es Gruppen, Vereine und Verbände. *Gruppen* sind örtlich tätig.

Vereine meist regional aktiv. Selbsthilfverbände haben überregionale Strukturen und sind bundesweit tätig.

Was zeichnet sie aus?

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

Unser Bundesverband ist gemeinnützig und leistet Lobbyarbeit für Menschen mit ADHS.

Alle Aktiven – bis auf die Teilzeitkräfte in den Geschäftsstellen Berlin und Forchheim – arbeiten ehrenamtlich.

Die Personalkosten sind somit auf ein Minimum reduziert. Sie werden genauso wie die anfallenden Sachausgaben durch die Haupteinnahme Mitgliedsbeiträge finanziert. Durch öffentliche Zuschüsse seitens der Krankenkassen werden höchstens 15 % unserer Kosten gedeckt.

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

Ein Anmeldeformular erhalten Sie über unsere Geschäftsstelle
oder über unsere Website: www.adhs-deutschland.de

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

Die Aktiven des ADHS Deutschland e.V.

Jahresbericht 2008 der

Regionalgruppe München-Mitte

Auch für 2008 haben wir wieder ein sehr interessantes Programm zusammenstellen können.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei den Referenten für die hohe Bereitschaft unsere Gruppe mit einem Vortrag und den anschließenden immer sehr informativen und anregenden Gedanken- und Erfahrungsaustausch zu unterstützen.

Programm 2008

- | | |
|-------------------------|---|
| 21. Januar 08 | Dr. Johannes Streif → Außer Haus „Zuhause üben“ |
| 18. Februar 08 | offener Erfahrungsaustausch und Gespräch |
| 10. März 08 | Bettina Kinn → Dyskalkulie |
| 21. April 08 | Gesprächsabend mit Frau Opiz (ADHS-Coaching) |
| 26. Mai 08 | Anke Anklam → Schule und dann? Jugendliche mit ADHS |
| 16. Juni 08 | offener Erfahrungsaustausch und Gespräch |
| 14. Juli 08 | Frau Hirsch → Verhaltenstherapie |
| 15. September 08 | Dr. Johanna Krause → Neues aus der Forschung |
| 20. Oktober 08 | offener Erfahrungsaustausch und Gespräch |
| 17. November 08 | Dr. Sabine Dörning → Aktuelles aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis |

Die Treffen beginnen um 19.30 Uhr und enden gegen 21.30 Uhr.

Gäste sind herzlich willkommen!

Unkostenbeitrag: 3,00 € werden erbeten

eMail: rg-muenchen@bv-ah.de

Die gemeinsamen Abende dienen der gegenseitigen Unterstützung durch Gespräche, Vermittlung von Informationen und dem Austausch von Erfahrungen.

Auf Wunsch unserer Gruppe ändert sich mit dem Jahresbeginn 2009 der Treffpunkt unserer Begegnungen.

Wir treffen uns jeden 4. Montag im Monat, ab 20.00 Uhr im Vortragsraum 1 (EG), außer in den Ferien, im Selbsthilfezentrum München-Mitte, Westendstr.68, direkt an der Stammstrecke der S-Bahn (von der Donnersbergerbrücke ca.5 Min Fußweg).

Freie Gesprächsabende und Abende mit Referenten wechseln sich ab.

Anfragen dazu unter 08152-99 97 99 oder Mail.

Adele Cordes ■
für die SHG

ADHS in der Familie Regionalgruppe München-Mitte

Zitate

„Zukunft: etwas, das die meisten Menschen erst lieben, wenn es Vergangenheit geworden ist.“ (William Somerset Maugham, engl. Schriftsteller)

Erfahrung verbessert unsere Einsicht, ohne unsere Absichten zu verändern (Alfred Polgar).

Das Geheimnis zu langweilen besteht darin, alles zu sagen, was man weiß (François Marie Voltaire).

Ordnung ist die Lust der Vernunft, aber Unordnung ist die Wonne der Phantasie (Paul Claudel).

Ich glaube nicht, dass derselbe Gott, der uns Sinne, Vernunft und Verstand gab, uns ihren Gebrauch verbieten wollte (Galileo Galilei).



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 Überlebens-
formen und individuelle
Entwicklungschancen

Bibl. Nr. 10022 • 29,- €



Wieder Zuversicht gewinnen

Hans-Ulrich Dombrowski

Es ist möglich, aus dem Loch
der Depression herauszukom-
men und Lebensfreude zu
gewinnen.

Bibl. Nr. 14038 • 18,- €

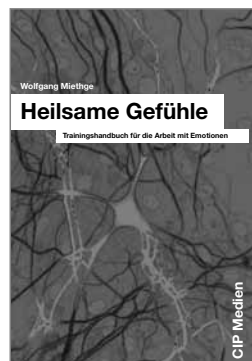


Wege zu mehr Selbstvertrauen

Hans-Ulrich Dombrowski

Hilfreiche Strategien zur
Erhöhung des
Selbstwertgefühls

Bibl. Nr. 14037 • 18,- €

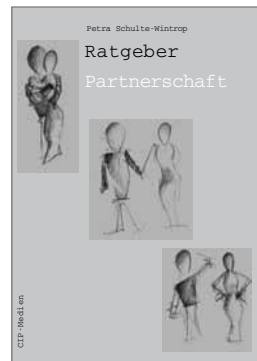


Heilsame Gefühle

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,- €

Sie fragen - Experten antworten

Laktose-Intoleranz

Sehr geehrte Damen und Herren,

kann Methylphenidat (Medikinet, Ritalin etc.) auch bei hochgradiger Laktose-Intoleranz eingenommen werden? Gibt es Alternativen?

Mit freundlichen Grüßen
XY

Sehr geehrte Frau XY,

von den unretardierten Methylphenidat Präparaten enthält nur Methylpheni TAD keine Laktose.

Ritalin LA ist laktosefrei und kann ohne Bedenken bei Laktose-Intoleranz oder -allergie verabreicht werden.

Medikinet retard ist laktosefrei.

Equasym® retard:

Enthält keine Laktose. Dieses Arzneimittel enthält Sucrose (Saccharose). Patienten mit der seltenen hereditären Fructose-Intoleranz, Glucose-Galactose-Malabsorption oder Saccharase-Isomaltase-Mangel sollten Equasym Retard nicht einnehmen. Ein Patient, der eine echte Laktoseintoleranz hat, müsste eigentlich Equasym® retard vertragen. Es gibt allerdings auch Fälle von unspezifischem Disaccharidasemangel, der manchmal schlecht von einer Laktoseunverträglichkeit zu unterscheiden ist. Diese Patienten vertragen weder Laktose noch Saccharose.

Fazit: Die langwirksamen MPH-Produkte sind in diesem Fall zu empfehlen, da alle bis auf Concerta keine Laktose enthalten.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen weiter geholfen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Schubs®
Schulberatungsservice
Dipl.-Päd. Detlef Träbert
Rathausplatz 8
53859 Niederkassel
www.schubs.info

Bücher, z.B.: „Wenn es mit dem Lernen nicht klappt“ (zus. mit Jochen Klein), Beltz-TB 913, 247 S., € 14,95

Scripten, je € 3,-, z.B.:

- Motivation
- Umgang mit ADS-Kindern
- Kinder brauchen Struktur

Preiswerte Ratgeber-Bücher aus Restauflagen (ab € 3,50)

Konzentrationsfördernde Spiele

Elternvorträge zu Lern- und Erziehungsthemen

Bitte besuchen Sie die Internetpräsenz oder fordern Sie kostenlose Informationen an!

Die besten Reformer, die die Welt je gesehen hat, sind jene, welche bei sich selbst anfangen (George Bernhard Shaw).

Der Stress von heute ist die gute alte Zeit von morgen (unbekannt).

Es gibt nichts Beständigeres als die Unbeständigkeit (Hans Jacob Christoph von Grimmelshausen).

Ein guter Mensch gibt gerne acht, ob auch der andre Böses macht, und strebt durch eifrige Belehrung nach dessen Läuterung und Bekehrung (Wilhelm Busch).

Seien sie unbesorgt, ihr Herz hält noch bis an ihr

Sprüche

Die meisten Menschen sind bereit zu lernen, aber nur die wenigsten, sich belehren zu lassen (Winston Churchill).

Alle menschlichen Organe werden irgendwann müde, nur die Zunge nicht (Konrad Adenauer).

Gemeinsam gegen den Zwang

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. stellt sich vor:



Deutsche Gesellschaft
Zwangserkrankungen

Aufgabe und Anliegen der 1995 als gemeinnütziger Verein gegründeten Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen ist es, die Hilfe für Zwangskranke durch geeignete Maßnahmen kontinuierlich mit zu verbessern. Hierzu zählt neben einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit die Information über erfolgversprechende Behandlungsmethoden, die Förderung der Forschung und Fortbildung sowie die Unterstützung der Selbsthilfe. Der Verein bietet Ratsuchenden eine tägliche telefonische Sprechzeit an, in der Rat bei alltagsbedingten Problemen der Zwangsstörung erteilt wird und Hinweise auf erfahrene Therapeuten gegeben werden. Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen ist Herausgeber der Z-aktuell, die vierteljährlich über neues aus Forschung, Therapie und Selbsthilfe zu Zwängen berichtet. Im Internet präsentiert sich der Verein mit der Internetseite „www.zwaenge.de“, die neben vielen Informationen auch ein Forum, einen Chat und einen Newsletter anbietet. In Kooperation mit der Z-Expert GbR wird seit 2004 Therapeuten ein Fortbildungscurriculum angeboten.

Nachfolgend werden einige Leistungen näher vorgestellt:

Datenbank erfahrener Behandler

Im Laufe des nunmehr 13-jährigen Bestehens hat die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen eine umfangreiche Datenbank erfahrener ambulanter und stationärer Behandler aufgebaut. Diese Datenbank besteht derzeit aus ca. 500 Adressen von niedergelassenen Therapeuten und Fachkliniken, die sich auf die Therapie der Zwangsstörung spezialisiert haben. Interessierten Therapeuten und Kliniken steht die Aufnahme in die Datenbank offen, ein Fragebogen ist auf der Homepage der Gesellschaft „www.zwaenge.de“ im Bereich „Für Experten“ hinterlegt.

Telefonische Beratung

Das Angebot der täglichen Telefonberatung ist der wichtigste Bestandteil der Arbeit für Betroffene und deren Angehörige. Die werktägliche Sprechzeit von 10:00 bis 12:00 Uhr steht allen Ratsuchenden offen. Das Team der Geschäftsstelle sind oft die ersten Menschen, denen sich Betroffene oder Angehörige anvertrauen. Die Anrufer werden über erfolgversprechende Therapiemaßnahmen

aufgeklärt sowie auf erfahrene Behandler (s.o.) und Selbsthilfegruppen hingewiesen. Auch hat das Team der Geschäftsstelle ein offenes Ohr für krankheitsbedingte Alltagsprobleme.

Selbsthilfegruppen

Unverzichtbarer Teil der Arbeit des Vereins ist die Unterstützung der Selbsthilfegruppen zu Zwangsstörungen. Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen leben oftmals sehr zurückgezogen. Sie schämen sich wegen ihrer Zwänge. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe ist für Betroffene oft eine große Erleichterung, weil sie hier auf Menschen treffen, die ihr Verhalten kennen und verstehen.

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen betreut derzeit 85 Selbsthilfegruppen in Deutschland, denen das Informations- und Beratungsangebot zur Verfügung steht. Außerdem wird ein jährliches Bundestreffen der Selbsthilfegruppen angeboten, welches der Fortbildung und dem gegenseitigen Austausch dient.

Jahreskongresse

Schwerpunkt der fachlichen Arbeit ist die jährliche Ausrichtung eines Fachkongresses zu Zwangsstörungen. Die erste Jahrestagung fand im Jahr 1995 in Freiburg statt, 2009 wird die 13. Jahrestagung in Kooperation mit der LMU-München durchgeführt. Die Tagung richtet sich sowohl an ärztliche und psychologische Experten, als auch an Betroffene, Angehörige und Interessierte. Inhaltlich werden z.B. neueste Studien vorgestellt und Therapiekonzepte diskutiert. Betroffene und Angehörige berichten über ihre Therapie, die Erfahrungen in der Selbsthilfe und über das Leben mit der Zwangsstörung. Durch die gemeinsame Teilnahme von Experten und Betroffenen wird auch ein Austausch über therapeutische Konzepte gefördert, was für beide Seiten von Nutzen ist.

Agenda / Aussichten

Mit Sorge ist zu betrachten, dass Betroffene immer noch bis zu einem Jahr auf einen ambulanten Therapieplatz warten müssen. Hier gilt es weiterhin, bei Behandlern dafür zu werben, sich auch der Therapie der Zwangsstörung zuzuwenden.

Aufklärung über Zwangsstörungen ist nach wie vor vonnöten bei Hausärzten, Schulen und Arbeitgebern. Zu diesen Gruppen haben Betroffene bereits im Frühstadium der Erkrankung Kontakt und können eine zeitnahe Behandlung der Störung veranlassen. Je früher eine Zwangsstörung erkannt und behandelt wird, um so besser sind die Aussichten auf Heilung.

Letztlich ist es immer noch ein großes Problem, dass psychische Erkrankungen mit einem Stigma belegt sind. Eine Zwangsstörung ist ebenso eine Erkrankung wie eine Magenverstimmung. Hier ist es Aufgabe aller Vereinigungen, die mit und für psychisch kranke Menschen arbeiten, am Abbau oftmals diffuser Ängste mitzuwirken.

Wir alle müssen lernen, auf Menschen, die anders sind,

zuzugehen, ihnen zuzuhören und zu helfen, einen Platz im Kreise aller zu finden.

Der Verein

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. hat derzeit ca. 1.300 Mitglieder, die sich zu 2/3 aus Betroffenen und Angehörigen, sowie zu 1/3 aus medizinisch-psychologischen Experten zusammensetzen. Geleitet wird der Verein von einem paritätisch aus Betroffenen und Experten besetzten Vorstand, dem ein wissenschaftlicher Beirat und ein Kuratorium beratend zur Seite stehen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 50,00 € (ermäßigt 25,00 €) pro Kalenderjahr.

Antonia Peters ■

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
Postfach 70 23 34, 22023 Hamburg
Telefon: (040) 689 13 700
Internet: www.zwaenge.de

Forum „Anderwelt“ „Anderswelt ist wie nach Hause kommen“

Liebe Leser,

als ich vor ca. zweieinhalb Jahren Mitglied der Anderswelt wurde, hätte ich nicht damit gerechnet, dass mich dieses Forum so in seinen Bann ziehen würde. Ich meldete mich an, um einfach mal zu schauen. Aus dem Schauen wurde bald aktives Mitarbeiten und vor knapp einem Jahr habe ich dann die Anfrage bekommen, ob ich nicht Teammitglied werden wolle. Da stehe ich nun; Selena Knoth, knappe 22 Jahre jung, AD(H)Slerin, Teammitglied im größten deutschsprachigen AD(H)S-Forum - der „Anderswelt“. Ich fühle mich in dem Team und mit den Usern sehr wohl. Würde man mir anbieten, diesen „Job“ hauptberuflich zu machen, ich würde mitunter ja sagen.

Doch, Anderswelt - was ist das eigentlich?

Die Anderswelt versteht sich als AD(H)S-Selbsthilfe-Community für all diejenigen, die sich für die Thematik AD(H)S interessieren. Selbstbetroffene, Angehörige, Interessierte. Die Mitgliedschaft ist kostenlos. Man findet die Seiten im Internet unter: www.adhs-anderswelt.de

Zu den Hauptschwerpunkten des Forums zählen AD(H)S in Verbindung mit Hypo-/Hyperaktivität bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit all den Problemen, Fragen und Alltagsschwierigkeiten, die dieses Störungsbild mit sich bringt.

Die Anderswelt bietet weiterhin Informationen und Austausch zu den Themen medikamentöse Behandlung, Coaching (mit der Möglichkeit des interaktiven Coachings im Coaching-Board), Komorbiditäten, Arzt- und Therapeutenuche, Links zu empfehlenswerten Seiten und unseren Partnerforen und vieles mehr. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, mit anderen Mitgliedern im forumeigenen Chat in direkten Austausch treten zu können.

Neben Forum und Chat liegt ein Schwerpunkt auf den so genannten Bienchen-Mails. Bienchen-Mails sind tägliche Mails, die einem bei der Bewältigung des Alltages helfen. Im Laufe einer Woche hat man so, wenn man jeden Tag die in der Mail stehenden Anweisungen befolgt, sein ganzes Haus/seine ganze Wohnung auf Vordermann gebracht. Im Laufe der Zeit hat sich gezeigt, dass diese Mails von den Mitgliedern sehr gut angenommen werden. Die Rückmeldungen sind äußerst positiv.

Einige Bereiche wie AD(H)S Allgemein, AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen oder AD(H)S in Beruf und Studium sind auch für Gäste einsehbar, um diesen so einen ersten Eindruck des Forum vermitteln zu können.

In unregelmäßigen Abständen (ehrlich, hätte jemand was anders erwartet =D?) veranstaltet das Team Forentreffen. Diese finden meist an einem Wochenende im Spätf Frühling in einem Selbstversorgerhaus statt und bie-

ten einem die Möglichkeit, die User, die man im Laufe der Zeit kennen gelernt hat, auch mal persönlich zu treffen. Ich war bisher leider erst auf einem dieser Treffen und ich muss sagen, dass ich mich dort sehr wohl gefühlt habe. Ich hatte mal nicht das Gefühl, anders zu sein, von den anderen nicht angenommen zu werden.

Die Teammitglieder, z. Zt. zwischen 22 und 55 Jahre alt, sind zum Teil selbst AD(H)Sler, Angehörige von Betroffenen oder auch beides. Sie arbeiten in den unterschiedlichsten Berufsgruppen. So findet man unter ihnen Mediziner, Pädagogen, Rechtsanwälte, und viele mehr.

Jeder Interessierte ist willkommen und hat die Möglichkeit, sich auszutauschen, Hilfe zu suchen, Fragen zu stellen und von den vorhandenen Informationen und Beiträgen zu profitieren.

Für mich bedeutet Anderswelt ein tägliches Dazulernen. Erfahren, was es Neues auf dem Gebiet AD(H)S gibt, aber auch, wie andere Betroffene mit ihren durch AD(H)S bedingten Einschränkungen umzugehen gelernt haben. Gerade letzteres ist es, was ich sehr zu schätzen gelernt habe. Man merkt auf einmal, dass man nicht alleine dasteht, dass es auch andere Leute gibt, die ähnliches erlebt haben wie man selbst.

Wie ist das doch gleich? Geteiltes Leid ist halbes Leid? Hier würde ich für mich sagen, dass es zutrifft. Ich würde dieses Sprichwort gerne erweitern. Geteiltes Leid ist halbes Leid; gemeinsame Freude ist doppelte Freude. Und eines kann ich versichern, das Lachen und der Spaß kommen in der Anderswelt nicht zu kurz. So haben wir neben Boards mit „ernsten“ Themen, auch Boards, die die Namen Lachsack und Spiele- und Spaßboard tragen. Einer

der Threads mit den meisten Beiträgen hat den Titel „du könntest ADSler sein ...“. Hier mal ein paar Kostproben aus dem Thread:

.....wenn man den Aschenbecher im Kühlschrank, die Milch im Schlafzimmerschrank und die Socken auf dem Schreibtisch wieder findet.“

..... wenn du anfängst, etwas sehr Wichtiges zu erledigen, was du schon zig Mal tun wolltest, dir dann aber etwas anderes dazwischen kommt, was du viel lieber tust, und du so hyperfokussierst, dass du die Erledigung des Wichtigen glatt vergisst.“

.....wenn du fast zehn Minuten verzweifelt versuchst, Eigelb zu festem Eiweiß zu schlagen.“

Mein Fazit aus zweieinhalb Jahren Anderswelt:

Ich habe in dieser Zeit im Forum ein paar wirklich gute Freunde gefunden und – besonders in Hinblick auf die medikamentöse Therapie (das ist das Hauptboard, das ich moderiere) – sehr viel dazugelernt, was das ein oder andere interessante Gespräch mit meinem behandelnden Arzt/Therapeuten zur Folge hatte. Falls Sie das jetzt lesen sollten, „Viele Grüße“ und „Danke, dass Sie diese Gespräche so mit Fassung getragen haben und tragen“.

Ein besonderes Dankeschön gilt Eva – der Gründerin des Forums – denn ohne sie gäbe es die Anderswelt heute wahrscheinlich gar nicht. Ein weiteres Dankeschön gilt dem Team, in dem es wirklich Spaß macht zu arbeiten. Ein Dank auch an die User, die die Anderswelt erst zu dem machen, was sie ist.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit und schauen Sie vorbei, wenn Sie möchten. Ich denke, es lohnt sich.

Hyperaktive Grüße, Selena Knoth ■

Annette Langen

Das Zappeltappel

In diesem Buch geht es darum, dass die Klasse 3a von einem „Etwas“ geärgert wird. Kinder werden gezwickt, geschubst und abgelenkt. Daraufhin beschließen die Kinder, Klassenregeln aufzustellen. Das Buch handelt eigentlich nicht von ADHS, sondern nur von Unruhe und Zappeligkeit, was ja auch andere Gründe haben kann. Das Buch ist langweilig und ich weiß nicht, was das Buch aussagen will.

Linus Menter, 10 Jahre ■



Annette Langen
Das Zappeltappel
 Arena Verlag
 ISBN 978-3401501697
 Preis: 5,50 Euro

J.Wilkes

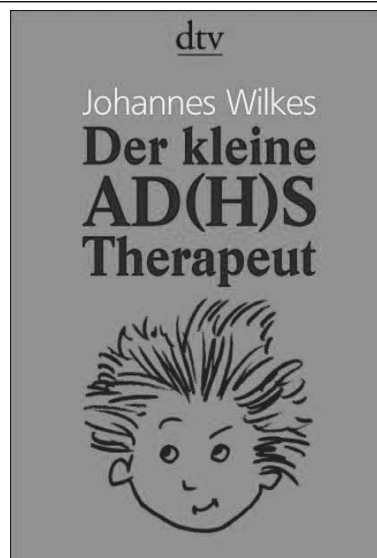
Der kleine AD(H)S-Therapeut

Literatur zum Themenkreis der Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS/ADS) gibt es mittlerweile meterweise. Ist es dann hilfreich, noch ein weiteres Buch dazu zu veröffentlichen? Im Falle von „Der kleine AD(H)S-Therapeut“ heißt die Antwort aus drei Gründen uneingeschränkt: „Ja“.

Zum ersten kenne ich kein leichter verständliches Buch zum Thema als dieses. Kaum zu glauben, dass ein Facharzt der Autor ist, so anschaulich ist die Sprache und so aus dem alltäglichen Leben gegriffen sind die Beispiele. Zehn Seiten an theoretischen Erläuterungen genügen Johannes Wilkes, um wesentliche Informationen zum Störungsbild der AD(H)S darzustellen, denn er hat bewusst kein Fachbuch verfasst.

Zum zweiten steht der praktische Familienalltag im Mittelpunkt, wie ihn vorzugsweise Mütter erleben. 41 Situationen auf 88 Seiten stellen klassische Konfliktsituationen vom Morgenchaos über das Einkaufen, Verwandtenbesuch, Hausaufgaben und Lernschwierigkeiten bis zum besinnlichen Weihnachtsfest in den Mittelpunkt. Natürlich gibt Wilkes zu jeder Situation auch Anregungen für ihre positive Bewältigung. Das sind keine Rezepte, sondern Denkanstöße, mal praktisch-konkreter, mal grundsätzlicher Natur.

Zum dritten vermittelt der Autor seinen Leserinnen in diesem Buch eine gelassene Grundhaltung, die von Verstehen und Verständnis geprägt ist. Wer sich das Verhalten von AD(H)S-Kindern erklären kann, reagiert eben eher verständnisvoll. Das Verständnis bezieht sich aber auch auf die Eltern selbst, denen er Schuldgefühle nimmt,



Johannes Wilkes
*Der kleine AD(H)S
 Therapeut*
 ISBN 978-3423345545
 Deutscher Taschenbuch
 Verlag
 Preis: 7,90 Euro

wenn sie an die Grenzen ihrer nervlichen Belastbarkeit stoßen. Er ermutigt, professionelle Hilfen anzunehmen, und nimmt Ängste davor, indem er Einsatz und Wirkungsweise von Elterntraining, Verhaltenstherapie, Neuro-Feedback, Eltern-Kind-Kur und Familienhelfern darstellt. Auch auf Medikamente geht Wilkes wohlthuend sachlich aufklärend ein und vergisst dabei nicht, viel diskutierte Alternativen zu kommentieren. Abschließend erörtert er sogar noch die Frage, ob Eltern möglicherweise selbst von einer AD(H)S betroffen sein könnten.

„Der kleine AD(H)S-Therapeut“ ist ein Buch, dessen Autor sich bewusst Grenzen gesetzt hat. Es ist eine Einstiegslektüre; wer mit der Thematik bereits vertraut ist, wird nichts Neues erfahren. Es ist von einer durchweg positiven Grundhaltung durchzogen, die bereits im ersten Satz des Vorworts beginnt (S. 9: „Tim ist ein großartiger Junge.“) und uns im letzten Absatz auf den Boden der Normalität holt: „Träumen ist keine Krankheit!“ (S. 140). Ein perfekter AD(H)S-Ratgeber für die Handtasche.

Detlef Träbert ■

Fritz Jansen & Uta Streit

Positiv Lernen

Positiv Lernen ist eine Neuauflage des Ratgebers „Eltern als Therapeuten“, der nun auch Lehrer, Schulpsychologen und Ergotherapeuten anspricht. Kein Buch speziell zum Thema ADHS, aber für ADHS Kinder, die Lernprobleme haben, eine große Hilfe!

Im Mittelpunkt steht die Bewältigung von Lernstörungen durch lernpsychologische Erkenntnisse. Mit Hilfe des von den Autoren entwickelten IntraActPlus-Konzeptes wird gezeigt wie Lern- und Leistungsstörungen über-



Fritz Jansen & Uta Streit
Positiv Lernen
 Springer Verlag, 2006
 ISBN 978-3540212720
 Preis: 27,95 Euro

wunden werden können. Dabei ist das therapeutische Hauptziel die Entwicklung einer verbesserten Eigensteuerung (Lernmotivation) des Schülers. Den Beziehungssignalen der Eltern wird in diesem Prozess eine wichtige Rolle zugesprochen, obwohl diese meist auf unbewusster Ebene ablaufen. Durch die Erläuterungen zu Themenbereichen wie Belohnung und Bestrafung, Widerstände und Machtkämpfe erhält der Leser einen Einblick in die lernpsychologischen Zusammenhänge und lernt was das Verhalten des Schülers steuert. Das Buch stellt wichtige therapeutische Bausteine für den praktischen Einsatz des IntraActPlus-Konzepts vor und zeigt wie effektives Lernen möglich ist.

In eigenen Abschnitten werden Einsatzmöglichkeiten des Konzepts bei spezifischen Störungen wie Legasthenie, Dyskalkulie und ADHS detailliert dargestellt.

Die Gliederung des Buches ist sehr übersichtlich und gut strukturiert. Der zweispaltige Seitendruck und die

farbliche Hervorhebungen sind eine Erleichterung für das Auge des Lesers. Mit Hilfe von Fallbeispielen, Handlungsanweisungen, Schautafeln u.ä. wird der Inhalt gut verstehbar und die Anwendung in der Praxis erleichtert.

Insgesamt ist das Buch mit seinen über 300 Seiten sehr detailliert und ausführlich geschrieben, wobei die wesentlichen Botschaften recht schnell erfassbar sind. An machen Stellen hätte man sich vielleicht etwas kürzer fassen können und so braucht der Leser manchmal eine große Portion Motivation zum weiter lesen!

Fazit: Ein lesenswertes Buch, das klar und vorwurfsfrei über mögliche Ursachen und Hintergründe von Lernstörungen und problematischen Verhaltensweisen bei Schülern informiert und ein unbedingtes Muss für alle, die sich mit der Behandlung von Lernstörungen und dabei insbesondere mit dem IntraActPlus-Konzept näher befassen wollen.

Christiane Eich ■

J. Krause und K.-H. Krause ADHS im Erwachsenenalter (3. Auflage)

Das Buch richtet sich an Fachleute, wie Ärzte und Psychologen, die sich intensiv mit der Diagnostik, der Symptomatik und der Therapie der ADHS auseinander setzen möchten. Es gibt meines Erachtens kein im Umfang, der Aktualität und der Übersichtlichkeit vergleichbares Buch, das das gesammelte Wissen über die ADHS im Erwachsenenalter darstellt und sachlich, prägnant und gut strukturiert das sehr umfangreiche Krankheitsbild aufarbeitet. Sehr hilfreich sind dabei die umfassenden Quellenangaben und die Darstellung der aktuellen Studienlage, sowie deren Bewertungen.

Sehr anschaulich werden am Anfang neurophysiologische und neurobiologische Erklärungsmodelle der ADHS dargestellt, ebenso wie die neusten Ergebnisse der Genetik.

Hilfreich für Kollegen, die sich erstmals mit der ADHS befassen, sind die Vorschläge für ein diagnostisches Interview. Im Anhang finden sich auch Vorschläge für ein semi-strukturiertes Interview, sowie die gängigen ADHS Tests.

Neu ist das Kapitel über Autismus, der erst in der letzten Zeit in der Fachpresse als Komorbidität bzw. als Überschneidung zweier Spektrumerkrankungen publiziert wird. Wichtig auch die neusten Studien über ADHS und Suchterkrankungen.



Johanna und Klaus-Henning
Krause
ADHS im Erwachsenenalter
(3. Auflage)
Schattauer-Verlag
ISBN 978-3794525331
Preis: 36,95 Euro

Hilfreich für die Behandlung der ADHS ist die umfangreiche Auflistung der medikamentösen Behandlungsoptionen auch unter Berücksichtigung der Komorbiditäten und die Zusammenstellung sinnvoller Medikamentenkombinationen. In der psychotherapeutischen Behandlung der ADHS wird nicht nur auf die klassische Verhaltenstherapie verwiesen, sondern auch tiefenpsychologische und analytische Therapieansätze aufgezeigt.

Ausführliche Fallbeispiele erläutern die Problematik der Betroffenen und veranschaulichen die Auswirkungen im aktuellen Leben der Patienten. Manchmal sind die Fallbeispiele vielleicht etwas zu langatmig und ausführlich.

Zusammenfassend ist dieses Buch ein Standardwerk und für jeden unentbehrlich, der sich ernsthaft mit der Diagnostik, Neurophysiologie und Behandlung der ADHS auf dem Boden der aktuellen Forschungsergebnisse auseinandersetzen will. Für Betroffene ohne medizinische und naturwissenschaftliche Kenntnisse, ist das Buch

allerdings auf Grund seiner fachärztlichen Ausrichtung bedingt geeignet.

Dr. Neuy-Bartmann ■

Karin Schleider

ADHS Wissen, was stimmt

Das Buch der Autorin erscheint in der empfehlenswerten Reihe „Wissen, was stimmt“, die der Herder Verlag, Freiburg herausgibt. Es ist eine Sammlung prägnanter Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen zu ADS bei Kindern und Jugendlichen. Dr. Schleider lehrt neben ihrer Tätigkeit als Psychologin an der Pädagogischen Hochschule in Freiburg.

Das Buch verfügt über sechs Kapitel, die von der Definition über Hilfe und Therapie bis zu Prognose und Entwicklung in Hinsicht auf ADHS umfassen. Jedes einzelne Kapitel ist untergliedert durch Überschriften, die in der Öffentlichkeit gängige Behauptungen zu ADHS wiedergeben. Z.B. „ADHS-Kinder müssen nur strenger erzogen werden“ (S. 91ff) oder „Die Pharmaindustrie macht unsere Kinder abhängig“ (S. 82 ff). Die Ausführungen ihrerseits sind durch Stichpunkte am Rand gegliedert. Zentrale Aussagen bzw. Zusammenfassungen einzelner Abschnitte sind farbig unterlegt. Beides, die straffe Struktur und die Wiedergabe von plakativen Aussagen zu ADHS ermöglichen es dem Leser, sofort Zugang zu bekommen.

Auf zwei kleine Einschränkungen möchte ich hinweisen: Im Anhang fehlten mir die Quellenangaben. Die Autorin verweist etwa auf Studien und Untersuchungen, die aber nicht aufgeführt werden. Ferner beschäftigt sich das Buch nur mit ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Nur



*Karin Schleider
ADHS – Wissen, was stimmt
ISBN 978-3451060168
Herder Verlag, Freiburg
Preis: 8,95 Euro*

eingeschränkt wird auf das Phänomen der Erwachsenen-ADHS eingegangen. Hier sei aber auf das ebenfalls informative und gut lesbare Buch von Sabine Bernau, Alles über ADS bei Erwachsenen (Herder Verlag, Freiburg 2003) verwiesen.

Insgesamt hat mir das Buch sehr gut gefallen. Es ist ausgezeichnet für Eltern, Erzieher, Therapeuten und Pädagogen geeignet, die sich in das Thema einlesen wollen. Die sachlichen, präzisen Erklärungen verschaffen einem in kürzester Zeit einen differenzierten Einblick in ADHS. Ihnen sei der Titel sehr ans Herz gelegt. Mir persönlich gut gefallen haben die Ausführungen über die „Indigokinder“ (S. 48ff), einer esoterischen Deutung des Syndroms. Diese ohne den entsprechenden Hintergrund eher befremdlich wirkende Vorstellung zeigt allzumal, wie schillernd ADHS ist und zu wie viel Auseinandersetzung es anstößt.

Uwe Metz ■

Anna Gavalda

35 Kilo Hoffnung

Die französische Autorin Anna Gavalda („Zusammen ist man weniger allein“) hat ein wunderschönes, kleines Jugendbuch geschrieben.

David hasst die Schule. Zweimal ist er schon sitzen geblieben. Ein Klassenclown, der von seinen Mitschülern weder ernst genommen, noch sonderlich gemocht wird. Seinen Lehrern geht er auf den Geist und mit seinen Eltern versteht er sich nicht. David ist ein mageres, trauriges Irrwicht, der ständig die Erwartungen seiner Mitmenschen enttäuscht. Das Missfallen, das er auslöst, verdeckt die Talente, die in ihm stecken: Er ist handwerklich äußerst geschickt. Am liebsten ist er mit seinem Opa Léon zusammen. Der nämlich weiß um seine Gaben und unterstützt ihn darin. Auch seine Vorschullehrerin erkennt die Brillanz zwischen seinen Missgeschicken, seiner Taktlosigkeit und sozialen Unfällen. Er ist „35 Kilo Hoffnung“. Doch David gelingt es nicht, aus seinen Stärken Kraft zu schöpfen und versagt. Doch dann wird Opa Léon schwer krank. David wird bewusst, wie sehr dem alten Mann zugeht. Diese Krise löst in David den Ehrgeiz aus, seine Liebe dadurch zu zeigen, dass er Willen, Anstrengung und Ehrgeiz zeigt, etwas aus den Stärken zu machen, die sein Großvater in ihm entdeckte.

David trägt Züge eines Jugendlichen mit ADHS. Die Geschichte macht diese Züge plastisch und nachvollziehbar. Doch ist „35 Kilo Hoffnung“ kein Buch über ADHS. Beziehungsweise es geht um mehr als die erzählende Darstellung von ADHS. Das Buch zeigt, wie David die Liebe seines Großvaters in dem Augenblick begreift, in der dieser sie nicht mehr zeigen kann. Er beginnt sich selbst ernst zu nehmen beginnt und entwickelt den Willen, die Hoffnung, die andere in ihm sehen, zu ergreifen. David ist nicht – hier findet sich die größte Nähe zu Menschen mit ADHS – die Summe sämtlicher Enttäuschungen und Missgeschicke seines dreizehnjährigen Lebens. Er ist aber auch kein hyperaktiver Hochbegabter oder ein verkanntes Genie. Er ist ein Junge, der es lernt, sich selbst zu würdigen, indem er seine Talente ergreift und sich seiner Defizite nicht mehr ausliefert. Darin liegt für mich die Stärke der Erzählung.

Der freundliche, unprätentiöse, warmherzige und rea-



Anna Gavalda
35 Kilo Hoffnung
ISBN 978-3-8333-5007-8
(Berliner Taschenbuch Verlag)
ISBN 978-3-8270-5014-6
(Bloomsbury)
Preis: 5,- Euro / 12,90 Euro

listische Stil macht „35 Kilo Hoffnung“ zu einem Buch, das sich sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene sehr gut eignet. Prädikat „wertvoll“. Der Titel liegt in verschiedenen Ausgaben vor, einer Hardcover-Ausgabe für 12,90 Euro, einer günstigen Taschenausgabe für 5 Euro und einer ausgezeichneten Hörspielbearbeitung für 9,99 Euro.

Uwe Metz ■

Aufgemerkt

Das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar, man muss es mit dem Herzen sehen (Antoine de Saint-Exupéry).

Der einzige Mensch, der sich vernünftig benimmt, ist mein Schneider. Er nimmt jedes Mal neu Maß, wenn er mich trifft, während alle anderen immer die alten Maßstäbe anlegen in der Meinung, sie passten auch heute noch (George Bernard Shaw).

Dinge wahrzunehmen ist der Keim der Intelligenz (Lao-tse).

Was hilft aller Sonnenaufgang, wenn wir nicht aufstehen (Georg Christoph Lichtenberg)...

Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 06.11.2009- Sonntag, 08.11.2009

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 22.01.2010 - Sonntag, 24.01.2010

Katharina-Staritz-Haus,

Kurstraße 22, 63667

Nidder - Bad Salzhausen

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 12.03.2010 - Sonntag, 14.03.2010

Christopherushaus,

Am Hasselholt 1,

23909 Bäk

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 18.06.2010 - Sonntag, 20.06.2010

Christopherushaus,

Am Hasselholt 1,

23909 Bäk

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg:

21./22 November 2009

Landesgruppe Bayern:

23./24. Oktober 2010

Landesgruppe Hamburg / Schleswig-Holstein:

aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

31. Oktober 2009 / 01. November 2009 in Helmstedt
Für Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt und
Hamburg und Schleswig-Holstein. Weitere Teilnahme
von RGL anderer Bundesländer auf Anfrage.

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

12./13. Juni 2010

Mitgliederversammlung / Symposium 2010

24./25. April 2010, Stadthalle Friedeburg, Nordenham

Samstag, 24.04.2010:

Symposium: 10.00 Uhr, anschließend Mitgliederversammlung

Themen:

- „Positives Lernen“, „Aggressives und oppositionelles Verhalten - Möglichkeiten der Intervention“
Dr. Fritz Jansen, Neuried
- „Mobbing“ – Verein fairplayer e.V.
- „ADHS und berufliche Qualifizierung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation“.
Berthold Radtke, Bugenhagen Berufsbildungswerk

Sonntag, 25.04.2010:

Gruppenleiterfortbildung

Zeitgleich findet unsere Veranstaltung von Jugendlichen für Jugendliche statt, u.a. mit einem Vortrag von Herrn Dr. Johannes Streif (weitere Informationen s. Seite 32)

Für alle mit Sprung in der Schüssel

Es war einmal eine alte chinesische Frau, die hatte zwei große Schüsseln, die von den Enden einer Stange hingen, die sie über ihren Schultern trug.

Eine der Schüsseln hatte einen Sprung, während die andere makellos war und stets eine volle Portion Wasser fasste. Am Ende der langen Wanderung vom Fluss zum Haus der alten Frau war die andere Schüssel jedoch immer nur noch halb voll.

Zwei Jahre lang geschah dies täglich: die alte Frau brachte immer nur anderthalb Schüsseln Wasser mit nach Hause. Die makellose Schüssel war natürlich sehr stolz auf ihre Leistung, aber die arme Schüssel mit dem Sprung schämte sich wegen ihres Makels und war betrübt, dass sie nur die Hälfte dessen verrichten konnte, wofür sie gemacht worden war.

Nach zwei Jahren, die ihr wie ein endloses Versagen vorkamen, sprach die Schüssel zu der alten Frau: „Ich schäme mich so wegen meines Sprungs, aus dem den ganzen Weg zu deinem Haus immer Wasser läuft.“

Die alte Frau lächelte. „Ist dir aufgefallen, dass auf deiner Seite des Weges Blumen blühen, aber auf der Seite der anderen Schüssel nicht?“ „Ich habe auf deiner Seite des Pfades Blumensamen gesät, weil ich mir deines Fehlers bewusst war. Nun gießt du sie jeden Tag, wenn wir nach Hause laufen. Zwei Jahre lang konnte ich diese wunderschönen Blumen pflücken und den Tisch damit schmücken. Wenn du nicht genauso wärst, wie du bist, würde diese Schönheit nicht existieren und unser Haus beehren.“

Jeder von uns hat seine ganz eigenen Macken und Fehler, aber es sind die Macken und Sprünge, die unser Leben so interessant und lohnenswert machen. Man sollte jede Person einfach so nehmen, wie sie ist und das Gute in ihr sehen.

Also, an all meine Freunde mit einem kleinen Sprung in der Schüssel, habt einen wundervollen Tag und vergesst nicht, den Duft der Blumen auf eurer Seite des Pfades zu genießen.....

1. ADHS-Tage in Hannover

19. bis 21. Februar 2010

„ADHS im Alltag – erkennen und bewältigen“ - zu diesem zentralen Thema findet vom 19.-21. Februar 2010 in Hannover eine Informations- und Fortbildungsveranstaltung mit einem umfangreichen und hochaktuellen Programm rund um die am häufigsten diagnostizierte psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter statt.

Im Gegensatz zu vielen bestehenden Veranstaltungen zu diesem Störungsbild werden neben Experten vor allem auch Eltern, Erzieher, Lehrer, Betroffene und Interessierte mit speziellen Schwerpunkten angesprochen. Mit einem Symposium und sieben Seminaren, durchgeführt von anerkannten Fachleuten aus ganz Deutschland ergeben sich beste Voraussetzungen für den Austausch zwischen allen Beteiligten und eine stärkere Vernetzung.

Der erste Veranstaltungstag steht im Zeichen des Symposiums, an dem zahlreiche Vorträge über aktuelle Erkenntnisse des Störungsbildes ADHS sowie Hilfen, unterstützende Maßnahmen, Therapie- und Trainingsangebote für Kinder, Eltern, Erzieher, Lehrer und professionelle Helfer präsentiert werden. Beim abendlichen ADHS-Talk können ungezwungen Kontakte geknüpft und Gespräche mit den Referenten und Teilnehmern geführt werden.

An den beiden nachfolgenden Tagen besteht die Möglichkeit, ein Seminar zu besuchen und sich intensiver mit einem Thema auseinanderzusetzen.

Parallel dazu findet eine pädagogisch-therapeutische Fachausstellung statt, die den Besuchern die Möglichkeit bietet, sich direkt vor Ort über neue Produkte und Dienstleistungen zu informieren.

Preise: Symposium 90,00 € incl. Verpflegung und Getränken, ADHS-Talk 15,00 € für Tagesgäste, Tagungspaket Symposium + 2 Tage Seminar inkl. Verpflegung und Getränken + ADHS-Talk 390,00 €.

Alle Infos: www.adhs-tage.de

Der neue Vorstand

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

Weitere Vorstandsmitglieder

Europäische Kontakte:	Detlev Boeing B-3080 Teruven adhs@telenet.be
neue AKZENTE:	Dr. Myriam Menter 91056 Erlangen akzente@adhs-deutschland.de
Unterstützung des Vorstandes	Herta Bürschgens 52249 Eschweiler adhsde.buerschgens@gmx.de
Erwachsenen-ADHS:	Dr. Astrid Neuy-Bartmann 63739 Aschaffenburg
Webredaktion:	Sabine Nicolei 38527 Meine webredaktion@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.koepfern@t-online.de

Wissenschaftlicher Beirat

Huss, Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Krause, Dr. 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. Dr. 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

Landesgruppenleiter

Baden-Württemberg	Bärbel Sonnenmoser
Bayern	Brigitte Nagler
Hamburg / Schleswig-Holstein	Christiane Eich
Niedersachsen / Bremen	Hartmut Gartzke
Nordrhein-Westfalen	Herta Bürschgens
Thüringen	Andrea Wohlers

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724
12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 030 - 85 60 59 02
Fax 030 - 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

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

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

Aus unserem Verlag:



Felix Dietz
“Wenn ich doch nur aufmerksam sein könnte”
BV-AH Verlag, 2006,
ISBN 3-933067-11-1
€ 8,15

In diesem Buch wird ADS/Hyperaktivität aus der Sicht eines betroffenen Jugendlichen beschrieben. Es zeigt den langen Weg bis zur Diagnose auf und erzählt von den Erfolgen der Therapie. Es enthält leicht verständliche Erklärungen zu den medizinischen Ursachen von ADS und gibt viele Anregungen zu möglichen Hilfen.

Der 14-jährige Felix schrieb dieses Buch für andere Kinder und Jugendliche um ihnen ADHS zu erklären, aber auch um die positiven Aspekte von ADHS darzustellen.



BV-AH e.V. (Hrsg.)
“ADHS und Schule ... was tun?”
BV-AH Verlag, 2006,
ISBN 3-933067-14-6
ISBN 978-3-933067-14-2
€ 9,50

Dieses Fachheft wendet sich gleichermaßen an betroffene Familien als auch an Lehrer und Schulen. Namhafte Autoren informieren über Krankheitsbild, Erscheinungsformen und Auswirkungen insbesondere im Schulalltag. Desweiteren werden verschiedene Lösungsansätze aufgezeigt, um z.B. die Kommunikation zwischen Familie und Schule herzustellen bzw. zu optimieren.

ADHS Deutschland e.V.

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

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

Spendenkonto:

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

Beitragskonto:

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



Regina Rusch
“Zappelhannes”
ADHS Deutschland Verlag, 2009,
ISBN 978-3-933067-16-6
€ 6,80

Hannes ist nicht dumm, im Gegenteil. Aber er kann nicht stillsitzen, er kann sich nur schwer konzentrieren, und es fällt ihm auch schwer, verschiedene Dinge gleichzeitig zu tun. Zu leicht rollt ihm dann schon mal ein Ei vom Tisch, oder er fällt mit dem Fahrrad um. Die Eltern müssen viel Geduld mit ihm haben. Aber bei aller Sorge um ihn können sie auch über seine Mißgeschicke mit ihm lachen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.adhs-deutschland.de

Telefonberatung

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

Bayern

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



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

Bremen und Umgebung

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

Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrmann:
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
Karin Heynen:
0381 – 70 07 59 25

Niedersachsen

Sabine Nicoletti:
05304 – 93 91 33
Heike Rieb:
04183 – 97 24 99
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

Rheinland-Pfalz

Silvia Orth:
06502- 93 19 00

Sachsen

Susanne Albrecht:
037341 – 4 98 30
Steffi Pretzsch:
03722 – 8 88 25

Sachsen-Anhalt

Heike Markovski:
039451 – 4 20 24

Schleswig-Holstein

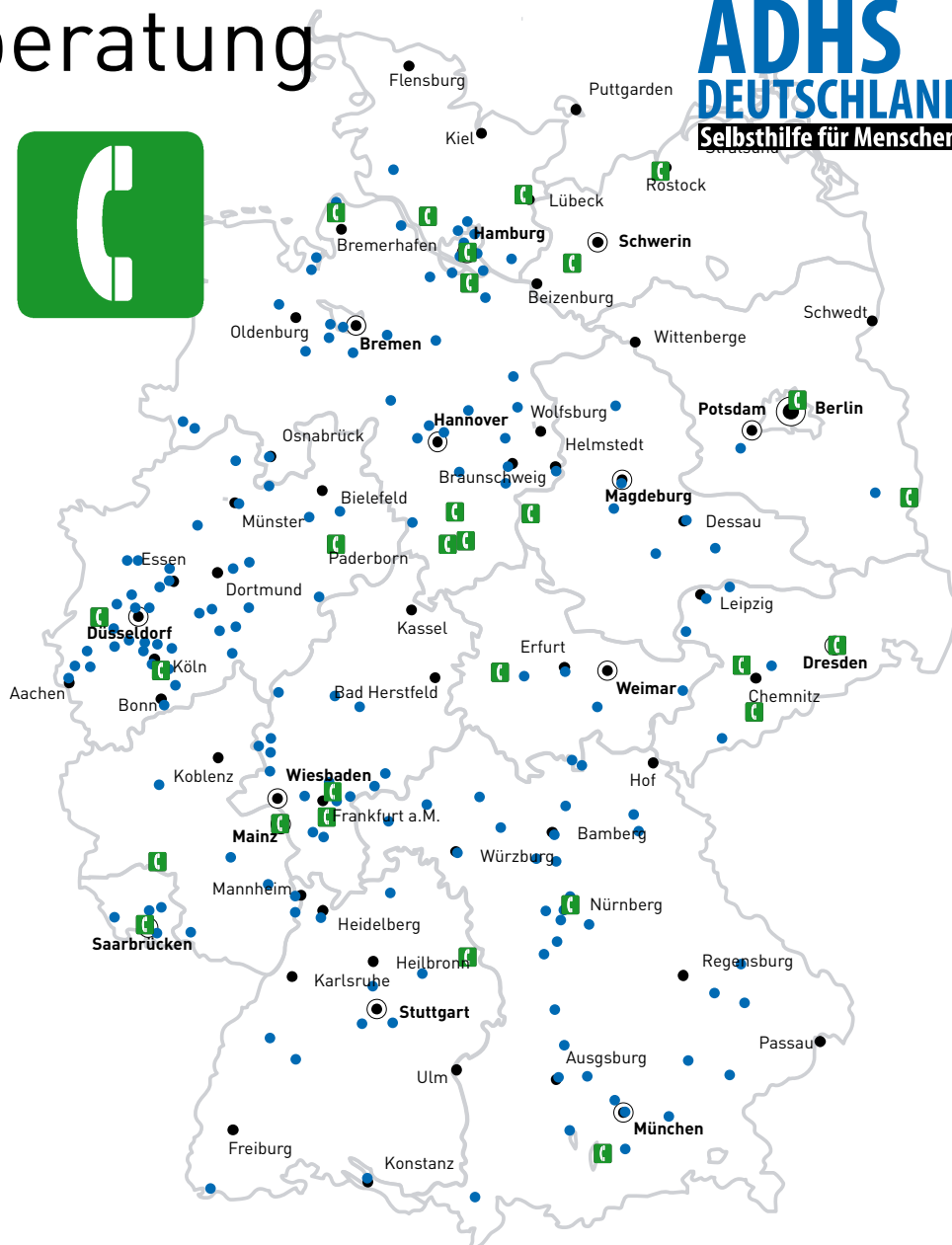
Gerhild Gehrmann:
04121 – 80 72 72
Angelika Lühmann:
04121 – 9 28 21
Barbara Bargelé:
0451 – 2 03 61 60

Saarland

Sabine Debusmann:
0681 – 9 35 61 26

Thüringen

Regina Schrage:
03691 – 87 22 22



Obwohl alle Bundesländer besetzt sind,
benötigen wir noch Verstärkung:
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